

Global Forum
for Health Research

HELPING CORRECT THE 10|90 GAP



FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Enseignements tirés de l'Expérience:
Le financement des soins de santé
dans les pays à faibles et moyens revenus

Diane McIntyre

Enseignements tirés de l'Expérience : Le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus

© Global Forum for Health Research 2007

Publié par le Global Forum for Health Research, juin 2007

ISBN 978-2-940401-13-0

Citation suggérée :

Diane McIntyre, *Enseignements tirés de l'Expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus*, Genève, 2007

Mots clés : 1. Financement des soins de santé. 2. Systèmes de financement des soins de santé. 3. Pays à faibles et moyens revenus. 4. Pays en développement. 5. Assurance maladie. 6. Équité.

La reproduction de ce document est régie par le Protocole 2 de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Tous les droits sont réservés au Global Forum for Health Research. Ce document peut être librement revu et cité sous réserve de préciser la source mais il ne peut être utilisé pour la vente ou à des fins commerciales. Les demandes d'autorisation pour la reproduction ou la traduction partielle ou totale de ce document doivent être adressées au Global Forum qui centralise toutes les informations sur les traductions et les copies (voir l'adresse ci-dessous).

Les désignations employées ainsi que tout ce qui est présenté dans ce document ne sont pas l'expression de quelque opinion que ce soit de la part du Secrétariat du Global Forum for Health Research en ce qui concerne le statut légal d'un pays, territoire, ville ou région ou celui de ses autorités, ou en ce qui concerne la délimitation de ses frontières.

Des copies supplémentaires de ce document peuvent être commandées (gratuitement) sur le site Internet www.globalforumhealth.org ou à l'adresse suivante :

Global Forum for Health Research
1-5 route des Morillons
PO Box 2100
1211 Genève 2, Suisse
Tél +41 22 791 4260
Fax +41 22 791 4394
Email: info@globalforumhealth.org

La mission du Global Forum for Health Research est de focaliser les efforts de recherche sur la santé des populations pauvres. En rassemblant les principaux acteurs du monde entier, il favorise l'analyse et les débats sur les lacunes et priorités de la recherche en santé, l'allocation des ressources, l'origine des financements, les partenariats public-privé et l'accès de tous aux résultats de la recherche en santé. La recherche en santé est très vaste. Elle englobe la recherche biomédicale, la recherche sur les politiques et systèmes de santé, la recherche opérationnelle et la recherche visant à comprendre les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Le Global Forum for Health Research est une fondation internationale indépendante basée à Genève en Suisse. Elle reçoit l'appui de la Fondation Rockefeller, de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la Santé et des gouvernements canadien, irlandais, mexicain, norvégien et suisse.

Enseignements tirés de l'Expérience :

**Le financement des soins de santé
dans les pays à faibles et moyens revenus**

Par Diane McIntyre

Unité d'économie de la santé,
Université du Cap,
Afrique du Sud

Traduit en français par Laurence Lannes

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Diane McIntyre, de l'Université du Cap en Afrique du Sud, et les recherches ont été menées sous la direction générale de Sylvie Olifson-Houriet du Global Forum for Health Research à Genève, en Suisse.

Nous tenons à remercier les relecteurs, Eleonora Cavagnero, Tim Ensor, Adam Leive et George Schieber, pour leurs commentaires et contributions utiles. Nous remercions également Guy Carrin, Andrés de Francisco et Stephen Matlin, qui nous ont fait part de commentaires constructifs, ainsi qu'Abdul Ghaffar, Lakshmi Sundaram et d'autres collègues qui ont participé à la conceptualisation du projet. Cependant, toute erreur ou omission relève de la seule responsabilité de l'auteure. Des remerciements sont également adressés à John Maurice pour la mise en forme rédactionnelle de ce rapport, ainsi qu'à Laurence Lannes pour la traduction.

Nous pensons que ce sujet est important et mérite plus d'attention qu'il n'en a reçue jusqu'à présent; ce regain d'attention devrait être suivi, dans l'idéal, d'une action concertée.

Nous espérons que ce rapport aura une certaine valeur aux yeux de nombreuses personnes, en particulier aux yeux des décideurs politiques au niveau national qui s'efforcent d'améliorer l'équité, l'efficacité et la pérennité du système de financement des soins de santé de leur pays.

Avant-propos

Bien que des progrès spectaculaires aient été réalisés depuis 1950, d'importants défis doivent encore être relevés pour améliorer les indicateurs de santé dans les pays en développement et pour atteindre les objectifs liés à la couverture universelle, aux besoins de base, à l'équité, à l'inclusion, à la protection contre les risques et à la prise en charge des pauvres et des groupes marginalisés. L'un de ces défis concerne la manière dont le secteur de la santé doit être financé : qui doit payer, combien et selon quelles modalités, sachant que les services et autres actions nécessaires à l'atteinte des résultats de santé espérés auront évidemment un coût et que ce coût devra, d'une manière ou d'une autre, être payé.

Ce n'est pas une question simple. Le secteur public, le secteur privé et la société civile des pays en développement ainsi que les bailleurs de fonds et autres partenaires sont des financeurs et/ou des prestataires de santé. Les ressources sont mobilisées à partir de l'impôt, des systèmes de sécurité sociale et d'assurance, des honoraires, des dons, des prêts et autres instruments générateurs de revenus. Ces ressources passent par le budget ou par différents canaux extrabudgétaires. Les choix publics et privés qui sont faits dans cet environnement complexe ont des implications profondes non seulement pour savoir quels sont les groupes qui prennent en charge les dépenses et dans quelle proportion, mais aussi pour savoir qui bénéficie réellement des services, d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

Diane McIntyre rapporte ici l'état de la réflexion et les choix faits en matière de financement des soins de santé ainsi que leur impact dans les pays en développement. Elle montre qu'un consensus a été atteint dans ce domaine, bien que difficilement. Il n'y a aujourd'hui presque aucun doute sur le fait que les systèmes actuels, qui reposent lourdement sur les paiements directs – avec tous leurs effets pervers, comme par exemple la paupérisation des ménages vulnérables – ont pris trop d'importance et doivent céder la place à des solutions plus modernes utilisant le prépaiement et des plans intégrés de partage des risques. Son analyse est suffisamment détaillée pour démontrer clairement la complexité des questions en jeu. Des exemples de pays sont utilisés pour illustrer les points faits dans le texte, un tableau récapitulatif des recommandations politiques est présenté dans la conclusion et les orientations politiques données sont concrètes et spécifiques.

Le consensus technique qui a été difficilement atteint doit maintenant faire l'objet d'une communication claire et efficace. Au sein du Réseau sur le financement des soins de santé (www.healthfinancingtaskforce.org), nous nous sommes engagés à le faire. Nous voulons promouvoir, dans les pays en développement, la mise en œuvre de politiques de financement des soins de santé qui sont basées sur l'expérience. Le travail du Docteur McIntyre est un exemple parfait de ce qui peut et devrait être fait pour aller de l'avant.

David de Ferranti
Président et Directeur du Health Financing Task Force

A propos de l'auteur

Diane McIntyre (PhD) est Professeur à l'Université du Cap, en Afrique du Sud. Elle a créé une unité d'économie de la santé en 1990 et l'a dirigée pendant 13 ans. Elle a été membre de nombreux comités politiques et a une grande expérience de recherche, d'assistance technique et de développement des capacités en Afrique du Sud et dans d'autres régions d'Afrique. Son expérience de recherche et d'assistance technique concerne principalement le financement des soins de santé, l'équité en santé, l'allocation des ressources, les partenariats public-privé et la régulation pharmaceutique.



L'auteure, Diane McIntyre

Table des matières

Remerciements	ii
Avant-propos	iii
A propos de l'auteur	iv
Abréviations et acronymes	vii
Glossaire	viii
Résumé	xiii
<hr/>	
1 Introduction	1
<hr/>	
2 Principaux mécanismes de financement des soins de santé	3
Financement du gouvernement	3
Assurance maladie	3
<i>Assurance maladie obligatoire</i>	3
<i>Assurance maladie volontaire</i>	3
Paiements directs des ménages	4
<hr/>	
3 Evaluation des mécanismes de financement	5
Faisabilité	5
Équité	5
Efficience	6
Pérennité	6
<hr/>	
4 Fonctions essentielles du financement des soins de santé	7
La collecte des revenus	8
<i>Sources de financement</i>	9
<i>Mécanismes de participation</i>	10
<i>Les recettes fiscales générales</i>	11
<i>Assurance maladie</i>	18
<i>Le financement des bailleurs de fonds</i>	22
<i>Type d'organismes de collecte</i>	25
Mise en commun des fonds	25
<i>Couverture et composition des plans de partage des risques</i>	26
<i>Mécanismes d'allocation</i>	33
L'achat	37
<i>Le paquet de services offerts</i>	37
<i>Type de services</i>	37
<i>Type de prestataires</i>	40
<i>Faisabilité financière et pérennité</i>	40
<i>Infrastructures de prestation de services</i>	42
<i>Mécanismes de paiement des prestataires</i>	42

5 Conclusions	45
Appendice A: Protection financière des pauvres	49
Appendice B: Principaux indicateurs macroéconomiques, sanitaires et de dépenses de santé	53
Résumé	59
Resumen	61
Sumário	63
摘要	65
Références	67
Encadrés	
Encadré 1: Etude de cas: abolition de la participation financière des usagers en Ouganda	12
Encadré 2: Conséquences de l'assurance maladie privée sur les recettes fiscales en Afrique du Sud	16
Encadré 3: Etude de cas: les bénéfices de la remise de dette pour le secteur de la santé au Nigéria.	19
Encadré 4: Etude de cas: Assurance obligatoire au Costa Rica	20
Encadré 5: Etude de cas: Un SWAp au Bangladesh	24
Encadré 6: Etude de cas: le financement fondé sur l'impôt général comme base de la couverture universelle pour la santé au Sri Lanka	27
Encadré 7: Etude de cas: l'assurance maladie obligatoire comme base de la couverture universelle au Ghana	29
Encadré 8: Exemples de pays utilisant une formule d'allocation des ressources en fonction des besoins	34
Encadré 9: Etude de cas: distribution équitable des bénéfices des soins de santé en Thaïlande	38
Encadré 10: Etude de cas: contractualisation pour les services de santé en Colombie	41
Encadré 11: Etude de cas: l'accès aux bénéfices dans le RABC de Bwamanda en République Démocratique du Congo	43
Graphiques	
Graphique 1: Part du PIB allouée à la santé publique par rapport à celle allouée aux dépenses militaires	17
Graphique 2: Dépenses du gouvernement pour le service de la dette et pour la santé publique dans certains pays	18
Graphique 3: Allocation hypothétique des ressources pour la santé entre districts	36
Tableaux	
Tableau 1: Avantages et inconvénients des différents mécanismes de paiement des prestataires	44
Tableau 2: Résumé des principaux points liés au financement des soins de santé	47

Abréviations et acronymes

ABG	Appui budgétaire général
ARV	Antirétrovirale (thérapie)
ASS	Assurance sociale de santé
CCSS	<i>Caja Costarricense de Seguro Social</i> (Sécurité sociale du Costa Rica)
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CMSBS	<i>Civil Servant Medical Benefit Scheme</i> (Régime d'assistance médicale des fonctionnaires, Thaïlande)
CU	Couverture universelle
DFID	<i>Department for International Development</i> (Royaume-Uni)
GHM	Groupes homogènes de malades
HPSP	<i>Health and Population Sector Program</i> (Programme sectoriel santé et population, Bangladesh)
IADM	Initiative d'allègement de la dette multilatérale
IDH	Indice de développement humain
IFI	Institutions financières internationales
LI Card	<i>low-income card</i> (carte pour faible revenu, Thaïlande)
MHIS	<i>Mutual Health Insurance Scheme</i> (Mutuelle de santé, Ghana)
MS	Ministère de la santé
NHIF	<i>National Health Insurance Fund</i> (Fonds national d'assurance maladie, Ghana)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
PNAM	Programme national d'assurance maladie
PPP	Parité de pouvoir d'achat
RABC	Régime d'assurance maladie à base communautaire
SSNIT	<i>Social Security and National Insurance Trust</i> (Sécurité sociale et assurance nationale, Ghana)
SSS	<i>Social Security Scheme</i> (Régime de sécurité sociale, Thaïlande)
SWAp	<i>Sector-wide approach</i> (approche sectorielle élargie)
TGV	Taxe générale sur les ventes
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
VH Card	<i>Voluntary health card</i> (Carte de santé volontaire, Thaïlande)

Glossaire

Allocation des ressources en fonction du risque ou des besoins	Allocation des ressources entre différentes zones géographiques (dans le cas des services financés par l'impôt général) ou entre différents régimes d'assurance individuels (dans le cas d'un système d'assurance maladie obligatoire) en fonction des besoins de santé relatifs ou du risque d'encourir des dépenses de santé (évalué à partir d'indicateurs tels que l'âge, le sexe et les profils de morbidité) (voir ci-dessous <i>formule basée sur les besoins</i>).
Approche sectorielle élargie	Mécanisme de collecte de ressources, pour soutenir la politique de santé et le programme des dépenses, qui est mis en œuvre et géré par le gouvernement dans le cadre d'une approche commune dans le secteur de la santé : ses objectifs sont d'améliorer la coordination et l'efficacité de l'aide au développement et d'inciter les gouvernements bénéficiaires à assurer le leadership dans la formulation de la stratégie et la mise en œuvre de la politique.
Appui budgétaire général	Appui financier des bailleurs de fonds qui est entièrement accordé au ministère des finances du pays plutôt qu'au ministère de la santé : la décision finale sur la répartition de ces fonds entre le secteur de la santé et les autres secteurs revient au ministère des finances.
Assurance maladie nationale	<i>Assurance maladie obligatoire</i> (voir ci-dessous) qui couvre toute ou presque toute la population, que les individus aient ou n'aient pas cotisé.
Assurance maladie obligatoire	La loi contraint certains groupes de population ou toute la population à s'affilier à un régime d'assurance maladie. Ces régimes d'assurance font des <i>subventions croisées en fonction des revenus et des risques</i> (voir ci-dessous) et sont fondés sur le principe de la solidarité sociale. Selon ce principe, les individus cotisent à l'assurance en fonction de leur capacité à payer (ou de leurs revenus) et bénéficient d'une couverture adaptée à leurs besoins de santé.
Assurance maladie volontaire	Assurance maladie à laquelle un individu ou un groupe choisit de s'affilier même si la loi ne l'y contraint pas.
Assurance maladie volontaire complémentaire	Assurance maladie volontaire qui couvre le coût des services qui ne sont pas payés par les recettes fiscales ou qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie obligatoire et qui n'offre qu'un paquet défini et limité de services de santé.
Assurance sociale de santé	<i>Assurance maladie obligatoire</i> (voir ci-dessus) à laquelle seuls certains groupes ont l'obligation d'adhérer ou qui n'accorde de bénéfices qu'à ceux qui cotisent.
Budget roulant	Système de budgétisation au sein du <i>cadre des dépenses à moyen terme</i> (voir ci-dessous) dans lequel les budgets futurs qui couvrent plusieurs années (trois ans, cinq ans ou plus) sont préparés ou révisés chaque année : par exemple, pour un budget roulant sur trois ans, en 2000, les budgets sont préparés pour 2001, 2002 et 2003 ; en 2001, le budget final pour 2002 est préparé, le budget de 2003 est révisé si nécessaire et le budget de 2004 est préparé ; et ainsi de suite.
Budgétisation incrémentielle	Le budget pour un service de santé particulier ou une structure particulière est calculé en fonction du budget de l'année précédente avec une légère augmentation.
Cadre des dépenses à moyen terme	Système de <i>budget roulant</i> (voir ci-dessus) sur trois ans (ou sur un plus long terme) qui crée un environnement prévisible pour la planification sur le moyen terme et donne au secteur de la santé des indications préalables sur les allocations qui seront probablement faites au cours des années suivantes. Il permet ainsi de développer et de mettre en œuvre des politiques en fonction des ressources disponibles.
Capitation	Somme dépensée par habitant qui peut être ajustée en fonction du risque relatif de cette personne d'avoir recours aux soins de santé (voir <i>capitation ajustée en fonction du risque</i> ci-dessous).
Capitation ajustée en fonction du risque	Somme par habitant payée à un prestataire de santé en fonction de sa probabilité, ou risque, d'avoir recours aux soins de santé (évalués à partir d'indicateurs de risque tels que l'âge, le sexe et la présence d'une maladie chronique).

Co-paiement	<i>Paiement direct</i> (voir ci-dessous) partiel d'un membre d'une assurance maladie pour les services de santé utilisés et qui vient s'ajouter au montant payé par l'assurance : son objectif est de faire prendre en charge une partie des coûts par les membres de l'assurance afin d'éviter l'utilisation excessive des services de santé.
Cotisation à base communautaire	La cotisation à l'assurance maladie est calculée en fonction des demandes de remboursement des assurés de toute la communauté ou de tout le régime d'assurance, ou en fonction du coût moyen estimé du recours aux soins de santé pour l'ensemble du groupe assuré plutôt que pour un individu.
Cotisation ajustée en fonction du risque	La cotisation versée par un individu ou un groupe à un régime d'assurance maladie est ajustée en fonction du niveau de risque de maladie de l'individu ou du groupe, en fonction du coût futur attendu de l'utilisation des soins de santé ou en fonction de l'historique des demandes de remboursement.
Cotisation dégressive	Mécanisme de financement dans lequel les groupes à faibles revenus versent un pourcentage de leur revenu supérieur au pourcentage versé par les groupes à revenus élevés.
Cotisation progressive	Mécanisme de financement dans lequel les groupes à faibles revenus versent un pourcentage de leur revenu inférieur au pourcentage versé par les groupes à revenus élevés.
Cotisation proportionnelle	Mécanisme de financement dans lequel tout le monde reverse le même pourcentage de son revenu au régime d'assurance maladie, quel que soit son revenu.
Couverture universelle	Système de santé qui offre à tous les citoyens des soins de santé adéquats sans tenir compte de leur emploi ou d'autres facteurs.
Déficit budgétaire	Les dépenses du gouvernement sont supérieures aux recettes qu'il génère à partir des impôts.
Démarche normative d'estimation des coûts	Démarche qui permet de déterminer, pour chaque zone géographique d'un pays, les services de santé qui doivent être fournis par chaque catégorie de structure sanitaire en fonction de sa taille, de son équipement et de sa dotation en personnel. Cette démarche permet de calculer le coût lié à l'atteinte de ces <i>normes</i> dans chaque zone. Son objectif est de veiller à ce que les différentes zones géographiques du pays aient un accès comparable aux services de santé.
Dépenses catastrophiques	Dépenses si élevées qu'elles contraignent les ménages à réduire leurs dépenses en autres biens de base (par exemple en alimentation ou en eau), à vendre des biens ou à s'endetter lourdement, risquant ainsi l'appauvrissement.
Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté	Documents préparés par les gouvernements des pays en développement en collaboration avec la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, la société civile et les partenaires au développement, qui fixent une stratégie nationale pour la promotion de la croissance et la réduction de la pauvreté. Ils présentent les politiques, programmes, sources de financement et besoins en financements extérieurs nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie. Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté sont un pré-requis pour les pays qui veulent bénéficier d'un allègement de leur dette dans le cadre de l'initiative «Pays pauvres très endettés».
Ecrémage	Pratique selon laquelle un régime d'assurance fait s'affilier de manière disproportionnée des individus (par exemple des jeunes) qui présentent un risque de maladie inférieur à la moyenne.
Efficience allocative	Ressources allouées de préférence aux services de santé qui traitent les aspects de la maladie pour lesquels des interventions efficaces existent et qui sont les plus fréquents dans la communauté concernée. Parmi les services choisis, la priorité est donnée aux interventions les plus coût-efficaces, c'est-à-dire aux interventions qui présentent le plus faible coût par unité de santé (voir aussi <i>Efficience technique</i> ci-dessous).
Efficience technique	Mesure du nombre maximum de services de santé pouvant être fournis avec un budget donné ou mesure du coût minimum requis pour assurer le fonctionnement de chaque service de santé sans que sa qualité ne soit altérée (voir <i>efficience allocative</i> ci-dessus).

Égalisation des risques	Mécanisme qui sert à mettre en commun les cotisations versées aux différents régimes d'assurance maladie ou aux fonds de santé qui agissent comme intermédiaires financiers pour le compte du système d'assurance sociale de santé (organismes qui reçoivent des cotisations et qui paient les prestataires de santé). Les régimes d'assurance individuels reçoivent ensuite une allocation qui reflète leurs dépenses attendues compte tenu du profil de risque de maladie de leurs membres (ces dépenses sont calculées grâce à la <i>capitation ajustée en fonction du risque</i> , voir ci-dessus).
Espace budgétaire	Marge de manœuvre budgétaire qui permet au gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'un objectif jugé important sans mettre en péril la viabilité de sa position financière.
Évaluation des moyens	Méthode qui permet de déterminer le revenu d'un individu et, dans le contexte du secteur de la santé, le droit d'un individu à bénéficier d'exemption du paiement des services de santé ou de sa cotisation à un régime d'assurance maladie.
Évènement catastrophique	Maladie aiguë ou chronique qui nécessite des dépenses de santé imprévues si élevées qu'elles peuvent appauvrir un ménage.
Financement du déficit	Les dépenses du gouvernement sont supérieures aux recettes issues de l'impôt et d'autres sources publiques mais elles sont couvertes par des prêts intérieurs ou extérieurs.
Financement par prépaiement	Paiements réalisés par les individus via l'impôt ou la cotisation au régime d'assurance maladie avant qu'ils n'utilisent les services de santé : les cotisations prépayées sont mises en commun (voir <i>mise en commun des fonds</i> ci-dessous).
Fonds de mise en commun des ressources des bailleurs pour la santé	Fonds dans lequel un certain nombre de bailleurs mettent en commun l'essentiel ou la totalité de leurs financements afin d'apporter leur appui à un ensemble de services de santé du secteur public plutôt que d'entretenir des fonds individuels séparés, chacun affecté à un projet de santé choisi par le bailleur.
Formule basée sur les besoins	Formule utilisée pour répartir les allocations de ressources pour la santé entre différentes zones géographiques : elle est constituée d'indicateurs relatifs aux besoins de santé de chaque zone, tels que la taille de la population, sa composition par âge et par sexe et sa charge de morbidité relative.
Groupes homogènes de malades	Regroupement des patients en fonction de critères tels que le diagnostic de leur maladie, les procédures médicales qui seront probablement nécessaires, l'âge, le sexe et la présence de complications ou de morbidités associées : comme chaque groupe est constitué de patients présentant des problèmes cliniques identiques et qui auront probablement besoin du même niveau de ressources hospitalières, un gouvernement ou un régime d'assurance peut assez facilement estimer combien il devra rembourser l'hôpital pour les services fournis aux patients de chaque groupe.
Hasard moral	Le droit aux bénéfices de l'assurance maladie agit auprès de la population comme une forte incitation à consommer plus et « mieux » les soins de santé et l'incite moins à conserver un mode de vie sain.
Impôt général	Impôts directs comme l'impôt sur le revenu des particuliers et des entreprises, et impôts indirects comme la <i>taxe sur la valeur ajoutée</i> (TVA) (voir ci-dessous), la <i>taxe générale sur les ventes</i> (voir ci-dessous), les droits de douane et d'excise.
Incitation négative	Incitation qui peut entraîner un comportement contraire aux objectifs de la politique de santé publique : par exemple, l'offre gratuite de services de santé peut encourager les bénéficiaires de la gratuité à consommer des soins médicaux sans égard pour leurs coûts, créant ainsi une situation de <i>hasard moral</i> (voir ci-dessus).
Indice de marginalisation	Indice composite du statut socio-économique utilisé au Mexique pour diriger l'allocation des ressources : il est constitué d'indicateurs tels que le niveau d'éducation, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et la surpopulation.
Indice des prix à la consommation (aussi appelé « taux d'inflation »)	Prix moyen d'un paquet de biens et services acheté par un consommateur ou un ménage moyen sur une période donnée.

Indigent	Personne très pauvre ou personne qui n'a pas de revenus apparents ou adéquats et qui ne reçoit aucune aide de quelque origine que ce soit.
Initiative d'allègement de la dette multilatérale	Initiative d'annulation totale de la dette due par certains pays aux <i>institutions financières internationales</i> (voir ci-dessous)
Institutions financières internationales	Organisations multilatérales (c'est-à-dire qui ont reçu leur mandat de nombreux gouvernements et qui interagissent avec eux), comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, qui traitent de questions financières.
Largeur et étendue de la couverture	<i>Largeur de la couverture</i> : part de la population totale qui est couverte par l'assurance maladie. <i>Étendue de la couverture</i> : composition du paquet de services offerts par l'assurance maladie. Plus ce paquet est complet, plus la couverture est étendue.
Mécanisme de participation progressif (ou équitable)	Mécanisme de financement dans lequel les groupes à revenus élevés reversent un pourcentage de leur revenu supérieur au pourcentage reversé par les groupes à faibles revenus.
Microassurance	Voir <i>Régime de prépaiement à base communautaire</i> ci-dessous.
Mise en commun des fonds	Accumulation des ressources issues des prépaiements pour les soins de santé, comme les cotisations à l'assurance maladie, qui peuvent être utilisées pour une population. Son objectif est de partager les risques dans la population pour que les dépenses de santé imprévues ne soient pas seulement à la charge d'un individu ou d'un ménage, ce qui pourrait avoir des conséquences catastrophiques (voir <i>dépenses catastrophiques</i> ci-dessus).
Mise en commun des risques	Partage des risques entre groupes de population ou dans la population totale pour que les dépenses de santé imprévues ne soient pas seulement à la charge d'un individu ou d'un ménage et pour protéger les individus et les ménages contre les <i>dépenses catastrophiques</i> (voir ci-dessus).
Mutuelles de santé	Voir <i>Régime de prépaiement à base communautaire</i> ci-dessous.
Paiement direct des ménages	(<i>out-of-pocket payment</i>) Paiement direct effectué par un patient individuel à un prestataire de santé qui est différent des paiements réalisés par un régime d'assurance maladie ou à partir des ressources publiques.
Paiement par capitation	En général, il s'agit d'une somme négociée par un régime d'assurance qui est versée à un prestataire de santé pour une période déterminée pour toute personne couverte par le régime d'assurance et qui reçoit des soins de santé chez ce prestataire.
Parcours des soins adapté	Parcours suivi par un patient ou conseillé à un patient entre les différents niveaux de prestation de services de santé: à l'exception des soins d'urgence, le parcours de soins le plus logique et le plus efficient commence au niveau des prestataires de soins de santé primaire (par exemple un centre de santé primaire public ou un médecin généraliste), puis, si cela est nécessaire et recommandé par le prestataire du premier niveau, il continue à un niveau de soins supérieur. L'objectif de ce parcours est d'éviter le recours aux spécialistes ou aux soins hospitaliers si un problème de santé peut être traité à un moindre coût au premier niveau de soins.
Participation financière des usagers	Honoraires versés sur le lieu et au moment de l'utilisation d'un service dans une structure de santé publique et qui fait l'objet d'un <i>paiement direct des ménages</i> (voir ci-dessus).
Pays à faibles et moyens revenus	En 2005, les pays à faibles revenus étaient définis par la Banque mondiale comme les pays dont le produit national brut (PNB) par habitant était inférieur ou égal à 875 US\$ et les pays à moyens revenus comme ceux dont le PNB par habitant était compris entre 876 US\$ et 10725 US\$.

Pot commun	Les ressources du gouvernement et des bailleurs de fonds sont mises en commun dans un pot unique. Ce pot sert à produire dans le secteur public les services de santé inscrits dans le plan stratégique qui a été approuvé par tous les contributeurs du pot.
Réassurance	Assurance pour les assureurs. Dans le cas de l'assurance maladie, c'est un processus qui permet à de petits régimes d'assurance maladie de transférer le risque de dépenses de santé élevées imprévues (ou de <i>sélection adverse</i> , voir ci-dessous) à un seul assureur («réassureur»).
Régime de prépaiement à base communautaire (aussi appelé «régime d'assurance maladie à base communautaire» ou «fonds de santé communautaire»)	Régime d'assurance auquel les membres d'une communauté locale, souvent rurale mais également périurbaine, payent une petite cotisation. En retour, le régime d'assurance paie les honoraires demandés par les services de santé locaux.
Secteur formel	Secteur officiel de l'économie, régulé par des institutions sociales, reconnu par le gouvernement et enregistré dans les statistiques officielles (voir également <i>secteur informel</i> ci-dessous).
Secteur informel	Secteur non-officiel de l'économie dans lequel le revenu et les moyens employés pour le gagner ne sont pas régulés. Ce secteur coexiste dans un environnement légal et social avec des activités productrices de revenus similaires mais régulées : dans le secteur informel, les relations de travail, lorsqu'elles existent, sont plus liées à l'emploi temporaire, à la parenté ou aux relations personnelles et sociales qu'à des arrangements contractuels offrant des garanties formelles (voir aussi <i>secteur formel</i> ci-dessus).
Sélection adverse	Une personne avec un risque élevé de maladie et de grands besoins en soins de santé récurrents sera plus encline à souscrire à un régime d'assurance maladie qu'une personne avec un faible risque de maladie et des besoins moindres en soins de santé récurrents.
Subventions croisées	Voir ci-dessous <i>subventions croisées en fonction des revenus ou des risques</i> .
Subventions croisées en fonction des revenus ou des risques	<i>Subventions croisées en fonction des revenus</i> : les riches participent plus au financement des soins de santé que les pauvres mais tous ont un même accès aux services de santé. <i>Subventions croisées en fonction des risques</i> : ceux qui ont le plus besoin de soins de santé (c'est-à-dire les individus qui présentent le plus de risques) peuvent utiliser davantage les services de santé que ceux qui sont en bonne santé (c'est-à-dire ceux qui présentent peu de risques), quelle que soit la cotisation de chaque groupe.
Système d'information actuariel	Dans le contexte de l'assurance maladie, c'est un système qui contient des informations sur les profils démographique et de morbidité des membres du régime d'assurance maladie. Il peut servir à estimer l'utilisation future des services de santé par les membres et les dépenses qui seront encourues par le régime d'assurance.
Taux marginal d'imposition sur le revenu	Pourcentage prélevé par le gouvernement sur la dernière unité (par exemple sur le dernier dollar ou la dernière livre) qu'un individu gagne : ainsi, si le revenu est imposé de 5% entre 0 US\$ et 50'000 US\$, de 10% entre 50'000 US\$ et 100'000 US\$ et de 15% au-delà de 100'000 US\$, un contribuable dont le revenu est de 175'000 US\$ aura un taux marginal d'imposition sur le revenu de 15% mais un contribuable dont le revenu est de 75'000 US\$ aura un taux marginal d'imposition sur le revenu de 10%.
Taxe générale sur les ventes	Taxe qui correspond à un certain pourcentage du prix de vente des biens et services. Elle est imposée par le gouvernement aux points de vente, collectée par les vendeurs et reversée à l'Etat.
Taxe sur la valeur ajoutée	Impôt indirect appliqué à la valeur ajoutée d'un produit manufacturé à toutes les étapes situées entre sa production et sa vente : cette taxe diffère de la <i>taxe générale sur les ventes</i> (voir ci-dessus) qui n'est prélevée que sur la valeur totale du produit.

Résumé

Le financement des soins de santé figure une fois de plus en tête de l'ordre du jour de la politique mondiale de santé. La difficulté qu'ont les pays à faibles et moyens revenus à répondre aux besoins de leurs populations en matière de soins de santé reste un problème de tout premier plan. Dans le même temps, le coup de projecteur sur la réduction de la pauvreté, à l'instar des Objectifs du millénaire pour le développement et d'autres initiatives internationales, met de plus en plus en exergue la nécessité de mécanismes de financement des soins de santé protégeant les populations de ces pays d'un éventuel appauvrissement consécutif aux coûts des soins de santé.

Le présent rapport passe en revue le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, et s'articule autour de trois fonctions principales :

- La *collecte des fonds* qui concerne les sources des fonds, leur structure et les moyens de collecte.
- La *mise en commun des fonds* afin de pallier: aux impondérables dus à la maladie, en particulier au niveau individuel ; à l'incapacité des personnes à mobiliser suffisamment de ressources pour couvrir les coûts des soins de santé imprévus ; et, par voie de conséquence, à la nécessité de répartir les risques de santé sur la plus grande population possible et la durée la plus longue.
- L'*achat* qui transfère les ressources mises en commun aux prestataires de santé, de telle sorte que des services efficaces et adaptés soient mis à la disposition de la population.

La nécessité d'améliorer ou de remplacer leur système de financement des soins de santé représente une gageure pour les pays à faibles et moyens revenus. Pourtant, plusieurs pays ayant des ressources financières limitées sont parvenus à améliorer la santé de leurs populations en introduisant des mécanismes innovants de financement des soins de santé et en encourageant les interventions favorables à la santé à l'extérieur du système de santé. En améliorant la collecte des revenus, la mise en commun des risques et l'achat, en tirant les enseignements de l'expérience d'autres pays à faibles et moyens revenus et en les adaptant à leurs conditions locales, tous les pays pauvres peuvent améliorer leur système de financement des soins de santé et les rendre plus équitables, efficaces et durables.

Les exemples de «meilleures pratiques» pourraient être très instructifs, mais force est de déplorer que les «success stories» sont plutôt rares. En effet, la documentation des modalités de fonctionnement du financement des soins de santé dans les pays représente un véritable chantier de recherche pour l'avenir. Par exemple, deux pays, le Costa Rica et le Sri Lanka, se distinguent par leur réussite après la mise en place et le déploiement de ces fonctions. Ce rapport met en lumière certains des facteurs décisifs du succès. Cependant, une étude plus approfondie permettant de recenser des facteurs additionnels constituerait un exercice révélateur et utile.

Ce passage en revue de l'expérience internationale et du courant de pensée actuel a permis de dégager quelques «messages à retenir» :

- Il convient de fournir tous les efforts nécessaires pour obtenir une couverture universelle des soins de santé – définie comme un système qui fournit des soins de santé *adéquats* à tous les citoyens à un *coût accessible* – par le biais d'un système de préfinancement.
- Un mécanisme de financement des soins de santé devrait fournir une protection financière suffisante de telle sorte qu'aucun ménage ne s'appauvrisse en raison du recours aux services de santé. Une telle protection comprend l'intégration d'un plan de partage des risques dans

le mécanisme de financement des soins de santé, dans le cadre duquel les dépenses de soins de santé imprévues ne sont pas supportées uniquement par un individu ou un ménage.

- Ces deux premiers objectifs nécessitent d'importantes subventions croisées au sein du système de santé, tant en termes de revenus (subventions croisées des riches vers les pauvres) que de risques de besoins de soins de santé (subventions croisées des personnes en bonne santé, ou à faible risque, aux personnes malades, ou à haut risque).
- La nécessité de subventions croisées implique que les mécanismes de préfinancement soient au cœur du financement des soins de santé. Dans le cadre de ce système, chacun contribue régulièrement aux coûts de la santé sous forme de taxes et/ou en versant des cotisations à des assurances maladie.
- Des mécanismes de cotisation progressive (ou équitable) comprenant des subventions croisées devraient être préférés aux mécanismes dégressifs (ou inéquitables).
- La prise en charge de paquets de soins couvrant les principaux problèmes de santé devrait être encouragée, puisque ceux-ci assurent une efficacité optimale des services de santé et une valeur ajoutée à tous ceux qui en ont besoin.
- Les subventions croisées devraient être adoptées à l'échelle du système entier et se concentrer non seulement sur qui contribue au financement du système des soins de santé et à quel niveau, mais également sur les modalités de mise en commun des fonds et sur la manière et les types de services qui sont achetés pour leurs bénéficiaires.
- Une approche des subventions croisées à l'échelle du système signifie qu'un mécanisme de financement des soins de santé ne devrait pas être considéré isolément mais plutôt dans son interaction avec la contribution aux subventions croisées de l'ensemble du système de santé.
- L'intégration des mécanismes de financement devrait recevoir de plus en plus d'attention, car leur fragmentation réduit les possibilités de subventions croisées.

1 Introduction

Le financement des soins de santé figure une fois de plus en tête de l'ordre du jour de la politique mondiale de santé. Au cours des dernières années, différents livres ont été écrits sur ce sujet (Dror et Preker, 2002; Gottret et Scheiber, 2006; Preker et Carrin, 2004); des résolutions ont été adoptées par les organisations multilatérales (Organisation mondiale de la Santé, 2005b); et de nombreux ateliers et conférences ont été tenus sur le sujet. Cette résurgence d'intérêt est alimentée par différents facteurs. La difficulté rencontrée par les pays à faibles et moyens revenus pour fournir les soins de santé nécessaires à leurs populations demeure un problème essentiel. De plus, ce que l'on nomme le «gap de financement des soins de santé» est tombé sous le coup des projecteurs avec les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD); il en a été de même pour la charge de morbidité grandissante liée à l'épidémie du SIDA, notamment en Asie et en Afrique, et pour l'augmentation de la prévalence des maladies non-transmissibles dans certains pays à faibles et moyens revenus. Une course contre la montre est lancée pour atteindre les OMD en 2015. Les OMD soulèvent des questions relatives au développement socio-économique qui sont susceptibles de faciliter l'atteinte des OMD relatifs à la pauvreté mais aussi, compte tenu des déterminants sociaux de la santé, des OMD relatifs à la santé. Les systèmes de santé peuvent sans aucun doute jouer un rôle déterminant dans ce processus, à condition qu'ils bénéficient d'un financement adéquat et qu'ils soient bien gérés (Freedman et al., 2005).

Une part du regain d'intérêt pour le financement des soins de santé s'explique par la prise de conscience du fait que de nouveaux mécanismes, dépassant la prudence conventionnelle, sont devenus indispensables. Dans les années 1980 et 1990, les systèmes de recouvrement des coûts et de partage des coûts, qui faisaient appel à la contribution financière des usagers dans les structures du secteur public – principalement par le biais des paiements directs ou de la participation financière des usagers – étaient très en vogue (Akin et al., 1987). Cependant, au cours des dernières années, un consensus a émergé autour de l'idée que le financement des soins de santé par prépaiement, où les individus contribuent régulièrement au financement des soins de santé par l'impôt et/ou par une cotisation à l'assurance maladie, assure une meilleure protection financière des ménages et qu'il est donc préférable au financement des soins de santé basé sur les paiements directs (Preker et Carrin, 2004; Organisation mondiale de la santé, 2000; Organisation mondiale de la santé, 2005a).

Le financement des soins de santé par prépaiement, où les individus contribuent régulièrement au financement des soins de santé par l'impôt et/ou par une cotisation à l'assurance maladie, assure une meilleure protection financière des ménages. Il est donc préférable au financement des soins de santé basé sur les paiements directs.

Ce rapport met l'accent sur les questions qui doivent être abordées lorsque l'on change de système de financement des soins de santé. Ses conclusions se fondent sur l'expérience des pays à faibles et moyens revenus, notamment en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes et, lorsque cela est pertinent, sur l'expérience des pays à revenus élevés. Il cherche à faire apparaître les «meilleures pratiques», c'est-à-dire ce qui a bien fonctionné dans les différents pays mais il est difficile de trouver des exemples détaillés de meilleures pratiques. En effet, il n'est pas facile de déterminer pourquoi une stratégie de financement des soins de santé donnée a bien marché et a produit un système de santé qui peut, à tous les égards, être considéré comme une réussite. Cette difficulté s'explique en partie par le fait que les problèmes des systèmes de santé éclipsent souvent les «success stories». Dans une certaine mesure, ce rapport poursuit cette tendance: afin de signaler les erreurs à ne pas commettre en changeant de système de santé ou de système de financement des soins de santé, ce rapport veut montrer les problèmes qui se sont posés dans

plusieurs systèmes de santé à travers le monde. Pour citer un proverbe russe, «le sage apprend à partir des erreurs commises par les autres ; l'idiote à partir des siennes».

Il n'existe pas de solution unique. Les meilleures pratiques ne sont pas une réponse pour tous les pays. Une stratégie qui fonctionne bien dans un pays peut ne pas bien fonctionner dans un autre. Les changements qui peuvent être réalisés dans le système de financement des soins de santé d'un pays, le rythme de ces changements et leurs effets dépendront des caractéristiques du système précédent et de la situation macroéconomique, sociale et politique du pays. Ce rapport tente d'apporter des conseils sur les approches qu'il est possible d'adopter et sur les pièges à éviter.

2 Principaux mécanismes de financement des soins de santé

Financement du gouvernement

Le financement du gouvernement tire généralement sa source des impôts, que ce soit des impôts directs, prélevés sur les revenus des entreprises ou des particuliers, ou des impôts indirects comme la taxe sur la valeur ajoutée ou les droits de douane. Les fonds du gouvernement peuvent également provenir du financement du déficit : les prêts internes et externes assurent alors le financement d'activités du gouvernement qui dépassent celles qui sont financées exclusivement par les recettes fiscales. Le financement des bailleurs de fonds, qu'il provienne de bailleurs bilatéraux ou d'organisations internationales multilatérales, peut prendre la forme soit de prêts qui devront être remboursés avec des intérêts, soit de dons qui ne doivent pas être remboursés.

Assurance maladie

Il existe différents types d'assurance maladie. L'assurance maladie obligatoire (AMO) est un système d'assurance auquel certains groupes de population ou la population totale ont l'obligation légale d'adhérer. En revanche, l'assurance maladie volontaire ne comporte pas une telle obligation.

Assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire est souvent appelée «assurance sociale de santé» (ASS), notamment si seuls certains groupes ont l'obligation d'adhérer ou si elle n'accorde de bénéfices qu'à ceux qui cotisent. Le Programme national d'assurance maladie (PNAM) est aussi une forme d'assurance obligatoire, mais il couvre toute la population, même les individus qui n'ont pas personnellement cotisé à ce programme de financement. Les termes d'«assurance sociale de santé» et de «programme national d'assurance maladie» sont souvent utilisés indifféremment mais c'est le terme plus global d'«assurance maladie obligatoire» qui sera toujours utilisé dans ce rapport. L'assurance maladie obligatoire est fondée sur le principe de la solidarité sociale. Les cotisations sont «à base communautaire», c'est-à-dire qu'elles sont basées sur le coût moyen attendu de l'utilisation des services de santé par la totalité du groupe assuré et non par un individu ou un sous-groupe. Les cotisations peuvent également être ajustées en fonction du niveau de revenu et, dans certains cas, du nombre de personnes à charge qui sont couvertes par le régime d'assurance. Il peut y avoir un seul ou plusieurs fonds d'assurance. Quand il y a plusieurs fonds, un paquet standard minimum de services offerts est souvent défini par la loi d'habilitation et un mécanisme de partage des risques entre les différents fonds est mis en place.

Il est parfois difficile de différencier financement par l'impôt sur le revenu et financement par l'assurance obligatoire puisque les deux utilisent presque toujours des prélèvements sur les salaires. Comme l'écrit Normand (1999), «l'assurance sociale [obligatoire] se distingue du financement du gouvernement par la présence d'un fonds d'assurance indépendant ou quasi-indépendant, une séparation claire entre les cotisations à l'assurance et les impôts pour la plupart des cotisants et la définition de droits pour les assurés». Il remarque par la suite que ces droits sont à l'origine d'un sentiment d'ayant droit : «les patients s'attendent à ce que l'adhésion au régime d'assurance leur donne des droits et en fasse des clients des prestataires de santé».

Assurance maladie volontaire

Aussi appelée «assurance maladie privée», l'assurance volontaire a historiquement été le domaine réservé des groupes à revenus supérieurs. Elle est souvent basée sur l'emploi. Bien que

l'adhésion puisse être ouverte à quiconque souhaite s'affilier, souvent, ce sont les employés d'une entreprise qui adhèrent au régime d'assurance maladie et les employés partagent la cotisation à ce régime d'assurance avec les employeurs. Dans le cas des régimes d'assurance à but lucratif qui sont gérés par des compagnies commerciales, les cotisations sont souvent calculées par rapport au risque, c'est-à-dire ajustées en fonction du coût anticipé de l'utilisation des services (par exemple, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques paieront une prime plus importante que les personnes qui auront besoin de moins de services et de services moins coûteux). Certains régimes privés d'assurance volontaire fixent toutefois des primes sur une base communautaire, souvent parce que la loi les y oblige.

Les régimes d'assurance maladie à base communautaire (RABC), également appelés « mutuelles de santé », « régime de prépaiement à base communautaire », « fonds de santé communautaire » ou « microassurance » sont une forme d'assurance maladie volontaire qui s'est largement développée au cours des dernières années en Afrique et en Asie (Bennett et al., 1998). On retrouve ces régimes d'assurance dans les communautés locales, la plupart du temps en zone rurale : leurs membres versent de petites sommes au régime d'assurance, souvent sur une base annuelle après les récoltes, et le régime d'assurance couvre les honoraires demandés par les services de santé locaux.

Paiements directs des ménages

Les paiements directs des ménages (out-of-pocket) sont des paiements versés directement par le patient au prestataire de santé ; les fonds ne sont donc pas centralisés par un intermédiaire financier. La participation financière des usagers dans les structures de santé publiques sont une forme de paiement direct des ménages. Les co-paiements qui sont versés par les membres d'un régime d'assurance maladie lorsque celui-ci ne rembourse que partiellement les services de santé payés par ses membres sont une autre forme de paiement direct. Enfin, des paiements directs sont aussi versés aux prestataires de santé privés par les individus qui ne sont couverts par aucune forme d'assurance maladie.

3 Evaluation des mécanismes de financement

On évalue souvent les mécanismes de financement des soins de santé en fonction de leur degré de faisabilité, d'équité, d'efficacité et de pérennité. Ces critères, qui sont définis brièvement dans les paragraphes qui suivent, sont utilisés dans l'analyse du financement des soins de santé qui est présentée dans la section principale de ce rapport. Ils sont également utilisés pour identifier les mécanismes de financement qui peuvent être qualifiés de « meilleures pratiques ».

Faisabilité

La faisabilité, qui est souvent négligée lors de l'évaluation des mécanismes de financement, soulève d'importantes questions. Est-ce que les parties prenantes vont apporter leur soutien ou s'opposer à un mécanisme de financement donné ? Y a-t-il les capacités administratives adéquates (l'expertise actuarielle, les systèmes d'information, etc.) pour assurer la réussite de sa mise en œuvre ?

Equité

Le concept d'équité est encore très débattu. Il y a cependant un consensus sur le fait que les individus doivent contribuer au financement des soins de santé en fonction de leur capacité à payer et doivent bénéficier des services de santé en fonction de leurs besoins (Wagstaff et Van Doorslaer, 1993). Un système de financement des soins de santé équitable devra donc mettre en place des subventions croisées des riches vers les pauvres et des personnes en bonne santé vers les personnes en mauvaise santé. Les subventions croisées permettent d'éviter qu'un ménage ne se paupérise du fait de ses besoins de santé et que les dépenses de santé imprévues ne soient prises en charge que par un seul individu ou un seul ménage.

Les individus doivent contribuer au financement des soins de santé en fonction de leur capacité à payer et bénéficier des services de santé en fonction de leurs besoins.

Le débat se focalise sur l'interprétation du principe de la « participation financière selon la capacité à payer ». Il est évident que tout système de santé doit, dans la mesure du possible, éviter les mécanismes de financement dégressifs dans lesquels les groupes à faibles revenus versent un pourcentage de leur revenu supérieur au pourcentage versé par les groupes à revenus élevés. Toutefois, il n'est pas évident de savoir ce qui est préférable entre un système proportionnel, dans lequel tout le monde verse le même pourcentage de son revenu au régime d'assurance maladie (les riches payant évidemment plus en termes absolus), et un système progressif, dans lequel les groupes à revenus élevés versent un pourcentage de leur revenu supérieur au pourcentage reversé par les groupes à faibles revenus. Dans les pays où les inégalités de revenus sont importantes, ce qui est le cas de nombreux pays à faibles et moyens revenus (voir le coefficient de Gini dans l'Appendice B), le financement progressif des services de santé est fortement justifié. En fait, le financement progressif des services sociaux est considéré comme un élément essentiel de la politique de redistribution dans les pays à faibles et moyens revenus (Mkandawire, 2005 ; Squire, 1993). Bien qu'un système de financement des soins de santé proportionnel ou même légèrement dégressif puisse contribuer à réduire les inégalités dans de tels pays, cette revue est en faveur de l'utilisation de mécanismes de financement progressifs pour parvenir à un système de financement équitable, c'est-à-dire à un système dans lequel les individus contribuent en fonction de leur capacité à payer.

Efficiences

Un mécanisme de financement efficace est un mécanisme qui génère des ressources en quantité suffisamment importante pour ne pas avoir à recourir à plusieurs mécanismes de financement, chacun générant des ressources en quantité limitée. De plus, avec un mécanisme de financement efficace, les coûts de collecte des revenus et les coûts administratifs sont faibles, ce qui laisse un maximum de ressources pour la provision effective de services de santé (Hoare et Mills, 1986). Il est essentiel de regarder dans quelle mesure un mécanisme de financement des soins de santé encourage à la fois l'efficacité allocative (« faire la bonne chose ») et l'efficacité technique (« la faire de la bonne manière ») dans son utilisation des ressources.

L'efficacité allocative s'intéresse à l'allocation des ressources qui est faite entre les différents niveaux de soins, en comparant par exemple l'allocation accordée aux soins de niveau tertiaire (hôpitaux) avec celle accordée aux soins de santé primaire. Elle s'intéresse également à l'allocation entre différents services de santé comme la tuberculose, la vaccination, l'hypertension, etc. « Faire la bonne chose » grâce à l'efficacité allocative signifie allouer les ressources aux services de santé qui traitent les aspects de la maladie pour lesquels des interventions efficaces existent et qui sont les plus fréquents dans la communauté concernée. Parmi ces services, la priorité doit être donnée aux interventions les plus coût-efficaces, c'est-à-dire aux interventions qui présentent le plus faible coût par unité de santé (par exemple par QALY ou année de vie ajustée pour la qualité de vie).

« La faire de la bonne manière » grâce à l'efficacité technique signifie qu'il faut chercher à payer le maximum de services de santé à un coût minimum sans que leur qualité ne soit altérée (Donaldson et Gerard, 1993).

Pérennité

La pérennité d'un mécanisme de financement repose principalement sur sa stabilité à long terme et sur sa capacité à générer des revenus. Si les ressources générées par un mécanisme de financement sont sujettes à des fluctuations fréquentes et importantes, ce mécanisme ne peut pas être considéré comme un mécanisme fiable et il devient alors préférable de le remplacer par des mécanismes de financement qui sont plus prévisibles sur le moyen et le long terme. La pérennité fait également référence à la capacité du mécanisme de financement à maintenir son niveau de financement sur le long terme et à l'augmenter lorsque les besoins de santé évoluent (McPake et Kutzin, 1997). Pour assurer la pérennité, il est nécessaire de planifier sur le long terme et de manière réfléchie l'augmentation graduelle du financement intérieur des services de santé. Par exemple, l'Alliance GAVI (auparavant connue sous le nom de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination) apporte des financements extérieurs pour aider un pays à débiter ou à étendre son programme de vaccination. L'Alliance GAVI oblige le pays à développer un plan d'augmentation progressive du financement intérieur du programme afin d'en assurer la pérennité et ce plan doit être approuvé par le ministre des finances (voir www.gavialliance.com).

4 Fonctions essentielles du financement des soins de santé

Par le passé, les débats sur le financement des soins de santé ont souvent dégénéré en polémiques idéologiques et conceptuelles. Ainsi, dans certains pays, des débats acharnés ont eu lieu pour savoir si un système national de santé fondé sur l'impôt était préférable à un système universel fondé sur l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, les arguments en faveur de l'une ou de l'autre option reposaient sur très peu, voire sur aucun, fondement technique ou sur aucun fait réel.

Cette étude utilise un cadre d'analyse très largement adopté pour évaluer les mécanismes de financement des soins de santé. Il a été utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour son évaluation des systèmes de santé dans le monde (Organisation mondiale de la santé, 2000) et plus récemment par la Banque mondiale (Gottret et Scheiber, 2006). Ce cadre d'analyse reprend les principales fonctions qu'un mécanisme de financement doit remplir pour être accepté et proposé dans un pays ou une communauté (Kutzin, 2001 ; Organisation mondiale de la santé, 2000). L'idée est que ce cadre d'analyse, qui est fondé sur des principes opérationnels solides, permette de dissiper l'essentiel du contentieux né des débats passés qui portaient surtout sur des concepts abstraits. Plus important encore, ce cadre d'analyse doit permettre à n'importe quel pays de juger si et dans quelle mesure son système actuel, ou le système qui lui est proposé pour l'avenir, remplit les fonctions essentielles d'un bon mécanisme de financement, et dans quelle mesure il peut être adapté ou intégré au contexte spécifique du pays.

Ce rapport s'articule autour des principales fonctions du financement des soins de santé, à savoir :

- La collecte des revenus : elle concerne les sources de financement, leur structure et les moyens de collecte.
- La mise en commun des fonds : elle cherche à pallier aux impondérables dus à la maladie, en particulier au niveau individuel ; à l'incapacité des personnes à mobiliser suffisamment de ressources pour couvrir les coûts des soins de santé imprévus ; et, par voie de conséquence, à la nécessité de répartir les risques de santé sur la plus grande population possible et la durée la plus longue.
- L'achat : il transfère les ressources mises en commun aux prestataires de santé afin que des services efficaces et adaptés soient mis à la disposition de la population.

L'analyse est construite autour des fonctions essentielles suivantes : la collecte des revenus, la mise en commun des fonds et l'achat. Pour chaque fonction, le lecteur trouvera :

- Une description des principales questions soulevées ;
- Un aperçu des options qui sont proposées dans la littérature internationale sur le financement des soins de santé ;
- Des études de cas sur des pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes qui donnent plusieurs exemples concrets et, quand cela est possible, des exemples de meilleures pratiques.

Par le passé, les débats sur le financement des soins de santé ont souvent dégénéré en polémiques idéologiques et conceptuelles.(...) Ce cadre d'analyse, qui est fondé sur des principes opérationnels solides, (...) doit permettre à n'importe quel pays de juger si et dans quelle mesure son système actuel, ou le système qui lui est proposé pour l'avenir, remplit les fonctions essentielles d'un bon mécanisme de financement(...).

L'objectif de cette analyse est d'attirer principalement l'attention du lecteur sur les fonctions essentielles afin de favoriser de larges discussions politiques sur la collecte des revenus, la mise en commun des fonds et l'achat

Toutes les questions relatives aux mécanismes de financement, tels que le financement par l'impôt général, le financement par les bailleurs, l'assurance obligatoire, etc. seront abordées dans ce rapport dans leur relation à la collecte des revenus, à la mise en commun des fonds et à l'achat. Ceci diffère nettement de la plupart des autres revues sur le

financement des soins de santé déjà publiées qui abordaient chaque thème (le financement par l'impôt, le financement des bailleurs, etc.) séparément. L'objectif de cette analyse est d'attirer principalement l'attention du lecteur sur les fonctions essentielles afin de favoriser de larges discussions politiques sur la collecte des revenus, la mise en commun des fonds et l'achat plutôt que de discuter, par exemple, des avantages et inconvénients du financement par l'impôt par rapport à l'assurance obligatoire. Cette approche devrait permettre, lors du choix et de la conception des systèmes de financement, d'aboutir à une réflexion innovante sur ce qui est le plus adapté au contexte particulier de chaque pays.

Le compte-rendu des différentes options qui s'offrent pour mettre en œuvre chacune des trois fonctions est basé sur une très large revue de la littérature et des recherches en ligne d'articles revus par les pairs, en particulier ceux publiés au cours des dix dernières années. Cette revue de la littérature a utilisé : Academic Search Premier, CINAHL, EconLit, Health Source, MEDLINE, Science Citation Index et Social Sciences Citation Index. La revue de la littérature a aussi porté sur des publications trouvées sur des sites Internet dont ceux de l'OMS (www.who.int/health_financing/en/), de la Banque mondiale (www.worldbank.org/), des Partnerships for health reform (www.phrplus.org/), de l'id21 (www.id21.org/health/index.html) et d'ELDIS (www.eldis.org/healthsystems/financing/).

Pour les études de cas, la préférence a été accordée aux pays qui représentaient des exemples de meilleure pratique ou qui étaient des « success stories ». Un indicateur, ou critère, utilisé pour identifier de tels pays était l'atteinte d'un excellent état de santé dans la population générale malgré des ressources économiques relativement limitées. Les pays ou régions auxquels la littérature fait le plus souvent référence parce qu'ils remplissent ce critère sont le Costa Rica, le Sri Lanka et l'Etat indien du Kerala (Birdsall et Hecht, 1995). Bien sûr, les mécanismes de financement des soins de santé et d'autres aspects du système sanitaire d'un pays ne sont pas les seuls responsables des résultats atteints en matière de santé. D'autres facteurs explicatifs possibles sont donc évoqués dans les études de cas. En plus de ces pays très performants, d'autres pays qui ont développé des approches innovantes, même s'ils n'ont pas connu un succès total, ont été présentés dans des études de cas. Pour de tels pays, « le succès » correspond à l'atteinte des critères utilisés pour évaluer les mécanismes de financement des soins de santé, à savoir la faisabilité, l'équité, l'efficacité et la pérennité. Pour couvrir la diversité régionale, les exemples pour chacune des trois fonctions principales du financement des soins de santé sont tirés de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique latine et des Caraïbes.

La collecte des revenus

La collecte des revenus concerne les sources de financement, leur structure et l'entité ou l'organisme choisi pour la collecte.

De manière plus spécifique :

- Pour ce qui est des sources de financement, la principale question concerne l'équilibre entre les ressources internes et externes, et, au sein des ressources internes, entre les entreprises commerciales (ou les employeurs) et les individus (ou les ménages) ;

- Pour ce qui est des mécanismes de cotisation, les principales difficultés sont relatives à la structuration des cotisations et à leur degré d'équité (c'est-à-dire à leur progressivité ou dégressivité).
- Enfin, l'organisme chargé de la collecte des fonds peut être public, privé ou paraétatique. S'il est privé, il peut être à but lucratif ou non lucratif.

Sources de financement

Dans tous les pays, toutes les ressources internes destinées aux soins de santé proviennent toujours – que ce soit par le biais de l'impôt général, d'une assurance maladie ou de paiements directs – de deux sources principales, à savoir les entreprises et les ménages (ou les individus).

Le ratio du financement des entreprises sur le financement des ménages est important. Il est influencé par de nombreux facteurs.

Par exemple, la charge fiscale qui incombe aux entreprises dépend, entre autres choses, de la taille du secteur *formel* (qui est plus facilement imposable que le secteur *informel*) et de la volonté du gouvernement d'encourager les investissements. De même, le niveau de pauvreté et la distribution des revenus au sein de la population ont un impact sur la charge fiscale qui peut être supportée par les ménages.

La capacité des entreprises et des ménages à cotiser à l'assurance maladie dépend des mêmes facteurs mais les contraintes qui en découlent sont plus importantes que pour l'impôt général. Si un gouvernement envisage d'introduire un régime d'assurance maladie obligatoire, il doit déterminer si les entreprises et les ménages sont en mesure de supporter cette charge financière en sus de la charge fiscale déjà existante. Cette contrainte sera toujours présente à moins que les taux d'imposition ne soient abaissés pour compenser la charge constituée par la cotisation à l'assurance maladie. Savoir si certaines entreprises et/ou ménages doivent bénéficier d'une exemption, partielle ou totale, de la cotisation au régime de santé est une question fondamentale. Dans le cas de l'impôt sur le revenu, les exemptions partielles prennent généralement la forme de déductions sur le revenu imposable ou d'un seuil de revenu en dessous duquel les individus ne doivent pas payer d'impôts. Une approche similaire peut être employée pour les cotisations à l'assurance maladie obligatoire. Des indications claires sur les entreprises qui doivent cotiser doivent être données; un seuil peut par exemple être fixé en fonction du nombre d'employés ou de la taille (en valeur nette par exemple) de l'entreprise. En ce qui concerne les assurances maladie privées volontaires, ceux qui ne peuvent pas ou ne veulent pas cotiser en sont automatiquement exclus.

Savoir si certaines entreprises et/ou ménages doivent bénéficier d'une exemption, partielle ou totale, de la cotisation au régime de santé est une question fondamentale.

La question des exemptions est moins évidente dans le cas des paiements directs et des régimes d'assurance maladie à base communautaire (RABC). Il existe un consensus sur le fait que certains individus doivent être exemptés de la participation financière des usagers ou d'autres formes de paiements directs (Bitrán et Giedion, 2003; Newbrander et al., 2000). L'idée d'étendre les RABC aux plus pauvres des communautés grâce à un système de subvention totale ou partielle de leur adhésion gagne aussi du terrain (Bennett et al. 1998). Toutefois, toute la difficulté liée à la mise en œuvre des exemptions de participation financière pour certains usagers et aux subventions pour l'adhésion aux RABC réside dans la manière d'identifier ceux qui devraient en bénéficier. Différentes méthodes existent pour déterminer le statut socio-économique des individus afin de leur accorder ou de leur retirer une exemption (voir Appendice A).

L'idée d'étendre les RABC aux plus pauvres des communautés grâce à un système de subvention totale ou partielle de leur adhésion gagne (...) du terrain.

L'équilibre qui existe entre le financement interne et le financement externe des soins de santé est également important dans les pays à faibles et moyens revenus. Ainsi, de nombreux pays à faibles et moyens revenus ne peuvent même pas commencer à satisfaire les besoins de santé de leurs populations sans une aide extérieure conséquente (Organisation mondiale de la santé, 2001). La dépendance de ces pays par rapport au financement des bailleurs de fonds (voir Appendice B) soulève des inquiétudes relatives à la pérennité et à la stabilité de ces financements (McIntyre, Gilson et Mutyanbizi, 2005).

Mécanismes de participation

Pour participer au financement des soins de santé, deux options se présentent : un mécanisme de paiement direct dans lequel l'utilisateur paie des honoraires ou une certaine somme au moment où il reçoit les soins de santé, ou un mécanisme de prépaiement dans lequel l'utilisateur participe régulièrement au financement des soins de santé par le biais d'une assurance sociale de santé ordinaire, des impôts ou de plusieurs mécanismes de prépaiement conjugués. Dans les années 1980 et 1990, les institutions financières internationales (IFI) ont fortement plaidé en faveur des paiements directs dans les pays à faibles et moyens revenus (Akin et al., 1987).

Le consensus actuel est maintenant beaucoup plus en faveur des mécanismes de prépaiement (Claeson et al., 2001 ; Kutzin, 2001 ; Organisation mondiale de la santé, 2005a). Ce consensus résulte à la fois de la multiplication des preuves empiriques sur les effets appauvrissant des paiements directs et de la plus grande attention portée au thème de la pauvreté, comme en témoignent les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté dans les pays pauvres très endettés et les OMD.

Le consensus actuel est maintenant beaucoup plus en faveur des mécanismes de prépaiement.

Nous disposons maintenant de très nombreuses indications sur le fait que la participation financière des usagers et les autres formes de paiement direct sont les formes de financement des soins de santé les moins progressives. Il a ainsi été démontré, dans tous les pays à revenus élevés pour lesquels des données sont disponibles, que les paiements directs des ménages sont dégressifs (Van Doorslaer et Wagstaff, 1993 ; Wagstaff et al., 1999). Néanmoins, des études récentes menées dans les pays à faibles et moyens revenus ont montré que les paiements directs *peuvent* être progressifs dans ces pays si les groupes à plus faibles revenus n'utilisent les services de santé que rarement ou jamais (EQUITAP, 2005). Dans ce contexte, le terme « progressif » peut être trompeur car il fait référence à un financement équitable mais à une fourniture de soins de santé inéquitable. Ainsi, si tout le monde doit faire des paiements directs, les groupes à revenus élevés réalisent sans aucun doute l'essentiel des dépenses, mais ils sont également les seuls bénéficiaires des services. Comme les paiements directs peuvent représenter une lourde charge financière pour de nombreux ménages des pays à faibles et moyens revenus (Whitehead et al., 2001 ; Xu et al. 2003), certains ménages évitent de recourir aux soins de santé. En faisant cela, ils peuvent au final encourir des dépenses bien plus élevées si la maladie s'aggrave et nécessite des soins coûteux. Les individus qui ont besoin d'être soignés mais qui n'ont pas suffisamment d'argent disponible peuvent être obligés d'en emprunter à leurs familles,

Nous disposons maintenant de très nombreuses indications sur le fait que la participation financière des usagers et les autres formes de paiement direct sont les formes de financement des soins de santé les moins progressives.

à leurs amis ou à d'autres personnes, parfois avec des taux d'intérêt très élevés. Ils peuvent également être contraints de vendre des biens, comme le bétail, mettant ainsi en péril les moyens d'existence du ménage (McIntyre et al. 2005 ; Russel, 2004). Selon une estimation récente de l'OMS, chaque année,

environ 100 millions d'individus sont appauvris et 150 millions d'autres connaissent de très importantes difficultés financières suite à des dépenses de santé (Organisation mondiale de la santé, 2005a). Bien que les recettes issues de la participation financière des usagers ne représentent parfois qu'une faible part des dépenses de fonctionnement totales du secteur public, elles peuvent néanmoins constituer une source de financement importante pour une structure sanitaire individuelle. En permettant d'assurer l'offre de médicaments et/ou d'augmenter les salaires des employés, ces recettes peuvent participer à l'amélioration de la qualité des services offerts (Nolan et Turbat, 1995). On estime aussi que la participation financière des usagers peut dissuader d'utiliser inutilement et excessivement les services de santé et que si le montant de la participation financière des usagers était adapté au type de structure sanitaire, il pourrait inciter les patients à respecter le parcours des soins (Akin et al., 1987 ; de Ferranti, 1985).

Incités par la prise de conscience croissante des impacts potentiellement dramatiques des paiements directs sur les ménages et par l'accent actuellement mis sur la réduction de la pauvreté, de nombreux pays comme l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Zambie ont supprimé en partie ou en totalité les honoraires qui étaient demandés aux usagers dans les structures de santé publiques (voir Encadré 1). Il est évident qu'un tel changement ne peut pas être réalisé du jour au lendemain et que des financements alternatifs doivent être recherchés pour ne pas compromettre la qualité des soins (Gilson et McIntyre, 2005).

On observe un mouvement certain vers la mise en place de mécanismes de prépaiement, mouvement soutenu en 2005 par une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé encourageant les Etats membres de l'organisation à appuyer les assurances sociales de santé et les autres formes d'assurance maladie (Organisation mondiale de la santé, 2005b). A l'instar de ce mouvement, le présent rapport mettra surtout l'accent sur les mécanismes de financement par prépaiement. Toutefois, comme certaines formes de paiement direct des soins de santé vont demeurer dans la plupart des pays, l'Appendice A propose des méthodes pour réduire la fréquence ou atténuer la sévérité de leurs effets néfastes.

Les deux principales formes du financement par prépaiement sont les recettes fiscales et l'assurance maladie. Différentes variantes et combinaisons de ces deux formes existent aujourd'hui dans divers pays, chacune offrant des avantages particuliers en termes d'équité et de pérennité, par exemple.

Les recettes fiscales générales

Dans la plupart des cas, les recettes fiscales sont issues soit de l'impôt direct sur les revenus des particuliers et des entreprises, soit d'impôts indirects sur les biens et services comme la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), la taxe générale sur les ventes (TGV), les droits de douane et d'excise. Les recettes fiscales ont généralement une structure progressive dans laquelle les groupes à revenus supérieurs sont imposés davantage. Dans certains pays cependant, c'est le cas du Danemark et de la Suède, la structure de l'impôt sur le revenu est proportionnelle ou presque proportionnelle, avec le même taux d'imposition pour tout le monde (Wagstaff et al., 1999). La structure des exemptions et des déductions appliquées à l'impôt sur le revenu affecte aussi la progressivité de l'impôt. D'après une analyse des systèmes fiscaux réalisée par l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) dans tous les pays membres pour

Selon une estimation récente de l'OMS, chaque année, environ 100 millions d'individus sont appauvris et 150 millions d'autres connaissent de très importantes difficultés financières suite à des dépenses de santé.

Le mouvement certain vers la mise en place de mécanismes de prépaiement (...) a été soutenu en 2005 par une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé encourageant les Etats membres de l'organisation à appuyer les assurances sociales de santé et les autres formes d'assurance maladie.

Encadré 1 : Etude de cas : abolition de la participation financière des usagers en Ouganda

L'Ouganda a introduit la participation financière des usagers à l'échelle nationale en 1993. Bien que les revenus issus de la participation financière des usagers aient été relativement limités (généralement inférieurs à 5% des dépenses de santé), ils constituaient une importante source de financement pour augmenter les salaires du personnel de santé, entretenir les structures sanitaires et acheter plus de médicaments. Toutefois, l'utilisation des services de santé avait fortement chuté et des inquiétudes étaient apparues quant à l'impact de la participation financière des usagers sur les 46% d'Ougandais qui vivaient avec moins d'un US\$ par jour.

En mars 2001, la participation financière des usagers a été abolie dans les structures de santé publiques, à l'exception des patients en chambre particulière. Le taux d'utilisation des services de santé a alors immédiatement explosé. Une étude portant sur 78 structures sanitaires dans 10 districts a comparé les données relevées huit mois avant et 12 mois après l'abolition de la participation financière des usagers; elle a montré que le nombre moyen de nouvelles visites a augmenté de 53% et le nombre de visites à répétition de 24%. Deux années après l'abolition de la participation financière des usagers, l'utilisation des services avait augmenté de 77%.

Une étude approfondie, basée sur les deux premières enquêtes ougandaises auprès des ménages (menées respectivement en 1999-2000 et 2002-2003) et sur les données du système d'information sanitaire, a montré que ce sont essentiellement les pauvres qui ont profité de l'abolition de la participation financière des usagers. Alors que l'incidence de la maladie au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête est inférieure à 30% dans les deux enquêtes, le pourcentage de personnes malades qui a utilisé des services de santé professionnels est passé de 69 à 79% et la durée de l'incapacité de travail du fait de la maladie a diminué, passant de 8,3 jours par personne en moyenne à 7 jours. De plus, en 2002-2003, seulement 30% des personnes qui n'ont pas eu recours aux soins ont déclaré que le coût des soins de santé en était la raison contre 50% en 1999-2000. Les pauvres sont ceux qui ont le plus bénéficié de l'abolition de la participation financière des usagers : l'utilisation des services de santé par les individus du quintile de population le plus pauvre est passée de 58% à 70% alors qu'elle n'est passée que de 80% à 85% chez le quintile le plus riche.

Selon de nombreuses études, la hausse constante de l'utilisation des services de santé et les retombées positives de cette augmentation – comme par exemple l'augmentation de la couverture nationale de la vaccination qui est passée de 41% en 1999-2000 à 84% en 2002-2003 – n'auraient pas été possibles sans un afflux de ressources vers les services de santé du secteur public. L'apport volontaire de 5,5 millions US\$ du fonds de régulation du ministère de la santé (MS), destiné à combler une éventuelle pénurie de médicaments qui aurait pu résulter de la perte des revenus et de l'augmentation de l'utilisation des services, a été une mesure phare. De plus, le déplacement du financement des bailleurs des projets vers l'approche sectorielle élargie (SWAp) pour soutenir le MS a permis de doubler le budget du ministère en termes réels entre 1999-2000 et 2002-2003. Le ministère contrôle l'allocation des ressources du SWAp. Il a orienté l'essentiel des ressources additionnelles vers les services de santé primaire et les budgets des districts ont été multipliés par sept en moyenne depuis 1999-2000. Ainsi, l'abolition de la participation financière des usagers et l'augmentation du financement public qui l'a accompagnée, ont participé aux changements positifs survenus dans l'utilisation des services de santé.

Toutefois, l'abolition de la participation financière des usagers a également eu des effets néfastes. On a assisté à une démoralisation du personnel car les recettes issues de la participation financière des usagers avaient servi à augmenter le salaire du personnel et aussi car la charge de travail a augmenté d'environ 47%. Dans certains cas, les usagers des services de santé publics ont dû payer

des honoraires informels «sous la table» pour permettre aux travailleurs de santé de maintenir leurs niveaux de revenus antérieurs. De plus, malgré l'augmentation du financement public des services de santé, des ruptures de stock de médicaments sont apparues, obligeant les services du secteur public à acheter les médicaments prescrits dans des points de vente privés. Du fait de la participation financière informelle des usagers et de l'achat informel de médicaments, l'incidence des dépenses de santé à caractère catastrophique chez les pauvres n'a pas décliné de manière significative avec l'abolition de la participation financière des usagers. Par ailleurs, les travailleurs de santé et les membres des comités de gestion des structures sanitaires ont également relevé un déclin de l'entretien, y compris de la propreté, dans les structures sanitaires. Malgré cela, l'accès aux soins de santé est indubitablement meilleur, notamment chez les groupes les plus pauvres. Des efforts doivent toutefois être fournis pour s'attaquer aux problèmes soulevés par les paiements informels et la démoralisation du personnel. L'abolition de la participation financière des usagers doit obligatoirement être accompagnée d'une planification prudente, de ressources suffisantes et de bonnes relations avec les travailleurs de santé de première ligne (voir Gilson et McIntyre, 2005 pour un exposé plus détaillé de ces points).

Sources : Burnham et al., 2004 ; Deininger et Mpuga, 2004 ; Kipp et al., 2001 ; Xu et al., 2006 ; Yates, 2004

lesquels des résultats étaient disponibles, les impôts directs sur le revenu sont progressifs dans tous les pays (Van Doorslaer et Wagstaff, 1993 ; Wagstaff et al., 1999). L'impôt direct sur le revenu est généralement beaucoup plus progressif dans les pays à faibles et moyens revenus que dans les pays à revenus élevés, car ces impôts sont souvent presque exclusivement payés par les groupes dont les revenus sont les plus élevés. Une étude sur les pays asiatiques a montré que certains pays pauvres comme le Bangladesh, les Philippines, le Sri Lanka et la Thaïlande ont l'imposition directe la plus progressive (EQUITAP, 2005).

Les impôts indirects sont pratiquement toujours dégressifs dans les pays à revenus élevés (Wagstaff et al., 1999). Quand la TVA ou la TGV est le principal impôt indirect, l'imposition est très dégressive. Dans les pays à revenus élevés, les impôts indirects ne sont progressifs que lorsque des taux d'imposition élevés sont appliqués aux produits de luxe (Van Doorslaer et Wagstaff, 1993). La TVA et la TGV sont dégressives : comme un taux fixe est prélevé (par exemple 15% sur tous les biens et services), les ménages les plus pauvres payent plus en proportion de leur revenu que les ménages les plus riches, qui sont ainsi plus à même d'épargner une partie de leur revenu. Dans les pays à faibles et moyens revenus, les impôts indirects peuvent être proportionnels, comme c'est le cas par exemple en Chine, en Indonésie, aux Philippines, en République de Corée, au Sri Lanka et à Taïwan, ou légèrement progressifs comme au Bangladesh, à Hong Kong, au Népal et en Thaïlande (EQUITAB, 2005). Dans ces pays à faibles et moyens revenus, les impôts indirects ne sont pas dégressifs car les produits alimentaires de base sont souvent exemptés de TVA ou de TGV ou parce que les ménages pauvres vivent à partir de leur propre production ou d'aliments achetés sur les marchés locaux informels qui ne sont pas touchés par la TVA ou la TGV. Néanmoins, même lorsque les impôts indirects sont progressifs, ils le sont dans une proportion moindre que les impôts directs.

Globalement, la progressivité des recettes fiscales générales dépend de l'équilibre entre impôts directs et impôts indirects et de la progressivité de chaque impôt.

De manière générale, les recettes fiscales seront moins progressives, et seront même parfois dégressives, si les impôts indirects représentent une part élevée des recettes fiscales. Par exemple, en 1987, les recettes fiscales de l'Italie étaient dégressives : ses impôts indirects étaient très dégressifs et représentaient 54% des recettes fiscales totales alors que, dans le même temps, ses impôts directs n'étaient que très légèrement progressifs (Van Doorslaer et Wagstaff, 1993).

Dans de nombreux pays, l'impôt général constitue le mécanisme de financement des soins de santé par prépaiement le plus progressif. Il serait donc souhaitable que les pays à faibles et moyens revenus accroissent leurs recettes fiscales si le financement public des services de santé est limité. Récemment, l'essentiel des débats a porté sur ce que l'on appelle «l'espace budgétaire» pour augmenter le financement des soins de santé grâce à l'impôt et, parfois, grâce à l'aide des bailleurs. L'espace budgétaire a été défini comme «la marge de manœuvre qui permet au gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'un objectif sans mettre en péril la viabilité de sa position financière» (Heller, 2005). Les principaux facteurs qui influencent l'espace budgétaire pour les services de santé sont (Hay, 2003):

- Le produit intérieur brut (PIB) par habitant ;
- La part des dépenses du gouvernement dans le PIB ;
- La part des dépenses totales du gouvernement qui est allouée à la santé.

Ces facteurs sont liés à la taille de l'économie du pays, à son taux de croissance économique, à la priorité que le gouvernement accorde au secteur de la santé par rapport aux autres secteurs, aux obligations de dette du gouvernement et à la taille du secteur public par rapport au reste de l'économie (qui est, à son tour, influencée par les recettes fiscales qui sont générées et par la capacité du gouvernement à garantir les prêts et les dons). En général, les recettes fiscales et les ressources économiques qui sont destinées aux dépenses du gouvernement augmentent avec la croissance. Par exemple, en 2004, les dépenses du gouvernement représentaient 28,9% du PIB des pays à revenus élevés (et 38,6% du PIB des pays de l'Union économique et monétaire de l'Union européenne) mais seulement 15,5% du PIB dans les pays à faibles revenus (Banque mondiale, 2005a). Les taux de croissance économique ont indiscutablement augmenté au cours des dernières années : les pays à faibles et moyens revenus ont connu une augmentation de 7,1% de leur PIB en 2004 (Banque mondiale, 2005a). Entre 1990 et 2004, la croissance du PIB par habitant dans les pays à moyens revenus était en moyenne de 2,5% par an comparée à 1,8% dans les pays à revenus élevés et à seulement 0,1% dans les pays à faibles revenus (allant de -6,3% en République Démocratique du Congo à +5,9% au Vietnam) (PNUD, 2005).

L'approche qui consisterait à attendre les effets de la faible croissance économique sur les recettes fiscales est une approche trop passive compte tenu de l'urgence des besoins en ressources additionnelles pour la santé dans de nombreux pays à faibles et moyens revenus. Existe-t-il des approches plus volontaires pour augmenter les recettes fiscales? Bien que quelques pays à faibles et moyens revenus aient des taux d'imposition relativement faibles, la plupart d'entre eux ont des taux comparables à ceux des pays à revenus élevés : les taux d'imposition sur le revenu marginal les plus élevés étant compris entre 20 et 40%, il existe peu de marge pour augmenter ces taux d'imposition (Banque mondiale, 2005b). Il est possible d'introduire une gamme plus étendue d'impôts sur la richesse dans les pays à faibles et moyens revenus comme par exemple des impôts sur les flux de transactions financières, les voyages en avion, le change de devises, etc. (Bond, 2006). Certains pays ont introduit un nouvel impôt destiné explicitement à collecter des ressources pour la santé. Le Ghana a augmenté sa TVA de 2,5% et les ressources additionnelles ainsi collectées participent au financement de son nouveau système d'assurance maladie nationale (gouvernement du Ghana, 2003). Un autre exemple est l'introduction au Zimbabwe d'un impôt additionnel de 3% qui vient s'ajouter à l'impôt sur le revenu existant pour les particuliers et les entreprises et qui est destiné à financer les interventions SIDA.

Les impôts explicitement dédiés ou affectés peuvent susciter une plus grande volonté à payer et améliorer l'adhésion à l'impôt car les ressources collectées sont utilisées dans leur totalité pour financer les services de santé (Buchanan, 1963). Les impôts spécifiques ont cependant un inconvénient majeur car ils donnent souvent lieu à une réallocation des recettes fiscales

générales (Zschock, 1979). Souvent, le montant des recettes générées par l'impôt spécifique est compensé par une réduction équivalente de l'allocation budgétaire pour le secteur de la santé issue de l'impôt général. Les impôts spécifiques ne sont généralement pas appréciés par les trésoreries générales car l'existence d'un « fonds pour la santé » séparé réduit la flexibilité dont le budget peut avoir besoin pour s'adapter à un changement dans les priorités publiques ou à des conditions macro-économiques (Jones et Duncan, 1995).

Les impôts explicitement dédiés ou affectés peuvent susciter une plus grande volonté à payer et améliorer l'adhésion à l'impôt car les ressources collectées sont utilisées dans leur totalité pour financer les services de santé.

Les recettes fiscales peuvent croître avec l'augmentation du taux d'imposition, l'introduction d'impôts additionnels mais aussi grâce à des mesures proactives, comme l'amélioration de la collecte des impôts et la limitation des déductions fiscales. La légitimité de la déduction fiscale accordée pour la cotisation à des régimes privés d'assurance maladie volontaire est fortement critiquée. Les partisans de cette déduction prétendent qu'elle rend l'assurance maladie privée accessible à une plus grande partie de la population. Le gouvernement est présenté comme étant bénéficiaire de cette mesure car la population assurée ne dépend plus des services de santé financés sur argent public. De ce fait, les ressources limitées du gouvernement peuvent être destinées aux groupes de population qui *sont* dépendants des services publics. Toutefois, le montant des recettes fiscales perdues du fait de la déduction fiscale accordée pour les cotisations à l'assurance maladie peut dépasser le montant des recettes fiscales générales nécessaires pour fournir des services de santé publics à ce groupe (voir Encadré 2). Ainsi, l'utilisation des recettes fiscales limitées pour subventionner l'achat d'assurances maladie privées pour le bénéfice des individus les plus riches est fortement critiquable. La suppression de cette déduction fiscale permettrait d'augmenter significativement les recettes fiscales, principalement dans les pays à revenus moyens et élevés où le secteur privé de l'assurance maladie est suffisamment développé.

L'utilisation des recettes fiscales limitées pour subventionner l'achat d'assurances maladie privées pour le bénéfice des individus les plus riches est fortement critiquable.

La plupart des pays à faibles et moyens revenus ne peuvent pas augmenter leurs dépenses publiques sans augmenter les recettes fiscales, notamment s'ils sont déjà en situation de déficit budgétaire. Toutefois, même s'ils ne peuvent pas augmenter les recettes fiscales ou s'ils ne peuvent le faire que marginalement ou à court terme, beaucoup de pays peuvent accroître la part des ressources totales du gouvernement qui est allouée au secteur de la santé. Le tableau de l'Appendice 2 montre que les dépenses du gouvernement en santé représentent souvent plus de 15%, ou au moins plus de 10%, des dépenses totales du gouvernement dans la plupart des pays à revenus élevés mais qu'elles sont souvent inférieures à 10% dans la plupart des pays à faibles et moyens revenus. De plus, ces pourcentages, qui sont tirés de la base de données de l'OMS sur les comptes nationaux de la santé, prennent en compte les ressources des bailleurs utilisées par le gouvernement pour ses dépenses de santé. Ainsi, la part des dépenses du gouvernement qui est allouée à la santé est clairement surestimée pour les pays à faibles et moyens revenus car ils reçoivent d'importants apports financiers des bailleurs.

La part des dépenses totales du gouvernement qui est allouée au secteur de la santé est particulièrement limitée dans les pays africains. Confrontés au triple fardeau du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, les Chefs d'Etat africains se sont engagés, lors d'un rencontre à Abuja en 2001, à allouer au moins 15% des dépenses du gouvernement à la santé (OUA, 2001). Les progrès faits jusqu'à présent pour la réalisation de cet engagement sont limités (McIntyre et al., 2005), mais les ministres de la santé présents à une récente conférence de l'Union africaine se sont engagés à travailler avec leurs homologues des ministères des finances et/ou du

Encadré 2: Conséquences de l'assurance maladie privée sur les recettes fiscales en Afrique du Sud

A l'heure actuelle, les organismes privés d'assurance maladie volontaire ou les régimes médicaux couvrent moins de 15% de la population mais représentent près de la moitié des dépenses totales de santé en Afrique du Sud. Au cours des deux dernières décennies, les dépenses de ces régimes médicaux ont augmenté très rapidement ; en conséquence, les taux de cotisation ont aussi augmenté. La plupart des années, le taux de cotisation aux régimes médicaux a augmenté deux à trois fois plus rapidement que le taux d'inflation générale (indice des prix à la consommation). Cette spirale des coûts a atteint un point tel que l'adhésion aux régimes médicaux décline, à la fois en pourcentage de la population et en nombre absolu pour certaines années : de plus en plus de Sud Africains ne peuvent tout simplement pas se permettre de payer la couverture d'un régime médical.

Le gouvernement subventionne la couverture du régime médical en accordant des déductions fiscales, au moins pour certaines cotisations. Ceux qui ont les revenus les plus élevés et qui sont soumis au taux d'imposition maximum sont ceux qui profitent le plus de cette subvention. La valeur totale de la subvention a été estimée à environ 10,1 milliards ZAR en 2005, soit plus de 20% du budget du gouvernement pour la santé. Le gouvernement sud-africain perd donc plus de recettes fiscales du fait des déductions fiscales accordées pour la cotisation à un régime médical qu'il n'en utiliserait pour fournir des services de santé publics à ceux qui sont couverts par les régimes médicaux.

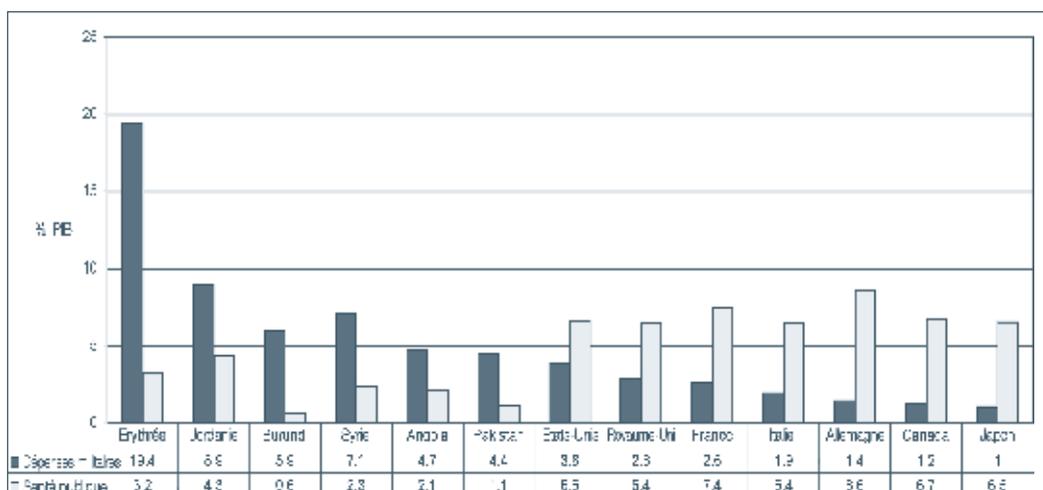
Une petite partie des recettes fiscales générales sert aussi à financer la couverture d'un régime médical pour les fonctionnaires et leurs familles qui représentent un peu plus du quart des membres des régimes médicaux. A la fin des années 1990, le gouvernement sud-africain dépensait douze fois plus par habitant par an pour subventionner les cotisations des fonctionnaires aux régimes médicaux que pour financer les soins de santé dans le secteur public.

Sources : McIntyre et Doherty, 2004 ; McIntyre et al., 2006 ; McIntyre, McLeod et Thiede, 2005 ; McLeod, 2005

développement économique pour accorder, dans les plus brefs délais, une priorité plus grande à l'objectif d'Abuja concernant l'allocation à la santé de 15% des budgets nationaux (UA, 2006).

A l'heure actuelle, les dépenses militaires et le service de la dette sont les deux postes de dépenses du gouvernement qui prennent souvent la part du lion de l'espace budgétaire au détriment du secteur de la santé. Beaucoup de pays à faibles et moyens revenus qui connaissent des conflits civils de longue date ou qui sont situés dans des régions rongées par les conflits, comme le Moyen-Orient, se sentent obligés de maintenir un niveau de dépenses militaires relativement élevé. Le tableau de l'Appendice B montre que dans les pays à revenus élevés – à l'exception de certains pays dont le Bahreïn, Israël, le Koweït et l'Arabie Saoudite – la part du PIB qui est allouée à la santé est très supérieure à celle qui est allouée aux dépenses militaires (voir le deuxième ensemble de sept doubles barres du graphique 1). L'inverse est vrai dans de nombreux pays à faibles et moyens revenus. En Jordanie par exemple, les dépenses militaires et les dépenses publiques de santé représentent 8,9% et 4,3% du PIB respectivement ; en Syrie, 7,1 et 2,3% ; au Pakistan, 4,4 et 1,1% ; en Erythrée, 19,4% et 3,2% ; au Burundi, 5,9% et 0,6% et en Angola, 4,7% et 2,1% (voir le premier ensemble de six doubles barres du graphique 1) (PNUD, 2005).

Graphique 1 : Part du PIB allouée à la santé publique par rapport à celle allouée aux dépenses militaires



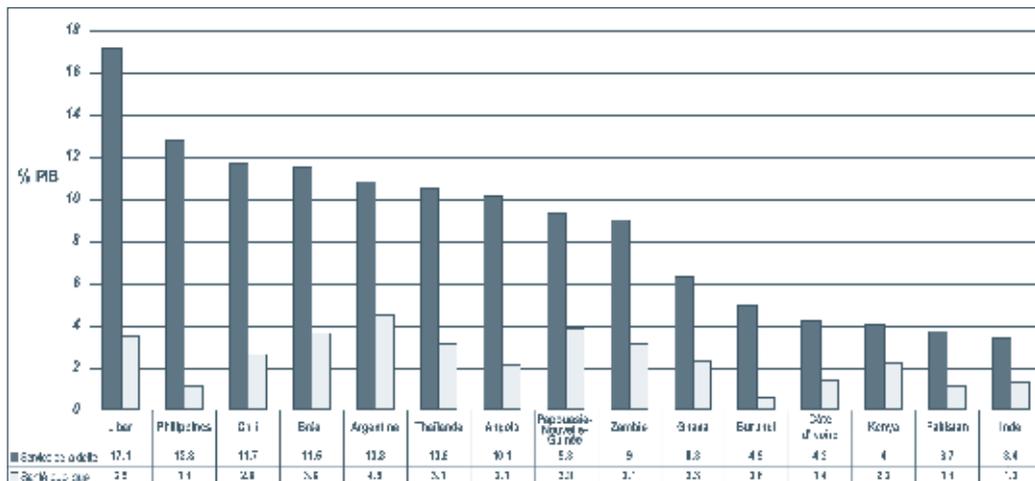
Source : Données du PNUD (2005)

Ces pays semblent avoir une certaine marge de manœuvre pour redistribuer les ressources du gouvernement en réduisant les dépenses militaires et en rétablissant l'équilibre en faveur du secteur de la santé. Toutefois, cette stratégie devrait avoir pour corollaire une amélioration considérable de la gouvernance dans certains pays et le succès d'initiatives régionales de paix dans d'autres. Aucun de ces deux scénarios ne semble probable dans un futur proche.

Les dépenses militaires et le service de la dette sont les deux postes de dépenses du gouvernement qui prennent souvent la part du lion de l'espace budgétaire au détriment du secteur de la santé.

L'allègement du fardeau de la dette dans les pays à faibles et moyens revenus, qui permettrait de mettre à la disposition du secteur de la santé les ressources limitées du gouvernement qui sont actuellement utilisées pour le service de la dette, semble être une stratégie plus prometteuse. Dans certains pays à moyens revenus, notamment en Asie et en Amérique latine, la part du service de la dette dans le PIB est deux à trois fois supérieure – voire plus encore dans certains pays – à la part du PIB destinée aux dépenses de santé. En Angola, en Argentine, au Brésil, au Chili, au Liban, aux Philippines et en Thaïlande par exemple, la part du PIB consacrée au service de la dette est nettement supérieure à celle consacrée aux dépenses publiques de santé (voir le premier ensemble de sept doubles barres dans le graphique 2) (PNUD, 2005). La majorité des pays africains, et tout particulièrement ceux à faibles revenus, utilisent actuellement moins de 10% de leur PIB pour le service de la dette, essentiellement grâce aux récentes initiatives d'allègement de la dette. Néanmoins, dans de nombreux pays à faibles revenus en Afrique et, dans une moindre mesure en Asie, les dépenses de santé du gouvernement restent faibles. Elles pourraient augmenter significativement si des initiatives d'allègement de la dette plus importantes, y compris des initiatives d'annulation totale de la dette, étaient introduites. Ceci concernerait notamment des pays comme le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Pakistan, la Papouasie Nouvelle Guinée et la Zambie (voir le second ensemble de huit doubles barres dans le graphique 2) (PNUD, 2005).

Graphique 2 : Dépenses du gouvernement pour le service de la dette et pour la santé publique dans certains pays



Source : données du PNUD (2005)

La dernière initiative d'allègement de la dette multilatérale de juillet 2006 concernait l'annulation totale de la dette due à certaines IFI. Elle a ainsi offert aux pays concernés une grande opportunité pour créer de l'espace budgétaire pour les services de santé. L'étude de cas sur le Nigéria (voir Encadré 3) montre comment les ressources dégagées par l'allègement de la dette ont été utilisées pour le secteur de la santé.

Bien qu'il soit certainement possible d'accorder une plus grande priorité au secteur de la santé lors de l'allocation des ressources publiques, les recettes fiscales pourront s'avérer être une source de financement instable si les dépenses publiques de santé sont relativement faibles. Par exemple, le budget santé du gouvernement peut radicalement changer d'une année sur l'autre si le gouvernement redéfinit l'ordre de ses priorités. De plus, comme le financement des bailleurs passe souvent par les mêmes processus budgétaires gouvernementaux que les recettes fiscales générales, le budget de la santé peut aussi souffrir d'instabilité si les promesses de financements extérieurs sont honorées avec retard ou ne sont pas du tout honorées. Dans de nombreux pays à faibles et moyens revenus, les effets néfastes de l'instabilité budgétaire ont été quelque peu atténués par l'adoption de cadres des dépenses à moyen terme (CDMT). Ces derniers proposent un budget roulant sur trois ans (ou plus) qui donne à chaque secteur des indications préalables sur les allocations qu'il recevra dans les années à venir (Le Houerou et Taliércio, 2002).

Enfin, même si le budget public pour la santé et les financements des bailleurs augmentent, aucune garantie n'est fournie quant à l'utilisation appropriée et à l'absorption effective de ces ressources par le secteur de la santé. Les systèmes gouvernementaux, comme les procédures d'appel d'offres pour l'achat et les autorisations d'attribution de poste pour le personnel, peuvent être très rigides ; il en est de même pour les procédures des bailleurs. De ce fait, si les budgets et/ou les financements des bailleurs augmentent et surtout si les allocations au secteur de la santé augmentent beaucoup et rapidement, la capacité d'absorption du secteur devra être améliorée.

Assurance maladie

De même que pour les impôts, le type de l'assurance maladie peut déterminer son degré de progressivité. L'assurance maladie privée volontaire est souvent dégressive, notamment quand elle constitue un élément majeur du système de financement des soins de santé, comme c'est le cas en Suisse et aux États-Unis. Dans les pays où les soins de santé sont en premier

Encadré 3 : Etude de cas : les bénéfiques de la remise de dette pour le secteur de la santé au Nigéria.

Le Nigéria, où un Africain sur cinq vit, est le pays le plus peuplé d'Afrique. En 2005, le Nigéria a négocié un accord d'allègement de sa dette avec le Club de Paris pour une valeur de 18 milliards US\$, soit une réduction de 67% de la valeur nominale de la dette extérieure du pays. Parmi les arguments nigériens en faveur de cette opération figurait le fait que de nombreux prêts qu'il avait reçu par le passé avaient été contractés lorsque des dictateurs militaires corrompus étaient au pouvoir. Le Club de Paris était aussi convaincu que le Nigéria, avec son large programme de réformes économiques mis en place dès 2003, était entré dans une ère nouvelle. En juin 2006, la dette extérieure a été réduite à 4,8 milliards US\$. Le gouvernement nigérian s'est engagé, dans le cadre de l'initiative d'allègement de la dette, à ce que les ressources dégagées soient destinées à la réduction de la pauvreté, avec notamment une augmentation des dépenses du gouvernement pour la santé, l'éducation, l'eau, l'habitat et l'agriculture.

Le paludisme est la principale cause de morbidité au Nigéria. Une partie des ressources dégagées grâce à l'accord d'allègement de la dette a servi à acheter trois millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide qui ont été distribuées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. De plus, le Nigéria a acheté plus de cinq millions d'antipaludéens avec une association à base d'artémisinine et il les distribue gratuitement aux enfants de moins de cinq ans dans tout le pays.

Le budget total de la santé en 2007 était de 14% supérieur à celui de 2006. Au Nigéria, où moins de 2% des dépenses du gouvernement sont allouées au secteur de la santé et où les paiements directs représentent près de 80% des dépenses de santé, l'augmentation des dépenses du gouvernement pour la prévention et le traitement du paludisme, qui a été rendue possible grâce à l'allègement de la dette, profitera grandement à la population.

Source : Global Policy Forum, 2005 ; Gouvernement du Nigéria, 2006.

lieu financés par les recettes fiscales et/ou par une assurance maladie obligatoire et où les assurances maladie volontaires ne sont qu'un mécanisme de financement complémentaire préféré par les riches, comme au Portugal et au Royaume Uni, le régime d'assurance maladie volontaire complémentaire peut être progressif dans la mesure où seuls les riches y participent – mais ils en sont également les seuls bénéficiaires (Van Doorslaer et Wagstaff, 1993). On trouve également des assurances maladie privées volontaires complémentaires légèrement progressives dans des pays à faibles et moyens revenus comme en Indonésie et en Thaïlande (EQUITAP, 2005).

En fonction de la structure de cotisation à l'assurance, l'assurance maladie obligatoire peut être de légèrement dégressive à progressive dans les pays à revenus élevés, comme dans les pays à faibles et moyens revenus, bien que très peu de données soient disponibles sur les pays à faibles revenus (EQUITAP, 2005 ; Van Doorslaer et Wagstaff, 1993 ; Wagstaff et al, 1999). Quand les cotisations à l'assurance maladie obligatoire sont proportionnelles plutôt que progressives et quand il y a un plafond pour les cotisations (c'est-à-dire quand ceux qui ont un revenu élevé versent une somme fixe plutôt qu'une cotisation calculée en pourcentage de leur revenu), l'assurance obligatoire sera plutôt dégressive (Van Doorslaer et Wagstaff, 1993). Les cotisations à l'assurance maladie obligatoire correspondent souvent à une part fixe prélevée sur les salaires, ce qui assure la dégressivité du système : en effet, les salaires ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des revenus des groupes les plus aisés alors

qu'ils représentent la plus grande partie, si ce n'est la seule, des revenus des groupes les moins aisés (EQUITAP, 2005). Le mécanisme de financement des soins de santé de l'assurance maladie obligatoire peut être équitable s'il permet d'assurer la couverture universelle en utilisant les recettes fiscales pour subventionner, totalement ou partiellement, les cotisations des groupes dont les revenus sont les plus faibles (voir Encadré 4).

Il n'existe malheureusement pas de preuve de la progressivité des RABC. Toutefois, les RABC, qui couvrent les zones rurales et parfois les travailleurs informels des zones urbaines, collectent des ressources auprès des groupes les plus pauvres : ils seraient donc plutôt dégressifs à l'échelle globale du système de financement des soins de santé. En effet, les RABC font porter une charge financière sur ceux qui sont le moins capables de payer et ils peuvent finir en mécanismes dans lesquels « les pauvres réalisent tout simplement une subvention croisée pour les dépenses de santé des autres pauvres de la population » (Bennett et al, 1998).

Selon l'expérience internationale en matière d'assurance maladie, les facteurs qui influencent la progressivité des cotisations à l'assurance maladie sont :

Encadré 4: Etude de cas : Assurance obligatoire au Costa Rica

Le secteur de la santé du Costa Rica est considéré comme une « success story ». Sa population a atteint un état de santé remarquable malgré un niveau de développement économique relativement bas. Pays à revenu moyen, avec un PIB par habitant inférieur à 10'000 US\$ en parité de pouvoir d'achat (PPP) en 2003, le Costa Rica a un taux de mortalité infantile de 8 pour 1'000 naissances vivantes et une espérance de vie moyenne à la naissance de 78 ans. Son succès est attribué, entre autres : à un programme de soins de santé primaire en milieu rural de grande envergure qui a été lancé avant la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaire ; à un engagement fort du gouvernement en faveur des services sociaux (notamment en faveur des soins de santé, de la sécurité sociale et de l'éducation gratuite et obligatoire) ; et à des inégalités de revenus relativement faibles (les inégalités ont toutefois récemment augmenté). Le programme de santé primaire en milieu rural fondé sur l'impôt a permis de construire 218 centres de santé, de les doter en personnel et de former des travailleurs de santé auxiliaires qui font régulièrement de la stratégie avancée auprès des ménages pour la vaccination des enfants, le suivi de leur croissance et de leur état nutritionnel, l'éducation à la santé, la surveillance de l'observance du traitement contre le paludisme et la tuberculose et pour référer les membres des ménages vers le traitement de maladies aiguës ou chroniques.

En alliant l'assurance maladie obligatoire et le financement fondé sur l'impôt, le Costa Rica a presque atteint la couverture universelle pour les soins de santé. L'assurance obligatoire a été introduite fin 1941, avec la mise en place de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). A l'origine, ce régime ne couvrait que les soins en cas de maladie et les services de maternité pour les travailleurs à faibles revenus qui vivaient dans les capitales de province et la capitale nationale. La couverture a peu à peu été étendue aux travailleurs des zones rurales et le seuil de revenu pour l'adhésion a été relevé. En 1961, 18% de la population était couverte. La même année, une loi a rendu l'adhésion à la CCSS obligatoire pour tous. L'objectif était d'atteindre la CU en 10 ans mais le passage à la CU a été plus lent que prévu. En effet, 45% de la population était couverte en 1971 et 75% en 1981 ; à l'heure actuelle, 90% de la population est couverte. La propriété de toutes les structures de santé a été transférée à la CCSS vers le milieu des années 1970.

Pour tous les travailleurs du secteur formel, la cotisation à la CCSS correspond à 15% du salaire, dont 9,25% sont payés par l'employeur, 5,5% par le travailleur et 0,25% par le gouvernement.

Le gouvernement utilise les recettes fiscales générales pour payer la totalité de la cotisation à la CCSS pour les pauvres, les handicapés et les personnes âgées. De plus, la CCSS reçoit des ressources de la loterie nationale et de l'impôt indirect sur le tabac. Ainsi, presque tous les Costaricains sont couverts par un système d'assurance obligatoire unique dont les ressources proviennent à la fois des prélèvements sur les salaires et d'importantes recettes fiscales. Bien qu'il n'y ait pas de donnée sur la progressivité du système de financement des soins de santé au Costa Rica, l'absence de plafond maximum pour la cotisation prélevée sur les salaires, l'impossibilité de sortir du système de la CCSS, la subvention totale pour les groupes vulnérables grâce aux recettes fiscales et l'existence d'un système de financement unifié sont des éléments qui laissent deviner un fort degré de progressivité dans le système de santé du Costa Rica (avec une subvention croisée des riches vers les pauvres). De plus, la fonction de mise en commun des risques (avec une subvention croisée de ceux qui sont en bonne santé vers ceux qui sont en mauvaise santé) est maximisée. Plus important encore, tous les Costaricains fréquentent les mêmes structures sanitaires et reçoivent le même paquet de services. Les très riches ont toutefois depuis peu commencé à faire appel au secteur privé en pleine expansion pour des consultations externes réalisées par des médecins généralistes et spécialistes. Au total, 28% des dépenses publiques de santé bénéficient aux 20% des ménages les plus pauvres et seulement 11% des dépenses bénéficient aux 20% les plus riches. Les pauvres du Costa Rica bénéficient donc de manière disproportionnée des dépenses dans le secteur public.

Sources : Birdsall et Hecht, 1995 ; Carrin et James, 2004 ; Casas et Vargas, 1980 ; McGuire, 2001 ; Morgan, 1987

- Le calcul des cotisations en pourcentage des revenus et non à partir d'une somme fixe.
- L'ajustement des taux de cotisation en fonction des revenus ; ainsi, les groupes à revenus élevés versent un pourcentage plus important de leur revenu.
- L'absence de plafonnement des cotisations. Si un plafond est fixé, il ne doit pas être placé à un niveau de revenu trop bas.

Un régime d'assurance maladie peut être progressif du point de vue des cotisations sans que cela ne favorise vraiment l'équité globale dans le secteur de la santé. C'est par exemple le cas lorsque l'assurance maladie n'est pas universelle et que seuls les riches cotisent (situation progressive « en interne »). En effet, dans ce cas, seuls les riches profiteront des bénéfices du régime (EQUITAP, 2005).

Il est important de se demander si un régime d'assurance maladie peut mobiliser suffisamment de ressources pour assurer la qualité des soins de santé. L'assurance maladie a un avantage sur les impôts. En effet, les impôts, et notamment les projets de hausse des impôts, ont tendance à se heurter à des réticences ou à une opposition catégorique. La volonté de cotiser à un régime d'assurance maladie est en revanche généralement plus grande. En effet, les membres d'un régime d'assurance maladie savent que leur cotisation leur donne un droit d'accès direct aux services de santé alors que les contribuables ne sont pas toujours certains de l'utilisation qui sera faite des recettes fiscales (ce problème est particulièrement saillant dans les pays où la corruption sévit), ou bien ils peuvent ne pas approuver les priorités de dépenses du gouvernement, comme l'utilisation des recettes fiscales à des fins militaires (Normand et Weber, 1994). L'assurance maladie dispose donc d'un potentiel indéniable de génération de revenus conséquents pour la santé.

Les régimes d'assurance maladie à base communautaire font porter une charge financière sur ceux qui sont le moins capables de payer et ils peuvent finir en mécanismes dans lesquels « les pauvres font tout simplement une subvention croisée pour les dépenses de santé des autres pauvres de la population »

L'assurance maladie a un avantage sur les impôts. En effet, les impôts, et notamment les projets de hausse des impôts, ont tendance à se heurter à des réticences ou à une opposition catégorique. En revanche, la volonté de cotiser à un régime d'assurance maladie est généralement plus grande.

Toutefois, le potentiel de génération de revenus de l'assurance maladie est fortement limité par les niveaux et la distribution des revenus dans le pays, deux facteurs qui déterminent la capacité des ménages à cotiser à l'assurance maladie. Le potentiel de génération de revenus d'une assurance maladie obligatoire ou volontaire privée est aussi limité par la taille du secteur formel, qui, au moins

dans les premières phases du régime d'assurance, constitue la principale source de revenus pour l'assurance. Les régimes d'assurance obligatoire font craindre une augmentation du coût du travail et donc du chômage (Normand et Weber, 1994) ce qui suscite une opposition à leur introduction, à la fois chez les employeurs et dans les syndicats. Ces craintes, toutefois, peuvent être infondées. Le plus souvent, les prélèvements sur les salaires destinés à la santé et les cotisations à l'assurance sont dans leur intégralité à la charge de l'employé. L'assurance maladie est perçue par les employés comme une partie de leur rémunération. Bien qu'elle puisse réduire le montant du salaire net, elle est surtout une forme d'épargne obligatoire qui confère des avantages aux employés et à leurs familles en termes de services de santé. Rien ne prouve que ces cotisations font augmenter le chômage. En revanche, des preuves empiriques très claires montrent que l'abaissement des prélèvements sur les salaires destinés à l'assurance maladie obligatoire, pratiqué dans certains pays d'Amérique latine dans les années 1990, ne permet pas de réduire le chômage mais a simplement pour conséquence de générer moins de revenus pour le régime d'assurance maladie (Cavagnero et al., 2006).

Il existe très peu de preuves empiriques sur la capacité des RABC à générer suffisamment de ressources pour améliorer l'accès aux services de santé et assurer une protection financière adéquate à leurs membres. Les RABC couvrent essentiellement les zones rurales et les travailleurs du secteur informel dont les revenus sont souvent relativement faibles (Bennett et al., 1998 ; Ekman, 2004) ; leur potentiel de génération de revenus est donc certainement nettement inférieur à celui des assurances obligatoire ou volontaire pour les employés du secteur formel.

Les coûts administratifs élevés, y compris les coûts de collecte des revenus, constituent une grande faiblesse de l'assurance maladie. Ceci est notamment le cas des assurances volontaires qui doivent investir dans des activités de marketing afin d'attirer leurs membres. En outre,

les assurances maladie volontaires privées peuvent avoir des coûts actuariels importants, notamment si les cotisations sont liées au risque. Dans le cas des RABC, si les cotisations se font en fonction des revenus, l'évaluation des moyens pour déterminer les revenus peut s'avérer difficile et coûteuse. Une alternative à l'évaluation des moyens, relativement

peu onéreuse pour le régime d'assurance, consiste à définir des tranches de revenu assez larges (Normand, 1999).

Les coûts administratifs élevés, y compris les coûts de collecte des revenus, constitue une grande faiblesse de l'assurance maladie.

Le financement des bailleurs de fonds

De très nombreux pays à faibles revenus sont dépendants du financement des bailleurs de fonds (voir Appendice B). Parmi les exemples notables, il y a : Sao Tomé et Príncipe où 75% des dépenses totales de santé proviennent de ressources extérieures ; le Rwanda, avec 47% ; les Iles Salomon avec 41% ; ou encore le Mozambique et la Papouasie Nouvelle Guinée avec 38% chacun. Quand les services de santé d'un pays reposent, ne serait-ce que légèrement, sur le financement extérieur, une attention particulière doit être portée aux mécanismes de

participation pour s'assurer que le pays peut garantir ses prêts et ses dons. Les intérêts liés aux prêts ainsi que le remboursement des prêts à partir des futures recettes fiscales générales réduisent les ressources nettes disponibles pour les dépenses de santé (Hoare et Mills, 1986; Zschock, 1982). L'impact négatif du service de la dette sur les dépenses de santé du gouvernement a été clairement démontré dans une partie précédente de ce rapport (voir *Les recettes fiscales générales*). Néanmoins, compte tenu de la disponibilité limitée des dons, les prêts peuvent ne pas être évités mais ils peuvent eux aussi s'avérer difficiles à obtenir.

Il est important de regarder si le financement des bailleurs de fonds prend la forme de projets, de programmes, d'une approche sectorielle élargie (SWAp) ou d'appui budgétaire général (ABG).

Avec les projets ou les programmes, les dons ou les prêts des bailleurs de fonds sont affectés à un projet spécifique et ils sont parfois cantonnés à certaines zones dans le pays. Dans un SWAp, en revanche, les fonds de la plupart ou de tous les bailleurs sont mis en commun pour soutenir dans sa globalité le secteur de la santé du pays récipiendaire. Le SWAp a été défini comme un mécanisme qui permet de mettre en commun toutes les ressources importantes qui soutiennent la politique et le programme de dépenses d'un secteur donné ; ces derniers sont mis en œuvre et gérés par le gouvernement selon une approche commune pour le secteur (Foster et al., 2000).

L'objectif du SWAp est de coordonner les financements des bailleurs de fonds et d'améliorer leur efficacité en orientant les ressources vers des activités prioritaires. Ces dernières sont identifiées dans les plans stratégiques pour le secteur de la santé qui sont développés conjointement par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds. Les SWAp sont aussi perçus comme des instruments très importants pour promouvoir l'appropriation par les gouvernements récipiendaires car ils leur permettent d'assumer le leadership du processus de développement (Walford, 2003). Les SWAp permettent également d'améliorer l'équité et l'efficacité du système de santé en veillant à ce que l'allocation des ressources dans le secteur soit planifiée, bien exécutée et alignée sur les besoins et priorités du pays (Walford, 2002). Des SWAp dans le secteur de la santé ont été introduits dans de nombreux pays africains, dont le Ghana, le Mozambique, la République Unie de Tanzanie et l'Ouganda et dans des pays asiatiques, comme le Bangladesh (voir Encadré 5).

Avec l'ABG, la forme la plus nouvelle de financement des bailleurs de fonds, la plupart ou tous les financements des bailleurs sont donnés au ministère des finances du pays plutôt que directement au ministère de la santé. La décision finale sur la manière dont ces ressources doivent être distribuées entre la santé et les autres secteurs revient au ministère des finances qui consulte pour cela les bailleurs de fonds participant à l'ABG ainsi que le parlement. Comme les ressources des bailleurs de fonds issues de l'ABG sont allouées, décaissées et gérées à travers les systèmes déjà en place de gestion, de réglementation et de responsabilité du pays récipiendaire, l'ABG permet de réduire les coûts administratifs et d'améliorer l'efficacité de la gestion des dépenses publiques. De plus, le financement des bailleurs de fonds est ainsi plus aligné sur le processus budgétaire du pays et sur ses priorités (DFID, 2004). L'ABG permet également d'améliorer la prévisibilité du financement des bailleurs sur le moyen terme. Le département britannique chargé du développement international (DFID), qui utilise l'ABG, décrit cette forme de financement des bailleurs comme « l'instrument d'aide le mieux à même de promouvoir une relation entre les bailleurs de fonds et les partenaires des pays en développement qui permette de créer des capacités et de responsabiliser l'Etat » (DFID, 2004). L'ABG est un instrument encore relativement nouveau mais l'expérience de l'Ouganda, l'un des premiers pays où il a été mis en œuvre, montre qu'il permet un meilleur contrôle par le gouvernement

Les SWAp peuvent également améliorer l'équité et l'efficacité du système de santé en veillant à ce que l'allocation des ressources dans le secteur soit planifiée, bien exécutée et alignée sur les besoins et priorités du pays

Encadré 5: Etude de cas: Un SWAp au Bangladesh

En 1998, après consultation avec ses principaux bailleurs de fonds, le Bangladesh a mis en place son Programme sectoriel santé et population (HPSP). Un protocole d'accord entre les bailleurs et le gouvernement du Bangladesh a formellement institué le SWAp. Parmi les principales réalisations du SWAp, il y a :

- Une plus grande responsabilisation du gouvernement en matière de planification stratégique, de budgétisation et de suivi des activités du HPSP, ce qui a permis une plus grande « appropriation » par le gouvernement.
- La réalisation de réformes institutionnelles, dont la restructuration des directions au sein du ministère de la santé et du bien-être familial.
- L'amélioration de la coordination des bailleurs de fonds et la réduction du nombre d'activités et de projets qui se chevauchaient. Aujourd'hui, bien que tous les bailleurs ne participent pas à la mise en commun des ressources, la plupart se sont entendus pour travailler dans le cadre défini par le HPSP.

Toutefois, le SWAp n'a pas éliminé les conflits qui peuvent éclater entre le gouvernement et les bailleurs de fonds sur des décisions politiques majeures. Par exemple, en 2003, le ministère de la santé, sans consulter ses partenaires bailleurs de fonds, a décidé de ne pas poursuivre l'intégration du planning familial dans les autres services de santé. La confiance que les bailleurs de fonds accordaient au gouvernement en a pâti et certains bailleurs ont suspendu une partie de leur contribution au pot commun pour la santé jusqu'à la présentation, par le gouvernement, d'un plan complet pour la mise en œuvre des réformes prévues dans le HPSP. Même si certains bailleurs ont adopté une attitude interventionniste ou intrusive, nombre d'entre eux ont continué à apporter leur soutien au SWAp et à travailler en étroite collaboration avec le gouvernement. Cet incident révèle qu'il est nécessaire de développer de solides relations de travail entre les partenaires du SWAp et aussi qu'il est indispensable de partager la même compréhension de concepts tels que « l'appropriation par le gouvernement ».

Sources : Sundewall et al., 2006 ; Sundewall et Sahlin-Andersson, 2006 ; Walford, 1998

des financements extérieurs et qu'il améliore l'alignement des allocations budgétaires sur les priorités du gouvernement, renforçant ainsi l'« appropriation » par le gouvernement des financements des bailleurs de fonds. Toutefois, il n'a pas été démontré qu'il permet de réduire les coûts administratifs ou qu'il rend l'aide des bailleurs plus prévisible (OPM et ODI, 2003).

Des préoccupations sont apparues concernant le fait de savoir si le secteur de la santé recevait une « juste part » des financements des bailleurs dans le cadre de l'ABG. Il existe de plus en plus de preuves sur le fait que le secteur de l'éducation se voit accorder une plus grande priorité que le secteur de la santé dans l'allocation des fonds issus des initiatives d'allègement de la dette (McIntyre, Gilso et Mutyambizi, 2005). Il est possible que la même préférence soit accordée dans

le cadre de l'ABG puisque ni les ressources issues de l'allègement de la dette ni celles de l'ABG ne sont affectées à un secteur spécifique. Bien que ces choix puissent être appropriés, la priorité accordée aux différents secteurs sociaux mérite d'être examinée avec attention.

Il existe de plus en plus de preuves sur le fait que le secteur de l'éducation se voit accorder une plus grande priorité que le secteur de la santé dans l'allocation des fonds issus des initiatives d'allègement de la dette.

Une autre préoccupation est relative au fait que l'ABG peut réduire le rôle du ministère de la santé dans des domaines essentiels de la politique de santé, notamment dans le domaine du financement des soins de santé. Les ministères des finances exercent un pouvoir considérable au sein de nombreux gouvernements africains et ils sont souvent plus réactifs aux demandes des bailleurs que les ministères sectoriels. Ainsi, les bailleurs peuvent tenter d'imposer leurs priorités pour le secteur de la santé, notamment pour les stratégies de financement des soins de santé, en faisant pression sur les représentants du trésor qui peuvent, à leur tour, faire pression sur les représentants du ministère de la santé. Dans le contexte de l'ABG, les relations entre le ministère de la santé et le ministère des finances sont de la plus haute importance.

Type d'organismes de collecte

La dernière question touchant à la collecte des revenus est celle de savoir qui collecte les contributions financières. Le type de l'organisme de collecte est très étroitement lié au mécanisme de participation. Ainsi, les impôts sont collectés par des organismes gouvernementaux ; les cotisations à l'assurance maladie obligatoire sont collectées soit par le gouvernement, soit par des organismes paraétatiques ou privés ; enfin, les cotisations à l'assurance maladie privée sont collectées par un organisme privé qui peut être, ou non, à but lucratif. Le type d'organisme de collecte peut avoir un impact sur la part des revenus à collecter qui est réellement collectée. Par exemple, dans un pays où la population considère que son gouvernement n'est pas responsable ou dans un pays où elle ne lui accorde pas sa confiance, l'évasion fiscale peut être importante. Dans le cas de l'assurance maladie obligatoire, si le gouvernement ne jouit pas d'un large soutien ou si les citoyens ne font pas confiance à leur gouvernement pour agir dans leurs intérêts, il est préférable que l'assurance obligatoire soit gérée par un organisme paraétatique ou même par un organisme privé à but non lucratif.

Le degré de confiance accordé à l'organisme de collecte est encore plus important dans le cas de l'assurance maladie volontaire, qu'elle soit privée ou à base communautaire. L'affiliation de nouveaux membres au régime d'assurance volontaire dépendra principalement de la confiance qu'ils accordent à ce régime d'assurance, ainsi que de sa capacité à sécuriser et à bien utiliser leur cotisation (Schneider, 2005).

Mise en commun des fonds

La fonction de mise en commun des fonds pour le financement des soins de santé a été décrite comme « l'accumulation de ressources prépayées pour les soins de santé d'une population » (Kutzin, 2001). Les dépenses pour les soins de santé sont imprévisibles : en général, les individus ne savent pas quand ils vont tomber malade, de quels soins de santé ils vont avoir besoin et ce que ces soins vont leur coûter. Les dépenses de santé peuvent être très élevées, notamment en cas d'hospitalisation ou de maladie chronique maligne comme le cancer ou le SIDA. La plupart des individus sont incapables de payer ces dépenses imprévues avec les ressources dont ils disposent sur le moment. Même s'il est difficile de prévoir les besoins de santé futurs d'un individu ainsi que leurs coûts, il est possible d'utiliser des données épidémiologiques et actuarielles pour anticiper les besoins de santé futurs d'un groupe. Cette possibilité est au cœur de la mise en commun des risques : les individus cotisent régulièrement à un fonds de mise en commun des ressources et, lorsqu'ils tombent malade, le fonds couvre leurs dépenses de santé. En fait, à un instant t , les membres du fonds de mise en commun des ressources qui sont en bonne santé aident ceux qui sont malades à payer leurs dépenses de santé. Il est évident

Même s'il est difficile de prévoir les besoins de santé futurs d'un individu ainsi que leurs coûts, il est possible d'utiliser des données épidémiologiques et actuarielles pour anticiper les besoins de santé futurs d'un groupe.

que les individus qui sont malades et ceux qui sont en bonne santé vont changer au cours du temps. Le risque de tomber malade et d'avoir des dépenses de santé élevées imprévues est ainsi distribué parmi les membres du fonds de mise en commun des ressources. Le temps est pris en compte dans les plans de partage des risques puisque les individus utilisent les cotisations qu'ils ont faites quand ils étaient en bonne santé pour payer les soins de santé dont ils ont besoin quand ils sont malades (Normand, 1999). Plus le groupe de mise en commun des risques est grand, plus il est facile de prévoir les dépenses de santé qui seront nécessaires. «Il existe un large consensus sur le fait que, toutes choses égales par ailleurs, les systèmes dans lesquels le degré de mise en commun des risques est le plus élevé atteignent de meilleurs résultats» (Davies et Carrin, 2001). Très souvent, l'organisme responsable de la collecte des cotisations est aussi responsable de la mise en commun de ces ressources.

Les éléments essentiels de la mise en commun des risques sont :

- La taille de la population et les groupes socio-économiques qui sont couverts par le mécanisme de financement ;
- Les mécanismes utilisés pour allouer les ressources de l'organisme chargé de la mise en commun à celui chargé de l'achat.

Couverture et composition des plans de partage des risques

Deux mécanismes de financement des soins de santé ne permettent pas ou très peu de mettre en commun les risques (autrement que par le partage des risques de dépenses de santé au sein d'un ménage). Il s'agit tout d'abord des paiements directs, car la personne qui est malade et qui utilise les services de santé supporte la totalité des honoraires demandés par le prestataire de santé. Il s'agit ensuite des comptes d'épargne santé. Ces comptes sont une forme de financement par prépaiement mais ils sont individuels et ne peuvent être utilisés que pour couvrir les dépenses de santé du ménage qui a épargné. Il peut cependant exister un certain niveau de partage des risques si un fond d'assurance générale couvre une partie des dépenses lorsque le compte d'épargne santé a été vidé. Les comptes d'épargne santé occupent une place centrale dans le financement des soins de santé à Singapour mais ils sont également intégrés à des régimes privés d'assurance volontaire dans un nombre croissant de pays, dont des pays à revenus élevés comme les Etats-Unis et quelques pays à faibles et moyens revenus comme l'Afrique du Sud (Hanvoravongchai, 2002).

Certains mécanismes de financement des soins de santé sont universels dans la mesure où toute la population peut bénéficier des services de santé qui sont financés par ces mécanismes. Certains pays ont atteint la CU avec le financement par l'impôt (voir Encadré 6), d'autres avec l'assurance maladie obligatoire (voir Encadré 4). Dans les pays où l'impôt ou l'assurance maladie obligatoire permettent de financer l'essentiel des soins de santé, la mise en commun des risques est maximale

car le risque est redistribué sur la population totale. Il est possible d'atteindre la CU – définie comme l'accès de *tous* les citoyens à des soins de santé *adéquats* à un coût *accessible* (Carrin et James, 2004) – en utilisant une combinaison de mécanismes de financement au sein d'un même pays. Ainsi, différents groupes sont couverts par différents mécanismes mais tous

Dans les pays où les mécanismes de financement des soins de santé sont très fragmentés, souvent, certains individus « passent à la trappe ».

sont couverts de manière adéquate d'une façon ou d'une autre. Toutefois, dans les pays où les mécanismes de financement des soins de santé sont très fragmentés, souvent, certains individus « passent à la trappe ». Aux Etats-Unis par exemple, une partie importante de la population, soit 33 millions d'adultes âgés de 18 à 64 ans, n'est couverte ni par une assurance maladie volontaire privée, ni par les régimes étatiques Medicaid et Medicare (Ayanian et al., 2000).

Encadré 6 : Etude de cas : le financement fondé sur l'impôt général à la base de la couverture universelle pour la santé au Sri Lanka

Le Sri Lanka a longtemps été montré comme un exemple de pays qui a atteint des indicateurs de santé remarquablement bons malgré un faible niveau de revenu. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est passée de 43,9 ans pour les hommes et 41,6 ans pour les femmes en 1949 à 64,8 ans et 66,9 ans respectivement en 1967 et à 70,7 ans et 75,4 ans en 2001, soit des niveaux comparables à ceux des pays à revenus élevés. Bien que certains facteurs extérieurs au secteur de la santé, tels que le niveau relativement bon d'égalité entre les sexes et le taux élevé d'alphabétisation des femmes, aient contribué à atteindre ces résultats, le système de santé universel fondé sur l'impôt est perçu comme un élément déterminant.

Afin de promouvoir l'équité dans le pays, le Sri Lanka a opté pour une politique de financement durable et pour des dépenses relativement importantes dans les services sociaux. Il a également rejeté la participation financière des usagers comme moyen de financer les services de santé dans le secteur public (il en a été de même pour l'éducation). En 1953, tous les services de santé du secteur public sont devenus accessibles à l'ensemble de la population, les patients n'ayant pas besoin de payer pour l'utilisation des services. Dans les années 1960, le secteur privé s'est développé pour les consultations externes. La plupart des soins de santé privés sont fournis par des employés du secteur public qui travaillent dans le privé en dehors de leurs horaires officiels de travail. Seulement 15% de toutes les consultations externes sont données par des médecins qui exercent à temps complet dans le privé. Un peu plus de 30% des consultations externes sont réalisées par des médecins du secteur public qui travaillent quelques heures seulement dans le secteur privé. Enfin, les 55% de consultations restantes sont données dans le secteur public. Les groupes à revenus élevés consultent davantage les prestataires privés que les groupes à faibles revenus, car le temps d'attente est réduit dans le secteur privé. L'accès aux soins de santé financés par l'impôt est tout particulièrement important au niveau de l'hôpital, puisque 94% des patients hospitalisés l'ont été dans un hôpital du secteur public.

Les infrastructures publiques de santé au Sri Lanka sont bien organisées : la plupart des habitants du milieu rural vivent à moins de 5 ou 10 kilomètres d'une structure sanitaire de périphérie. La qualité technique des soins de santé fournis dans les structures publiques, particulièrement dans les hôpitaux, est très bonne. Le système public de santé du Sri Lanka est très efficace et ne nécessite que 2 à 2,5% du PIB pour satisfaire les besoins de santé de la grande majorité de la population. Les niveaux élevés de productivité s'expliquent en partie par le dévouement des travailleurs de santé lors de la prestation de services aux citoyens.

Le Sri Lanka a utilisé le financement par l'impôt pour atteindre la CU, c'est-à-dire pour donner à tous ses citoyens un accès à des services de santé adéquats à un coût accessible. Ce système fondé sur l'impôt offre à la population une très bonne protection contre les dépenses potentiellement catastrophiques liées à une hospitalisation. Même si des préoccupations apparaissent au sujet du déclin du financement par l'impôt des soins de santé (qui représente actuellement 1,2% du PIB) et de la possible détérioration de la relation prestataire-patient, le système de santé universelle fondé sur l'impôt a permis de réaliser des progrès remarquables sur l'état de santé de la population du Sri Lanka.

Sources : McNay et al., 2004 ; Russell, 2005 ; Withanachchi et Uchida, 2006

De plus en plus de pays, notamment à faibles et moyens revenus, envisagent d'introduire, ou commencent à mettre en œuvre, une certaine forme d'assurance maladie obligatoire. Si l'objectif est d'accéder à la CU par ce mécanisme de financement, un régime d'assurance unique n'est pas indispensable. Plusieurs régimes d'assurance ou fonds de santé peuvent constituer le système d'assurance obligatoire universel du moment qu'il existe un mécanisme permettant, d'une manière ou d'une autre, de faire le lien entre les différents régimes d'assurance (voir Mécanismes d'allocation).

La plupart des systèmes universels d'assurance obligatoire ont commencé par couvrir uniquement les employés du secteur formel et, dans de nombreux cas, leurs familles. Ainsi, la taille du secteur formel déterminait fortement la largeur de la couverture initiale de la population. La couverture s'est graduellement élargie grâce au développement du secteur formel et aux efforts réalisés pour inclure les travailleurs indépendants, les travailleurs agricoles et ceux du secteur informel. L'atteinte de la CU par un processus graduel peut prendre du temps. Cependant,

certaines initiatives récentes d'assurance obligatoire ont achevé ce processus en une période relativement courte. Par exemple, il a fallu 127 ans à l'Allemagne, le premier pays à avoir introduit l'assurance obligatoire, pour atteindre la CU contre seulement 26 ans à la République de Corée, le dernier pays à avoir atteint la couverture universelle par l'assurance obligatoire (Carrin et James, 2004).

Par exemple, il a fallu 127 ans à l'Allemagne, le premier pays à avoir introduit une assurance obligatoire, pour atteindre la couverture universelle contre seulement 26 ans à la République de Corée, le dernier pays à avoir atteint la couverture universelle par l'assurance obligatoire.

Carrin et James (2004) ont identifié un certain nombre de facteurs qui accélèrent le passage à la couverture universelle grâce à l'assurance obligatoire. Ces facteurs sont :

- Des niveaux de revenus et de croissance économique suffisamment élevés pour permettre aux entreprises et aux ménages de cotiser à l'assurance obligatoire sans risquer l'appauvrissement ;
- Une économie dans laquelle le secteur formel est plus important que le secteur informel : déterminer les revenus et collecter les cotisations des travailleurs du secteur informel sont des activités qui peuvent s'avérer difficiles d'un point de vue administratif et qui peuvent ralentir le passage à la couverture universelle grâce à l'assurance obligatoire ;
- Une population plus urbaine que rurale : il est plus facile de faire adhérer à un système d'assurance obligatoire la population urbaine que la population rurale et il est plus facile également de veiller à ce que les bénéficiaires aient accès aux services de santé auxquels ils ont droit (l'Appendice B montre que les niveaux d'urbanisation dans les pays à faibles et moyens revenus sont nettement inférieurs à ceux des pays à revenus élevés) ;
- Des capacités administratives indispensables au fonctionnement du système d'assurance obligatoire, y compris des compétences en gestion et en matière de système d'information actuarielle ;
- Un fort degré de solidarité sociale et une réelle volonté de la part de la population de participer à un système qui fait d'importantes subventions croisées des riches vers les pauvres et des personnes en bonne santé vers les personnes en mauvaise santé ;
- La manière dont le gouvernement gère l'introduction et l'expansion du système d'assurance obligatoire et gagne la confiance des citoyens qui travaillent dans les institutions responsables du fonctionnement du système.

Au-delà de ces facteurs favorables, certains facteurs peuvent ralentir le passage à la CU dans un système d'assurance maladie obligatoire et limiter la taille de la mise en commun des risques.

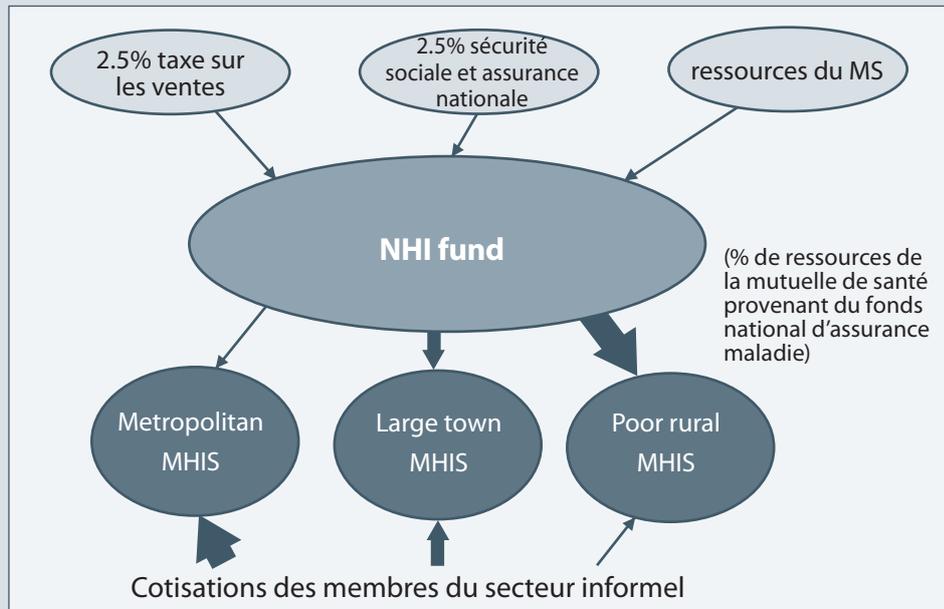
La lenteur de l'élargissement de la couverture est l'un de ces facteurs. Plusieurs pays d'Amérique latine qui ont mis en place, il y a plusieurs décennies, des régimes d'assurance obligatoire ne couvrant que les travailleurs du secteur formel et leurs familles, se sont ainsi retrouvés avec des systèmes si bien enracinés qu'ils constituent un obstacle à l'élargissement de la couverture au reste de la population. En conséquence, dès le début, un engagement explicite doit être formulé en faveur de l'atteinte de la CU par l'assurance obligatoire. La CU doit être atteinte dans les délais les plus brefs et le processus d'élargissement de la couverture doit être continu (voir Encadré 7 ci-dessous).

Encadré 7: Etude de cas : l'assurance maladie obligatoire à la base de la couverture universelle au Ghana

Alors qu'un nombre croissant de pays africains envisagent d'introduire ou en sont aux premières étapes de l'introduction de l'assurance maladie obligatoire, le gouvernement ghanéen a fait en la matière le pas le plus audacieux de tous les pays africains. Il s'est explicitement engagé à atteindre la couverture universelle par le régime d'assurance maladie nationale (NHI) tout en reconnaissant que l'élargissement de la couverture devrait se faire de manière graduelle. L'objectif est d'affilier environ 60% des résidents ghanéens dans les 10 premières années de l'assurance maladie obligatoire. Deux aspects de l'assurance maladie nationale montrent que l'engagement en faveur de la couverture universelle va au-delà du simple discours politique. Tout d'abord, contrairement à d'autres pays qui n'incluaient au début que les travailleurs du secteur formel dans leur système d'assurance maladie, l'assurance maladie nationale du Ghana a dès son origine pris en compte à la fois les secteurs formel et informel. Ensuite, bien que les financements pour le secteur proviennent de différentes sources, ils sont tous rassemblés dans le régime d'assurance unifié.

La Mutuelle de Santé du Ghana (Mutuelle Health Insurance Scheme ou MHIS), une forme de RABC pour chaque district, constitue la base de l'assurance maladie nationale. La loi sur l'assurance maladie nationale de 2003 stipule que tous les citoyens ghanéens doivent s'affilier au choix à la mutuelle de santé de district, à une mutuelle privée ou à un régime d'assurance commercial. Toutefois, les subventions du gouvernement ne sont accordées qu'aux mutuelles de santé de district, incitant ainsi fortement la population à ne pas sortir du système intégré de l'assurance maladie nationale par l'achat d'assurances auprès d'organismes privés. Les employés du secteur formel sont couverts par le fonds de la sécurité sociale et de l'assurance nationale (Social Security and National Insurance Trust ou SSNIT) financé par des prélèvements sur leurs salaires. Ceux qui ne sont pas dans le secteur formel doivent payer leur cotisation directement à la mutuelle de santé de district : les cotisations ont été fixées à l'équivalent en cedis ghanéens de 8 US\$ par adulte par an pour les groupes à faibles revenus, de 20 US\$ pour les groupes à moyens revenus et de 53 US\$ pour les groupes à revenus élevés. Dans un ménage, chaque adulte doit être membre à part entière de la mutuelle de santé et payer la cotisation requise pour sa couverture et celle de ses enfants de moins de 18 ans. Le fonds national d'assurance maladie (National Health Insurance Fund ou NHIF) subventionne totalement les cotisations des indigents. Ce fonds doit être financé par une taxe de 2,5% sur les ventes qui est prélevée sur presque tous les biens et services, par un prélèvement de 2,5% sur le salaire des employés du secteur formel qui fait partie de leur cotisation au fonds de la sécurité sociale et de l'assurance maladie, et par des allocations du gouvernement qui proviennent des recettes fiscales générales et de l'aide des bailleurs de fonds. Le fonds national d'assurance maladie doit allouer à chaque mutuelle de santé de district les ressources collectées

par le fonds de la sécurité sociale et de l'assurance maladie à partir des prélèvements sur le salaire des employés du secteur formel. De plus, il subventionne partiellement les cotisations pour les ménages à faibles revenus et totalement celles des indigents. Il doit également remplir une fonction d'égalisation des risques et de réassurance (voir graphique ci-dessous). Dans les zones rurales pauvres, les ressources des mutuelles de santé vont provenir essentiellement du fonds national d'assurance maladie car il est probable que la plupart des membres des mutuelles de santé bénéficieront d'une subvention partielle ou totale de leur adhésion.



Source : McIntyre, Gilson et Mutyambizi, 2005

Au Ghana, l'assurance maladie nationale bénéficiera, pour sa mise en œuvre, d'une tradition bien établie de RABC. Le pays compte en effet déjà plusieurs centaines de RABC : de nombreux Ghanéens connaissent les principes de l'assurance maladie et le système de mutuelles de santé. Cependant, le paquet de services offerts et la structure de cotisation de la mutuelle de santé de district sont différents de ceux des anciens RABC. Ainsi, au sein des anciennes mutuelles de santé, des préoccupations sont apparues au sujet des changements proposés et de leur futur rôle dans la communauté.

Un autre facteur favorable au succès de la mise en œuvre de l'assurance maladie nationale réside dans le fort soutien apporté par le gouvernement et les bailleurs de fonds. La création de l'assurance maladie nationale était une promesse de campagne que le gouvernement s'est engagé à réaliser. Au début, de nombreux bailleurs de fonds doutaient de la faisabilité d'une restructuration si ambitieuse du financement des soins de santé mais ils se sont depuis engagés à apporter leur soutien pour y parvenir.

Des incertitudes persistent néanmoins quant à la faisabilité financière de l'assurance maladie nationale, notamment du fait de l'exhaustivité du paquet de services offerts. Sa pérennité dépendra beaucoup de la part des membres du secteur informel affiliés qui contribueront à 100% et de sa capacité à mobiliser sur le long terme des niveaux élevés de recettes fiscales et de financement des bailleurs de fonds.

Sources : Atim et al., 2002 ; Gouvernement du Ghana, 2003 ; McIntyre, Gilson et Mutyambizi, 2005 ; Equipe ministérielle, 2002 ; Secrétariat de l'assurance maladie nationale, 2004

La volonté croissante d'utiliser les RABC comme moyen d'attirer les travailleurs du secteur informel dans le système d'assurance obligatoire peut constituer un deuxième facteur limitant. Cette idée n'est pas nouvelle : les RABC créés au 19^{ème} siècle au Japon ont été graduellement étendus pour constituer une partie du système d'assurance obligatoire (Ogawa et al., 2003). D'un côté, il est prouvé que les RABC ont plus de succès s'ils sont à l'initiative des communautés et si ce sont elles qui les font fonctionner car ils seront modelés en fonction des préférences de la communauté qu'ils desservent (Bennett et al., 1998). D'un autre côté, si une multitude de RABC se développe, chacun avec son propre paquet de services offerts, son propre taux de cotisation et autres particularités de conception, leur intégration au sein d'un système d'assurance obligatoire peut s'avérer problématique. En effet, le mécontentement ou la résistance des membres des régimes existants (voir Encadré 7), qu'il s'agisse de RABC ou de régimes privés d'assurance volontaire, peut entraîner une réaction commune contre les tentatives d'unifier les multiples régimes d'assurance. Faisant référence à l'expérience de l'Amérique latine, Ensor (2001) remarque que « l'amélioration de la couverture offerte par les régimes d'assurance jusqu'au niveau du meilleur régime est trop coûteuse. La réduction de la couverture est quant à elle rejetée par ceux qui bénéficiaient d'une couverture plus complète ». Un juste équilibre doit être trouvé entre la délimitation du périmètre de développement des RABC et la marge de manœuvre qui doit leur être laissée pour permettre une certaine appropriation par les communautés.

La possibilité offerte aux individus de sortir du régime d'assurance obligatoire constitue un troisième obstacle à la création d'une importante mise en commun des risques. Le cas du Chili est souvent donné en exemple. Pendant des décennies, les travailleurs du secteur formel ont dû cotiser à un régime d'assurance maladie obligatoire qui reposait sur deux régimes publics, l'un pour les cols bleus, l'autre pour les employés de bureau. En 1981, une nouvelle réforme a permis aux employés de quitter les régimes publics et de s'affilier à des régimes privés d'assurance maladie. Les cotisations au régime public sont à base communautaire alors que les cotisations aux régimes privés sont, dans une certaine mesure, ajustées en fonction du risque. Tous les employés doivent cotiser au régime d'assurance maladie de leur choix pour une valeur équivalente à 7% de leur revenu. Toutefois, si un travailleur qui relève d'un régime privé est considéré comme un membre à haut risque, il ou elle devra cotiser plus de 7% ou bien accepter une restriction de son paquet de services offerts. En revanche, si ce travailleur relève d'un régime public, il ou elle aura droit au même paquet de services offerts contre sa cotisation de 7%, quel que soit son niveau de risque (Sapelli, 2004). En conséquence, on trouve une forte concentration de riches et de personnes en bonne santé dans les régimes privés alors que ceux en moins bonne santé et moins riches sont dans les régimes publics (Barrientos et Lloyd-Sherlock, 2000). Avec deux régimes publics et plus de vingt régimes privés, la mise en commun des risques est maintenant très fragmentée. La possibilité de quitter le système a un effet plus néfaste au Chili que dans les pays à revenus élevés car au Chili tout le monde peut quitter le système, alors que dans les autres pays, seules les personnes ayant un certain niveau de revenu ont ce privilège (Ensor, 2001).

Tous les pays ne cherchent pas à atteindre la CU par un mécanisme de financement unique prédominant (plus un nombre limité de mécanismes additionnels). Certains préfèrent développer une série de mécanismes de financement, chacun destiné à un groupe de population différent. Les justifications pour une telle approche sont variables : la société peut être très individualiste

Il est prouvé que les RABC ont plus de succès s'ils sont à l'initiative des communautés et si ce sont elles qui les font fonctionner car ils seront modelés en fonction des préférences de la communauté qu'ils desservent.

Un juste équilibre doit être trouvé entre la délimitation du périmètre de développement des RABC et la marge de manœuvre qui doit leur être laissée pour permettre une certaine appropriation par les communautés.

et trop peu solidaire ou les faibles niveaux de revenu et de croissance économique du pays peuvent compromettre la faisabilité du financement du système de santé uniquement par l'impôt

La principale difficulté liée à l'existence d'une multitude de mécanismes de financement est la fragmentation des risques dans un plus grand nombre de petits plans de partage des risques. Plus le plan de partage des risques est petit, moins le mécanisme de financement est viable.

ou par l'assurance obligatoire. La principale difficulté liée à l'existence d'une multitude de mécanismes de financement est la fragmentation des risques entre un plus grand nombre de petits plans de partage des risques. Plus le plan de partage des risques est petit, moins le mécanisme de financement est viable. Ainsi, un petit régime d'assurance maladie est moins en mesure d'anticiper les besoins de santé de ses membres

et leurs coûts et il peut moins facilement faire face à des dépenses élevées imprévues qui peuvent se présenter en cas d'épidémie ou si un membre ou plusieurs membres ont des dépenses de santé très élevées. Les RABC sont souvent très petits et particulièrement vulnérables aux problèmes de solvabilité. La réassurance peut aider les petits régimes d'assurance en leur permettant de transférer le risque de dépenses de santé élevées imprévues au « réassureur » qui s'occupe de plusieurs petits régimes d'assurance (Dror, 2001). La réassurance a traditionnellement servi à protéger les régimes privés d'assurance volontaire contre les événements coûteux mais peu fréquents. Dror (2001) suggère l'utilisation de la même approche pour les RABC qui assurent la

La réassurance permet de mettre en commun les risques des régimes individuels et de partager les dépenses qui dépassent les dépenses anticipées entre les différents régimes d'assurance.

couverture de services peu coûteux mais à fréquence élevée. La réassurance permet de mettre en commun les risques des régimes individuels et de partager les dépenses qui dépassent les dépenses anticipées entre les différents régimes d'assurance.

Une autre difficulté relative à l'existence d'une multitude de mécanismes de financement découle de la nature volontaire de nombreux régimes d'assurance maladie. Les régimes d'assurance volontaires sont particulièrement vulnérables à la sélection adverse : ceux qui risquent le plus de tomber malade seront les premiers à vouloir être couverts par une assurance, ce qui limite le potentiel de subventions croisées des personnes en bonne santé vers celles en mauvaise santé. Il existe différentes stratégies pour limiter la sélection adverse, comme l'obligation d'adhérer pour toute une famille plutôt que pour un seul membre de la famille, et, dans le cas des employés du secteur formel, l'obligation d'adhérer pour tous les employés de l'entreprise. Certains régimes d'assurance font de l'« écrémage », c'est-à-dire qu'ils essaient d'attirer les individus en bonne santé et qu'ils rejettent ou découragent l'adhésion d'individus à haut risque, en fixant des cotisations très élevées ajustées en fonction du risque ou en limitant les bénéfices par l'annulation de la couverture de certains services (Sekhri et al., 2005). Ces stratégies réduisent également les possibilités de réaliser des subventions croisées. Elles limitent souvent de manière radicale les subventions croisées dans l'ensemble du système de santé : en effet, les personnes riches et en bonne santé vont appartenir à des régimes privés d'assurance maladie volontaire alors que les personnes malades et les pauvres vont dépendre des services de santé financés sur argent public. Une loi sur la liberté d'adhésion peut mettre fin à l'écrémage en autorisant toute personne ou famille qui désire s'affilier à un régime d'assurance maladie à le faire. De même, le fait de rendre légales les cotisations à base communautaire au détriment des cotisations ajustées en fonction du risque peut permettre d'empêcher l'exclusion des personnes malades ou pauvres.

Enfin, la multiplicité des mécanismes de financement rend plus difficile l'utilisation des ressources publiques pour mettre à l'abri des dépenses de santé imprévues ceux qui n'ont pas de protection financière adéquate. Une option pourrait consister à verser les ressources publiques à des entités publiques, et peut être aussi non-gouvernementales, qui ne font pas payer les usagers

mais qui fournissent les services dont ont besoin les individus qui ne bénéficient d'aucune forme d'assurance maladie. Cette approche part du principe que ceux qui sont couverts par d'autres mécanismes de financement des soins de santé se seront « auto-sélectionnés » pour ne pas utiliser les services financés par l'Etat (Bitrán et Giedion, 2003). Une autre option consisterait à fournir une gamme de services plus étendue dans les structures financées par l'Etat et à faire payer les usagers, sauf les groupes vulnérables. Une dernière option, particulièrement pertinente dans les pays qui cherchent à étendre la couverture de leur assurance maladie, qu'elle soit volontaire ou obligatoire, consisterait à utiliser les ressources publiques pour subventionner partiellement ou totalement les cotisations à l'assurance maladie des groupes vulnérables (Bennett et al., 1998). Le ciblage des plus vulnérables, pour l'allocation des ressources publiques, se heurte à de nombreux obstacles. Il est toutefois difficile de les éviter, hormis dans un pays capable de financer son système de santé uniquement par les recettes fiscales générales ou d'autres ressources publiques (voir Appendice A pour une discussion sur la manière dont les ressources publiques peuvent être ciblées sur les groupes de population les plus vulnérables afin de les exempter de participation financière des usagers et/ou de subventionner leurs cotisations à l'assurance maladie).

Mécanismes d'allocation

Lors de la mise en commun des risques, il faut également veiller à ce que les ressources soient allouées équitablement, en fonction des besoins de santé et du risque de dépenses de santé futures. Des mécanismes d'allocation des ressources en fonction du risque peuvent être utilisés pour les ressources issues de l'assurance et pour les ressources publiques, qu'elles proviennent des bailleurs ou de la fiscalité générale. Les mécanismes d'allocation en fonction du risque permettent d'allouer les ressources du gouvernement *central* qui sont destinées à la santé à des autorités sanitaires *décentralisées*.

Jusqu'à récemment, les ressources du gouvernement étaient allouées selon l'offre et la demande, en suivant des processus historiques comme la budgétisation incrémentielle (Pearson, 2002). Comme les structures sanitaires relativement bien équipées, notamment les hôpitaux, sont davantage situées en zone urbaine que rurale, le recours aux approches historiques a souvent conduit à la captation, par les populations urbaines, d'une part disproportionnée des ressources publiques pour la santé. Les mécanismes d'allocation des ressources en fonction du risque ou des besoins ont été conçus pour redresser les disparités géographiques dans l'allocation des ressources destinées à la santé. Ils représentent un revirement clair par rapport à la budgétisation historique et ont pour objectif de promouvoir un accès équitable aux soins de santé en fonction des besoins. En général, une formule composée d'indicateurs sur le besoin relatif en services de santé est utilisée pour déterminer l'allocation en ressources de chaque zone géographique (Rice et Smith, 2002). Les indicateurs les plus largement utilisés pour mesurer le besoin relatif en services de santé d'une zone géographique donnée sont :

- La taille de la population ;
- La composition démographique : les enfants en bas âge, les personnes âgées et les femmes en âge de procréer ont plus besoin des services de santé que les autres groupes de la population ;
- Le niveau de morbidité : les taux de mortalité sont généralement utilisés comme proxy pour la morbidité ;
- Le statut socio-économique : la maladie est fortement corrélée au faible niveau socio-économique et les pauvres sont plus dépendants des services financés par l'Etat (McIntyre et al., 1990).

Les mécanismes d'allocation des ressources en fonction du risque ou des besoins ont été conçus pour redresser les disparités géographiques dans l'allocation des ressources destinées à la santé. Ils représentent un revirement clair par rapport à la budgétisation historique et ont pour objectif de promouvoir un accès équitable aux soins de santé en fonction des besoins.

Encadré 8 : Exemples de pays utilisant une formule d'allocation des ressources en fonction des besoins

PAYS A REVENUS ELEVES

La première et la plus connue des formules d'allocation des ressources en fonction des besoins est celle du Royaume-Uni. A la fin des années 1970, l'Angleterre, l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord ont adopté des formules utilisant la taille de la population et la structure démographique pondérées par des données sur la mortalité. Le statut socio-économique a été inclus comme coefficient de pondération lors d'une révision de la formule anglaise. Des approches similaires ont été adoptées en Australie, au Portugal et dans d'autres pays à revenus élevés. Comme il est montré ci-dessous, l'utilisation de telles formules s'est vite propagée dans les pays à faibles et moyens revenus.

AFRIQUE

Ghana

Depuis 2004, le Ghana alloue à ses régions les ressources pour la santé issues de l'impôt et des bailleurs en fonction d'une formule qui inclut la taille de la population régionale, pondérée par la privation (c'est-à-dire par la population vivant sous le seuil de pauvreté), et la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

République Unie de Tanzanie

La formule pour l'allocation des ressources du pot commun aux districts inclut la taille de la population et la mortalité des enfants de moins de cinq ans qui est utilisée comme proxy pour le fardeau de la maladie et le niveau de pauvreté. Un ajustement est fait en fonction des coûts de la fourniture des services de santé dans les zones rurales à faible densité de population.

Ouganda

Le budget pour les soins de santé primaire est alloué aux districts selon une formule qui utilise la taille de la population, l'inverse de l'indice de développement humain (IDH) et l'inverse des ressources par habitant provenant des bailleurs et des ONG. Des ressources additionnelles sont accordées aux districts qui connaissent des problèmes sécuritaires et à ceux qui n'ont pas d'hôpital de district. La composante IDH de la formule permet d'inclure une mesure du statut socio-économique et de la morbidité tandis que l'inclusion du financement des bailleurs de fonds et des ONG dans la formule permet de s'assurer que l'enveloppe globale reçue par chaque district est prise en compte lors de l'allocation des ressources du gouvernement.

Zambie

A l'origine, une simple formule par habitant était utilisée car des données fiables sur les autres indicateurs de besoin manquaient. Toutefois, par la suite, des pondérations pour l'isolement et la morbidité ont été incluses dans la formule et une mesure de la pauvreté a été rajoutée encore plus récemment.

AMERIQUE LATINE

Chili

Les ressources du gouvernement central pour les soins de santé primaire sont allouées aux municipalités en fonction de la taille de la population, avec un ajustement pour la ruralité et le niveau de pauvreté de la municipalité.

Colombie

Le gouvernement central alloue les ressources générales aux municipalités en fonction d'une formule qui utilise la taille de la population municipale, avec un ajustement pour le niveau de pauvreté, les besoins de base non satisfaits, des indicateurs de qualité de vie et les ressources générées au niveau local. Une partie de ces ressources est explicitement allouée aux services de santé. La formule basée sur les besoins est utilisée pour déterminer l'allocation totale pour tous les services municipaux. Toutefois, la latitude dont disposent les autorités municipales pour décider de la répartition de ces ressources entre les différents services est très limitée car elles sont obligées d'allouer à la santé (et à l'éducation) un pourcentage minimum des transferts du gouvernement central. Cette approche a été très efficace pour promouvoir l'équité dans l'allocation des ressources pour la santé entre municipalités.

Mexique

Le ministère de la santé a récemment introduit une formule pour l'allocation des ressources qui utilise la taille de la population, le taux de mortalité infantile et un « indice de marginalisation » (un indice composite du statut socio-économique qui inclut des indicateurs tels que le niveau d'éducation, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et la surpopulation).

ASIE**Cambodge**

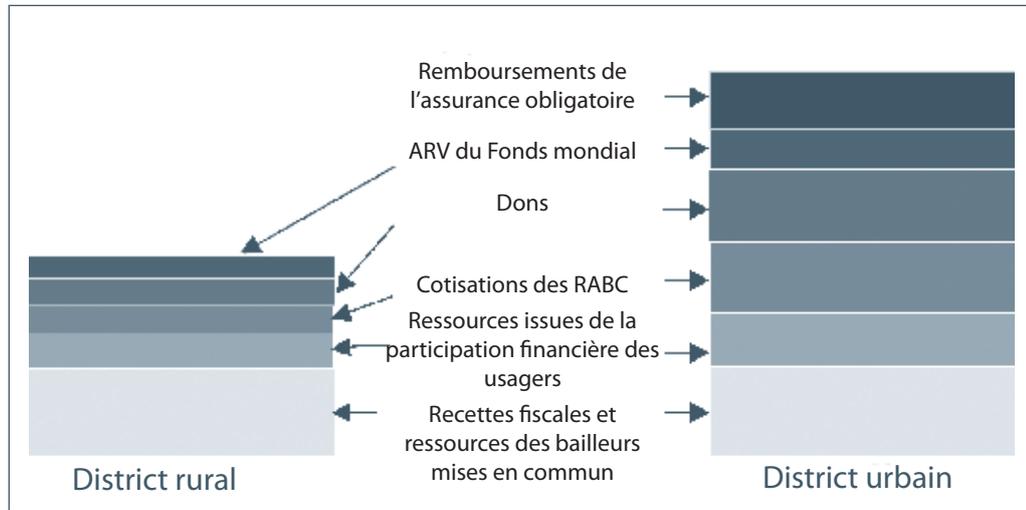
Le Cambodge n'a pas une formule traditionnelle d'allocation des ressources en fonction des besoins (c'est-à-dire une formule qui utilise seulement la taille de la population, le fardeau de la maladie, etc.). Au lieu de cela, il utilise ce que l'on pourrait appeler une « démarche normative d'estimation des coûts ». Son système de santé couvre 73 districts sanitaires, chacun avec un hôpital et un nombre de centres de santé défini par rapport à la taille de sa population. La taille des districts est variable mais chaque centre de santé de district couvre un groupe de population relativement identique et doit fournir le même paquet de services (des normes pour les centres de santé et les hôpitaux de district ont été définies en ce qui concerne la population couverte et les services fournis). L'allocation budgétaire de chaque district est calculée essentiellement à partir du coût de fonctionnement moyen d'une structure sanitaire dans le district concerné multiplié par le nombre de structures de ce type dans le district. Un ajustement pour la charge de travail par patient a été ajouté pour empêcher l'escalade du nombre de patients traités.

Sources : Bossert et al., 2003 ; Pearson, 2002 ; Rocha et al., 2004 ; Semali et Minja, 2005

Certains pays font également un ajustement en fonction du coût de la fourniture des services dans différents endroits. Dans certains pays à revenus élevés, cet ajustement se fait pour les zones urbaines. En Angleterre par exemple, le coût plus élevé de l'embauche du personnel à Londres est pris en compte. Dans les pays à faibles et moyens revenus, un ajustement similaire est réalisé pour le coût plus élevé de la fourniture de services dans les zones rurales isolées. L'Encadré 8 donne des exemples de pays qui utilisent une formule d'allocation des ressources en fonction des besoins et il présente les indicateurs utilisés dans chacun des cas.

Lors de l'allocation des ressources du gouvernement et des bailleurs de fonds aux régions ou aux districts, certains pays, comme la Colombie ou l'Ouganda (voir Encadré 8), prennent en compte les ressources additionnelles pour la santé si elles sont mises en commun avec les recettes fiscales grâce à un SWAp ou à l'ABG. Le graphique 3 montre les implications potentielles en termes d'équité si ces ressources additionnelles ne sont pas prises en compte.

Graphique 3: Allocation hypothétique des ressources pour la santé entre districts



Source: McIntyre, Gilson et Mutyambizi, 2005

Les barres du Graphique 3 représentent les ressources par habitant issues des différentes sources de financement. La barre inférieure fait la même taille dans les deux grands blocs de barres, ce qui signifie que les ressources du gouvernement ont été allouées de manière égale entre les districts ruraux et urbains en termes d'allocation par habitant. La différence, entre le bloc rural et le bloc urbain, de la taille de la barre qui suit montre que la participation financière des usagers permet de générer plus de recettes dans les districts urbains que dans les districts ruraux, car la capacité à payer des urbains qui travaillent dans les secteurs formel ou informel est supérieure à celle des travailleurs ruraux. Le même cas de figure se présente pour les cotisations aux RABC. Si le gouvernement calcule sa participation aux RABC sur la base d'un dollar pour un dollar, alors les districts urbains en bénéficieront plus que les districts ruraux. La barre des *ARV du Fonds mondial* représente les ressources des bailleurs pour un programme qui est actuellement fortement représenté dans les zones urbaines : ainsi, les ressources du Fonds mondial pour la provision des

antirétroviraux (ARV) devraient affluer davantage vers les zones urbaines que vers les zones rurales, du moins dans les premières phases de l'introduction des ARV, car le traitement est plus facile à administrer dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Enfin, la barre supérieure pour le milieu urbain représente les

Les inégalités dans l'allocation des ressources pour les soins de santé peuvent être importantes même lorsque le gouvernement alloue équitablement ses recettes fiscales.

ressources que les structures du secteur public, notamment les hôpitaux, ont reçues de la part de l'assurance maladie obligatoire en remboursement de l'utilisation de ces structures par ses membres. Comme les membres de l'assurance obligatoire sont fortement concentrés dans les zones urbaines il se peut que ces remboursements ne parviennent même pas jusqu'aux structures du milieu rural. Tout ceci montre combien les inégalités dans l'allocation des ressources pour la santé peuvent être importantes, même lorsque le gouvernement alloue équitablement ses recettes fiscales.

Les ressources peuvent être allouées équitablement grâce à ce que l'on appelle communément « l'égalisation des risques ». Il s'agit d'un processus souvent adopté par les régimes d'assurance maladie obligatoire qui sont constitués de plusieurs petits fonds. De manière schématisée, ce processus consiste à évaluer le profil de risque de chaque fonds ou régime d'assurance selon plusieurs critères tels que l'âge, le sexe, le profil d'incapacité des membres et la part des membres qui souffrent d'une maladie chronique (Rice et Smith, 2002).

Le montant de la capitation ajustée en fonction du risque correspond à la somme requise en moyenne pour couvrir les dépenses de santé probables d'un membre pour un paquet standard de services offerts. Ce montant est estimé à partir des profils de risque de tous les régimes d'assurance ou fonds. Afin de déterminer la somme totale qui doit être allouée à chaque régime d'assurance, le montant par tête ajusté au risque est multiplié par le nombre de membres (du régime d'assurance) qui appartiennent à chaque type de profil de risque. Dans certains pays, comme aux Pays-Bas, les cotisations d'assurance obligatoire sont collectées au niveau central et ce sont des fonds de santé individuels ou des régimes d'assurance qui se chargent de l'achat (voir section suivante). Dans ce cas, la capitation ajustée en fonction du risque est utilisée pour distribuer toutes les ressources entre les différents régimes d'assurance. Dans d'autres pays, chaque régime d'assurance ou chaque fonds collecte ses propres cotisations. Dans ce cas, la capitation ajustée en fonction du risque est utilisée pour déterminer les régimes d'assurance ou les fonds de santé qui collectent, grâce aux cotisations, plus de ressources que ce qui est nécessaire étant donné le profil de leurs adhérents. Elle permet ainsi de déterminer *qui doit financer* le fonds d'égalisation des risques. A l'inverse, la capitation ajustée en fonction du risque est aussi utilisée pour déterminer les régimes d'assurance ou les fonds qui collectent moins de ressources que nécessaire étant donné le profil de risque de leurs adhérents. Elle permet donc de déterminer *qui doit recevoir* des paiements du fonds d'égalisation des risques. Ainsi, les mécanismes d'ajustement en fonction du risque permettent de réaliser des subventions croisées entre les régimes d'assurance individuels ou les fonds de santé, renforçant ainsi la mise en commun des risques.

L'étude de cas sur le Ghana (voir Encadré 7) montre un exemple de mécanisme d'allocation des ressources qui combine une allocation équitable entre zones géographiques des ressources issues de la fiscalité générale et des bailleurs de fonds avec une égalisation des risques entre les RABC de district. Tout ceci est géré par le système d'assurance maladie obligatoire.

L'achat

L'achat est défini comme «le transfert des ressources aux prestataires de soins au nom de la population pour qui ces ressources ont été mises en commun» (Kutzin, 2001). Le terme de «transfert» implique une approche passive alors qu'il est de plus en plus reconnu que l'organisme qui transfère les ressources doit être un acheteur de services actif pour les bénéficiaires des ressources mises en commun. Il doit particulièrement veiller à ce que les services appropriés soient efficacement garantis. Les principales difficultés liées à la fonction d'achat du financement des soins de santé sont :

L'organisme qui transfère les ressources doit être un acheteur de services actif pour les bénéficiaires des ressources mises en commun. Il doit particulièrement veiller à ce que les services appropriés soient efficacement garantis.

- Le choix du paquet de services auquel les bénéficiaires auront droit, y compris le type de services, le type de prestataires et le parcours d'accès aux soins ;
- Le choix du mécanisme pour le paiement des prestataires ou la méthode utilisée pour transférer les ressources de l'acheteur au prestataire.

Le paquet de services offerts

Type de services

Lors de la définition du paquet de services offerts, la première décision doit porter sur les types de services qui doivent être couverts par un mécanisme de financement donné (par exemple par les recettes fiscales et/ou par l'assurance maladie). Ainsi, est-ce que le paquet ne doit comprendre que des

services à coûts élevés et à faible fréquence tels que les soins hospitaliers et les maladies chroniques en phase terminale qui sont souvent considérés comme des «événements catastrophiques» ? Ou est-ce que le paquet ne doit couvrir que les services à faible coût et à fréquence élevée, comme les services de santé aigus ou chroniques qui sont fournis au premier niveau de soins ? Ou est-ce qu'il doit couvrir les deux types de services ? Comme le principal objectif est d'assurer une protection financière, beaucoup considèrent que l'accent doit être mis sur la protection des individus et des

Il devient de plus en plus évident que même de petits paiements pour les soins de santé primaire peuvent avoir des conséquences catastrophiques sur les ménages vulnérables. De ce fait, les services essentiels de santé primaire devraient être couverts dans les pays où les niveaux de pauvreté sont élevés.

ménages contre les dépenses «catastrophiques» qui sont traditionnellement associées aux hospitalisations et à d'autres services à faible fréquence mais à coût élevé. Toutefois, il devient de plus en plus évident que même de petites dépenses pour les soins de santé primaire peuvent avoir des conséquences catastrophiques sur les ménages vulnérables (Whitehead et al., 2001). De ce fait, les services essentiels de santé primaire devraient être couverts dans les pays où les niveaux de pauvreté

sont élevés. La définition du paquet de services offerts dépendra clairement de ce que la population d'un pays donné peut payer mais un paquet de services raisonnablement complet sera le mieux pour protéger les ménages contre les dépenses de santé catastrophiques (voir Encadré 9 ci-dessous).

Encadré 9: Etude de cas : distribution équitable des bénéfices des soins de santé en Thaïlande

La Thaïlande s'est engagée, au cours des 25 dernières années, dans une extension graduelle de la population couverte par l'assurance maladie. Les travailleurs du secteur formel ont été affiliés soit au régime d'assistance médicale des fonctionnaires (Civil Servant Medical Benefit Scheme ou CSMBS) créé en 1978 pour les employés du gouvernement, soit au régime de sécurité sociale (Social Security Scheme ou SSS) créé en 1990 pour les employés des entreprises privées. Les ménages les plus pauvres se sont affiliés à un régime de carte pour faible revenu (low-income card ou LI Card) financé par l'Etat qui a été introduit en 1975. Les travailleurs non pauvres du secteur informel se sont quant à eux affiliés à un régime de carte de santé volontaire (voluntary health card ou VH Card) créé en 1981 et qui bénéficie de subventions publiques. En 2001, les 30% de la population qui demeuraient non assurés se sont affiliés à un régime public de CU financé par l'impôt, auquel les régimes LI Card et VH Card ont été intégrés. A eux trois, la CU, le CSMBS et le SSS couvrent maintenant toute la population. Alors que le CSMBS et le SSS fonctionnent comme des régimes d'assurance, le régime de CU est financé de manière similaire au financement direct par l'impôt. Les adhérents à la CU doivent se faire enregistrer dans une structure locale publique de soins de santé primaire. Ils peuvent également parfois le faire dans une structure privée accréditée. La structure reçoit un paiement par capitation issu des recettes fiscales pour fournir des soins de santé primaire aux membres de la CU. Les hôpitaux publics reçoivent un budget global défini à partir d'estimations sur les groupes homogènes de malades (GHM). (Le système de GHM, qui est utilisé pour déterminer combien le gouvernement doit rembourser un hôpital pour les services fournis à un patient, sert à classer les patients dans l'un des cent différents groupes existants, en fonction de critères tels que le diagnostic, les procédures médicales requises, l'âge, le sexe et la présence de complications ou morbidités associées. Chaque groupe est ainsi composé de patients qui présentent des problèmes cliniques similaires et qui doivent recevoir le même niveau de soins hospitaliers). Le régime de CU est aussi connu sous le nom de «régime à 30 Baht» puisque ses membres doivent effectuer un versement nominal de 30 Baht (un peu moins d'un US\$) par consultation ou admission à l'hôpital. Les pauvres qui étaient auparavant affiliés au régime LI Card ne doivent rien payer. Tous les régimes proposent un paquet de services

relativement complet, avec une « liste négative » qui exclut les services à coût très élevés comme la dialyse pour les maladies rénales en phase terminale, la chirurgie esthétique, le traitement des drogués, la greffe d'organes et le traitement contre la stérilité. En Thaïlande, les pauvres bénéficient davantage des subventions publiques (en particulier pour l'utilisation des services de santé) que les riches. Ceci est particulièrement vrai pour les consultations dans les centres de santé et pour les consultations et hospitalisations dans les hôpitaux de district qui sont généralement plus accessibles physiquement aux groupes de population les plus pauvres (et de ce fait plus accessibles financièrement puisque les coûts de transports sont réduits ou nuls). Les inégalités entre groupes socio-économiques dans l'utilisation des services de santé et dans le bénéfice des subventions publiques ont diminué depuis l'introduction de la CU. Bien que les pauvres bénéficient davantage des subventions publiques que les riches, la CU apporte également aux plus riches une couverture substantielle pour les dépenses catastrophiques d'hospitalisation : de manière générale, la fréquence des paiements directs à caractère catastrophique a décliné pour toutes les catégories socio-économiques mais davantage encore chez les plus pauvres. Avant la création du régime de CU, 2,1% de la population étaient tombés sous le seuil de pauvreté du fait de paiements directs ; en 2004, soit trois années après l'introduction de la CU, seulement 0,5% de la population ont été appauvris pour la même raison.

En Thaïlande, la CU, combinée avec un paquet de services de santé offerts relativement complet et avec des niveaux de financement par l'impôt suffisamment élevés pour soutenir la fourniture de services de santé de bonne qualité dans le secteur public, ont abouti à une distribution des bénéfices des services de santé clairement à l'avantage des plus pauvres.

Sources : Limwattananon et al., 2005 ; Suraratdecha et al., 2005

La maîtrise des coûts peut être un problème si le paquet de services offerts par un régime d'assurance ne concerne que les services hospitaliers. Si les soins de santé primaire ne sont pas inclus dans le paquet, les patients auront tendance à se rendre directement à l'hôpital ou chez un médecin spécialiste pour un problème de santé qui aurait pu être traité au premier niveau de soins, à un coût bien moindre. De nombreux pays utilisent les prestataires de soins de santé primaire comme rempart à l'accès aux soins hospitaliers, les considérant comme un moyen utile de maîtriser les coûts (Ros et al., 2000).

Un paquet de services offerts peut proposer à ses bénéficiaires une « liste positive » ou une « liste négative » de services qu'ils peuvent utiliser grâce à leur régime d'assurance maladie (Rutten et van Busschbach, 2001). La liste positive établit tous les services inclus dans le paquet de services offerts comme les vaccinations, le traitement du paludisme, les services de maternité, les procédures chirurgicales et ainsi de suite. La liste négative est utilisée lorsqu'un paquet de services couvre tous les soins de santé *sauf* un nombre limité de services spécifiques comme la greffe d'organes, la chirurgie esthétique, etc.

De nombreux pays utilisent les prestataires de soins de santé primaire comme rempart à l'accès aux soins hospitaliers, les considérant comme un moyen utile de maîtriser les coûts.

Il est important de regarder l'efficacité allocative d'un service pour décider s'il doit être inclus dans le paquet de services offerts. L'acheteur, qu'il soit le ministère de la santé, le bureau de santé de district ou le régime d'assurance, doit connaître les principales causes de morbidité et donc les besoins de santé de la population bénéficiaire. Une approche d'achat *active* est nécessaire, selon laquelle l'acheteur compile et analyse régulièrement des informations épidémiologiques utiles sur la population bénéficiaire et les traduit en un paquet de services qui correspond aux besoins de santé de la population (Kutzin, 2001).

Type de prestataires

Une fois que le type de services à inclure dans le paquet a été déterminé, la difficulté suivante consiste à choisir les prestataires de soins auprès desquels les bénéficiaires pourront se rendre

Une approche d'achat active est nécessaire, selon laquelle l'acheteur compile et analyse régulièrement des informations épidémiologiques utiles sur la population bénéficiaire et les traduit en un paquet de services qui correspond aux besoins de santé de la population.

pour obtenir les services assurés. L'acheteur peut stipuler que le coût total des services inclus dans le paquet de services ne sera couvert que si les services sont fournis par une structure publique ou tenue par une ONG. Tel est souvent le cas, du moins implicitement, des systèmes fondés sur l'impôt, notamment quand les recettes fiscales sont reversées aux structures publiques (et, dans certains pays

également, aux structures tenues par les ONG). Le paquet de services offerts d'un régime d'assurance maladie stipule généralement que les dépenses de santé des bénéficiaires ne seront remboursées que s'ils ont eu recours à des prestataires accrédités (Normand et Weber, 1994). L'accréditation est généralement accordée à une structure en fonction de sa conformité par rapport à certains standards de base qui permettent d'assurer une qualité de soins adéquate, une gamme appropriée de services et des honoraires réalistes.

En plus de l'accréditation des prestataires, des contrats peuvent être signés entre l'acheteur et le prestataire si la distinction entre les deux est très claire. C'est souvent le cas avec les régimes d'assurance maladie mais cela peut aussi s'appliquer aux systèmes de santé fondés sur l'impôt comme au Royaume-Uni, où les budgets ne sont plus directement versés aux prestataires mais à des « trusts de santé primaire » qui achètent les services pour le compte de la population résidente (Maynard, 1994). Le contrat entre l'acheteur et le prestataire spécifie souvent les types de services qui peuvent être fournis aux bénéficiaires, le montant que le prestataire recevra pour ces services, le mécanisme de paiement du prestataire et la qualité et autres exigences de performance liées aux services fournis. Comme il est précisé dans l'étude de cas sur la Colombie (Encadré 10), la contractualisation est souvent utilisée pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Faisabilité financière et pérennité

La préoccupation principale, lors de la conception du paquet de services offerts, concerne la faisabilité financière et la pérennité de ce paquet. Les ressources qui sont disponibles maintenant et qui devront être disponibles dans le futur ont un impact sur les services qui sont inclus dans le paquet et sur les prestataires qui seront utilisés. Un compromis important doit être trouvé entre ce que l'on appelle souvent la largeur (combien de personnes) et l'étendue (quels services) de la couverture. Si la CU est l'objectif du mécanisme de financement des soins de santé, il ne peut être possible que d'offrir un paquet de services très limité. Un paquet plus complet

Si le paquet de services offerts n'est pas clairement défini, les dépenses de santé auront tendance à augmenter rapidement et à entraîner une augmentation équivalente des cotisations ou de l'allocation à la santé issue des recettes fiscales, menaçant ainsi la pérennité du mécanisme de financement.

n'est possible que si la couverture est restreinte à une certaine partie de la population (Gottret et Scheiber, 2006). Si le paquet de services offerts n'est pas clairement défini, les dépenses de santé auront tendance à augmenter rapidement et à entraîner une augmentation équivalente des cotisations ou de l'allocation à la santé issue des recettes fiscales, menaçant ainsi la pérennité du mécanisme de financement (Normand, 1999).

Encadré 10 : Etude de cas : contractualisation pour les services de santé en Colombie

Jusqu'au début des années 1990, la Colombie avait deux systèmes : un régime d'assurance sociale de santé (et quelques assurances privées) pour les travailleurs du secteur formel et, pour les autres, la fourniture directe de services publics de santé (le gouvernement faisant des transferts budgétaires vers les hôpitaux publics). En 1993, des réformes de grande ampleur ont été lancées pour passer à l'assurance maladie obligatoire universelle. Ces réformes prévoient que les ressources publiques servent de plus en plus à subventionner l'adhésion au régime d'assurance sociale de santé pour ceux qui ne sont pas capables de payer la totalité de leur cotisation. En parallèle, la contractualisation pour les services de santé a été introduite à grande échelle. « Les entreprises de promotion de la santé » (connues en espagnol sous l'acronyme « EPS ») ont été créées pour servir d'intermédiaires financiers. Les EPS se font concurrence pour gagner l'adhésion de la population assurée, c'est-à-dire des travailleurs du secteur formel, et elles passent des contrats avec des prestataires sélectionnés (publics et/ou privés). La loi oblige les EPS à couvrir un paquet minimum de services. Il existe deux paquets : l'un pour les « cotisants entiers » et l'autre pour ceux dont l'adhésion a été subventionnée, chacun ayant le même taux de cotisation. Un mécanisme d'égalisation, qui favorise les subventions croisées entre niveaux de revenus, a également été mis en place. Comme le gouvernement utilise une plus grande part de ses ressources pour subventionner la couverture d'assurance et qu'il passe des contrats avec les prestataires, les hôpitaux publics sont devenus des institutions autonomes qui ne reçoivent plus d'allocation budgétaire mais facturent chaque EPS pour les services qu'ils fournissent à leurs membres. Pendant la phase transitoire du passage à la CU, les hôpitaux publics continuent de recevoir un apport du budget. Le passage à un environnement contractuel a pour but de promouvoir l'efficacité en encourageant la concurrence entre prestataires, en particulier entre hôpitaux, qui représentent l'essentiel des dépenses de santé, et en accordant à la population assurée une certaine liberté de choix du prestataire.

Ces réformes ont produit des résultats mitigés, principalement à cause des deux changements majeurs simultanés qu'elles ont introduit, à savoir le passage à la CU par la subvention de l'adhésion à l'assurance et le passage à un environnement contractuel. Une difficulté essentielle tient au fait que, pendant le passage de la couverture partielle à la CU, les ressources publiques, bien qu'en augmentation, ont été utilisées par les hôpitaux publics pour prendre en charge les individus non assurés, limitant ainsi les ressources disponibles pour subventionner l'adhésion à l'assurance. De ce fait, le passage à la CU, et, par voie de conséquence, l'introduction à grande échelle de la contractualisation, ont été plus lents que prévus. L'effet attendu sur l'efficacité opérationnelle des hôpitaux publics ne s'est donc pas produit, ce qui montre que la concurrence ne permet pas à elle seule de réaliser des gains d'efficacité.

Sources : Gaviria et al., 2006 ; Homedes et Ugalde, 2005 ; McPake et Mills, 2000

Les dépenses de santé peuvent augmenter rapidement dans les régimes d'assurance et dans les régimes fondés sur l'impôt sous l'effet de ce que l'on appelle le « hasard moral » : ceux qui sont couverts sont incités à consommer plus et « mieux » les soins de santé et sont moins incités à conserver un mode de vie sain qu'ils ne le seraient s'ils n'étaient pas couverts (Arrow, 1963). Une stratégie communément utilisée pour contrer ce hasard moral consiste à exiger des utilisateurs qu'ils prennent en charge une partie du coût des services via des paiements directs, appelés « participation financière des usagers » dans le cas des services de santé fondés sur l'impôt et « co-paiements » dans le cas de l'assurance maladie. Comme mentionné plus haut, la participation financière des usagers a un impact négatif car elle crée un obstacle à l'utilisation des services de santé par les groupes à

Les dépenses de santé peuvent augmenter rapidement dans les régimes d'assurance et dans les régimes fondés sur l'impôt sous l'effet de ce que l'on appelle le «hasard moral» : ceux qui sont couverts sont incités à consommer plus et «mieux» les soins de santé et sont moins incités à conserver un mode de vie sain.

faibles revenus. Les mêmes contraintes sont soulevées par les co-paiements chez ceux qui sont couverts par l'assurance maladie. Ainsi, dans le régime d'assurance maladie obligatoire de République de Corée, les co-paiements sont assez élevés : ils représentent entre 40 et 55% du coût d'une consultation. Les groupes à faibles revenus du pays utilisent donc beaucoup moins les services de santé que les groupes à revenus élevés qui peuvent plus facilement se permettre de payer ces co-

paiements (Kim et al., 2005). Cependant, malgré ces niveaux élevés de co-paiement, les dépenses de santé de l'assurance obligatoire ont augmenté, passant de 3,7% à 6,6% du PIB dans les années 1980, augmentation due à la fois à la hausse des coûts unitaires et à la plus grande utilisation des services par les individus dont les revenus sont les plus élevés (De Geyndt, 1991).

L'impact négatif des co-paiements est particulièrement important dans les pays à faibles revenus. Kutzin (1995) remarque que «bien que les incitations portant sur la demande de soins (consommateurs), basées sur le partage des coûts, ont un certain effet sur la limitation de la demande, les incitations portant sur l'offre de soins (prestataires) sont beaucoup plus efficaces pour contenir les coûts». Ce point de vue a été repris dans une revue récente des stratégies de limitation des coûts dont la conclusion était que «la stratégie consistant à faire supporter une partie des coûts par les patients ne permet pas de contenir efficacement les coûts» (Carrin et Hanvoravongchai, 2002). Une alternative aux co-paiements, qui ne dresse pas d'obstacle à l'utilisation des services de santé par les groupes à plus faibles revenus, consiste à inciter les prestataires à adopter un comportement efficient (voir partie ci-dessous). Une autre solution consiste à utiliser les prestataires de soins de santé primaire comme des «gate-keepers» qui obligent les patients à suivre un parcours de soins adapté (voir Encadré 11).

Infrastructures de prestation de services

Les infrastructures de prestation de services doivent être appropriées pour permettre la jouissance des droits spécifiés dans le paquet de services offerts. Les services qui sont inclus dans le paquet de services offerts et qui sont fournis dans une structure sanitaire doivent être de qualité adéquate et physiquement et culturellement accessibles aux bénéficiaires potentiels. Cette exigence est particulièrement importante dans le cas de l'assurance volontaire car c'est elle qui doit attirer ses membres (voir Encadré 11). De plus, au moment de l'introduction de l'assurance obligatoire, et afin de contrer toute opposition, les bénéficiaires doivent avoir la garantie qu'ils auront accès à des soins de qualité (Normand et Weber, 1994).

Au moment de l'introduction de l'assurance obligatoire, et afin de contrer toute opposition, les bénéficiaires doivent avoir la garantie qu'ils auront accès à des soins de qualité.

Mécanismes de paiement des prestataires

Les mécanismes de paiement des prestataires concernent essentiellement la manière dont les ressources d'un acheteur sont transférées à un prestataire de santé. Les mécanismes de paiement peuvent permettre d'aligner le comportement du prestataire sur les objectifs de l'acheteur grâce à des arrangements entre prestataires et acheteurs, comme les incitations et le partage des risques. Les paiements sont versés soit à un prestataire individuel soit à une structure sanitaire. Dans chacun des cas ils peuvent être soit prospectifs (c'est-à-dire déterminés et/ou faits à l'avance), soit rétrospectifs, c'est-à-dire faits après que le service a été fourni. Les principales formes de mécanismes de paiement des prestataires sont les suivantes :

Encadré 11: Etude de cas: l'accès aux bénéfiques dans le RABC de Bwamanda en République Démocratique du Congo

Le RABC de Bwamanda a été créé en 1986 par des médecins belges qui travaillaient pour des organisations non gouvernementales dans le district de Bwamanda en République Démocratique du Congo. Ce régime d'assurance couvre le coût des soins fournis dans l'hôpital de district si le patient a été référé par un centre de santé. Ce régime est connu comme l'un des RABC qui a le mieux réussi. Il a permis d'atteindre et de maintenir une couverture de 60-70% de la population du district (d'environ 160'000 personnes en 1994) et de doubler les ressources financières disponibles au niveau de l'hôpital en 1997-1998. Avant la mise en place de ce régime d'assurance, les subventions du gouvernement étaient en chute libre, provoquant des hausses fréquentes du taux forfaitaire de participation financière des usagers et rendant les soins hospitaliers de plus en plus inaccessibles financièrement. Le régime d'assurance a amélioré l'accès aux soins hospitaliers, avec des taux d'admission trois fois supérieurs chez les personnes assurées que chez les personnes non assurées. Même si le régime d'assurance demande un co-paiement de 20% pour les frais hospitaliers, les membres paient beaucoup moins de leur poche pour les soins à l'hôpital que les non membres. Toutefois, les plus pauvres sont exclus car la plupart déclarent ne pas pouvoir payer la cotisation au régime d'assurance.

L'adhésion à l'assurance et l'utilisation des services sont déterminés par l'accessibilité géographique des services qui sont inclus dans le paquet de services offert par le régime d'assurance. Ainsi, le niveau d'adhésion et le taux d'utilisation de l'hôpital sont supérieurs chez ceux qui vivent à moins de 35 km de l'hôpital que chez ceux qui vivent au-delà. La capacité à traduire des droits en bénéfices réels, en assurant un bon accès géographique aux structures sanitaires, est donc déterminante pour l'adhésion à un régime d'assurance maladie. De plus, l'empressement manifesté par la population du district pour adhérer au régime d'assurance tient beaucoup au fait que l'hôpital de Bwamanda est connu pour la très bonne qualité de ses soins et pour la présence suffisante de médecins et de médicaments.

Sources : Criel et al., 1999; Criel et al., 1998; Shaw et Griffin, 1995

- Aux prestataires individuels
 - ▶ Salaire : déterminé prospectivement, payé rétrospectivement ;
 - ▶ Honoraires pour les services : déterminés prospectivement, payés rétrospectivement ;
 - ▶ Capitation (paiement forfaitaire par personne couverte. Cette dernière peut alors utiliser tous les services qui sont inclus dans le paquet de services et qui sont fournis par le prestataire) : déterminée prospectivement, payée prospectivement.
- Aux facilités
 - ▶ Allocations budgétaires : déterminées prospectivement, versées prospectivement ;
 - ▶ Honoraires pour les services : déterminés prospectivement, payés rétrospectivement ;
 - ▶ Per diem (paiement forfaitaire pour une journée d'hospitalisation): déterminé prospectivement, payé rétrospectivement ;
 - ▶ Honoraires en fonction du cas (paiement forfaitaire par paquet de soins, par exemple pour les services normaux de maternité), parfois ajustés en fonction de facteurs de risque tels que l'âge et les morbidités associées : déterminés prospectivement, payés rétrospectivement.

Le tableau 1 récapitule les avantages et inconvénients de chaque mécanisme de paiement et propose des stratégies destinées à minimiser les inconvénients. Pour maximiser les incitations positives et minimiser les incitations négatives (qui ont des effets imprévisibles, inattendus et/ou

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des différents mécanismes de paiement des prestataires

Mécanismes de paiement	Avantages	Inconvénients	Stratégies permettant de minimiser les inconvénients
Salaire	Dépense prévisible Faibles coûts administratifs	Sous-provision possible et/ou faible qualité des soins Peu d'incitation à l'efficacité et à la productivité sauf si le salaire est lié à la performance	Revue par les pairs des pratiques des prestataires Lier une partie du paiement à la performance
Capitation	Incitation à l'efficacité technique et aux soins préventifs Coûts administratifs raisonnablement faibles	Incitation à la sous-provision Ecrémage possible (attirer les patients à faible risque) Possible report des coûts (patient référé vers un autre prestataire)	Ajuster les paiements en fonction des risques Suivi et revue par les pairs des pratiques des prestataires (y compris des références) Choix du prestataire par le patient
Honoraires pour les services	Incitation à l'efficacité technique (en cas d'honoraires fixes).	Incitation à la sur-provision de services et à l'escalade des coûts Coûts administratifs élevés	Plafonds globaux et/ou ajustement des honoraires pour rester dans les limites des ressources disponibles
Allocation budgétaire	Dépense prévisible et contrôle étroit Faibles coûts administratifs	Faible incitation directe à l'efficacité sauf si l'allocation est liée à la performance Peut conduire à une sous-provision de services et au report des coûts	Lier une partie du paiement à la performance Suivi et revue par les pairs
Per diem	Quelques incitations à l'efficacité technique	Incite à allonger la durée de séjour et/ou à augmenter le nombre d'admissions	Plafonds globaux/limites budgétaires Diminuer les honoraires pour les longs séjours
En fonction des cas (inclut le paiement des groupes homogènes de malades)	Forte incitation à l'efficacité opérationnelle	Dépenses imprévisibles Coûts administratifs relativement élevés Incitation à l'écrémage	Ajustement en fonction de la diversité des cas, en regroupant les individus selon l'utilisation qu'ils font des ressources

Sources: Carrin et Hanvoravongchai, 2002; Kutzin, 2001

néfastes) de la manière la plus efficace, il faut combiner les mécanismes de paiement. Cependant, les contraintes en terme de capacités dans les pays à faibles et moyens revenus peuvent empêcher la réalisation de combinaisons complexes de différents mécanismes de paiement.

Plus un système de financement des soins de santé est fragmenté et plus le nombre d'acheteurs indépendants est grand, plus il sera difficile de faire pression sur les prestataires pour limiter les coûts. S'il n'y a qu'un ou deux grands acheteurs, ils peuvent utiliser leurs forces d'achat combinées pour négocier des honoraires inférieurs auprès des prestataires et pour imposer des plafonds globaux sur les demandes de remboursement (Normand et Weber, 1994). Lorsqu'il y a un grand nombre de petits acheteurs, les prestataires peuvent tout simplement refuser de fournir des services aux bénéficiaires des acheteurs qui essaient de limiter leurs marges de profit et le niveau de leurs revenus. Les honoraires peuvent aussi être définis par le gouvernement, mais cela ne permettra pas de limiter des pratiques telles que la fourniture de services inutiles.

5 Conclusions

Aucun pays n'a un mécanisme de financement des soins de santé unique. Un pays peut par exemple avoir une assurance maladie obligatoire universelle qui est financée par les prélèvements sur les salaires des employés du secteur formel, par les cotisations des travailleurs du secteur informel qui sont reversées à la communauté et par les cotisations des pauvres qui sont entièrement subventionnées par les recettes fiscales. De plus, ce pays peut avoir une assurance maladie volontaire complémentaire et des paiements directs pour les services qui ne sont pas inclus dans le paquet de services offerts de l'assurance obligatoire. Chaque mécanisme de financement a ses avantages, ses inconvénients et une structure propre qui lui permet d'atteindre plus facilement ses objectifs et de minimiser le risque de conséquences défavorables.

Le cadre d'analyse utilisé dans cette revue s'articule autour des trois fonctions essentielles du financement des soins de santé : la collecte des fonds, la mise en commun des risques et l'achat. Ce cadre d'analyse peut être utilisé par un pays qui souhaite évaluer ou modifier son système existant ou qui souhaite le remplacer ou le compléter à l'aide d'un nouveau système. La première étape consiste à définir clairement les objectifs attendus du système de santé. L'étape suivante consiste à choisir les mécanismes pour la collecte des revenus, la mise en commun des risques

et l'achat de services de santé qui faciliteront au mieux l'atteinte de ces objectifs. Pour faire ces choix, il peut être utile d'examiner les résultats, positifs et négatifs, que d'autres pays ont obtenus lorsqu'ils ont mis en œuvre ces trois fonctions essentielles du financement des soins de santé. Le Tableau 2

présente certains aspects importants de l'expérience internationale en matière d'exécution des fonctions essentielles sous l'angle de la faisabilité, de l'équité, de l'efficacité et de la pérennité. Les exemples de « meilleures pratiques » pourraient être très instructifs, mais force est de déplorer que les « success stories » sont plutôt rares. En effet, la documentation des modalités de fonctionnement du financement des soins de santé dans les pays représente un véritable chantier de recherche pour l'avenir. Par exemple, deux pays, le Costa Rica et le Sri Lanka, se distinguent par leur réussite après la mise en place et le déploiement de ces fonctions. Ce rapport met en lumière certains des facteurs décisifs du succès. Cependant, une étude plus approfondie permettant de recenser des facteurs additionnels constituerait un exercice révélateur et utile.

En général, l'expérience internationale et la réflexion actuelle suggèrent quelques messages à retenir :

- Il convient de fournir tous les efforts nécessaires pour obtenir une couverture universelle des soins de santé – définie comme un système qui fournit des soins de santé *adéquats* à tous les citoyens à un coût accessible.
- Un mécanisme de financement des soins de santé devrait fournir une protection financière suffisante de telle sorte qu'aucun ménage ne s'appauvrisse en raison du recours aux services de santé. Une telle protection comprend l'intégration d'un plan de partage des risques dans le mécanisme de financement des soins de santé, dans le cadre duquel les dépenses de soins de santé imprévues ne sont pas supportées uniquement par un individu ou un ménage.

Ce cadre d'analyse peut être utilisé par un pays qui souhaite évaluer ou modifier son système existant ou qui souhaite le remplacer ou le compléter à l'aide d'un nouveau système.

Un mécanisme de financement des soins de santé devrait fournir une protection financière suffisante de telle sorte qu'aucun ménage ne s'appauvrisse en raison du recours aux services de santé. Une telle protection comprend l'intégration d'un plan de partage des risques dans le mécanisme de financement des soins de santé.

- Ces deux premiers objectifs nécessitent d'importantes subventions croisées au sein du système de santé, tant en termes de revenus (subventions croisées des riches vers les pauvres) que de risques de besoins de soins de santé (subventions croisées des personnes en bonne santé, ou à faible risque, vers les personnes malades, ou à haut risque).
- Les subventions croisées devraient être adoptées à l'échelle du système entier et se concentrer non seulement sur qui contribue au financement du système des soins de santé et à quelle hauteur, mais aussi sur les modalités de mise en commun des fonds et sur la manière et les types de services qui sont achetés pour leurs bénéficiaires.
- Une approche de subventions croisées à l'échelle du système signifie qu'un mécanisme de financement des soins de santé ne doit pas être considéré isolément mais plutôt par rapport à la façon dont il contribue aux subventions croisées dans l'ensemble du système de santé.
- L'intégration des mécanismes de financement devrait recevoir de plus en plus d'attention car leur fragmentation réduit les possibilités de subventions croisées. Le financement

Les subventions croisées devraient être adoptées à l'échelle du système entier et se concentrer non seulement sur qui contribue au financement du système des soins de santé et à quelle hauteur, mais également sur les modalités de mise en commun des fonds et sur la manière et les types de services qui sont achetés pour leurs bénéficiaires.

des soins de santé présente un défi de taille dans les pays à faibles et moyens revenus. Toutefois, malgré des ressources économiques limitées, un petit nombre de pays est parvenu à améliorer substantiellement l'état de santé des populations. Ces pays y sont arrivés grâce à des mécanismes innovants de financement et de prestation de services de santé ainsi que grâce à d'autres interventions qui ont affecté

le secteur de la santé sans l'avoir visé en premier lieu. Il est évident qu'un pays dispose d'une grande marge de manœuvre pour améliorer son système de financement des soins de santé et le rendre viable, équitable, efficient et pérenne. Pour cela, ce pays devra évaluer avec attention les trois fonctions essentielles du financement des soins de santé, à savoir la collecte des revenus, la mise en commun des risques et l'achat. Il devra également se baser sur l'expérience d'autres pays à faibles et moyens revenus qui se sont engagés avec succès dans la même voie, en l'adaptant si nécessaire.

Tableau 2 : Résumé des principaux points liés au financement des soins de santé

Fonctions	Critères	Equité	Efficience	Pérennité	Faisabilité
Collecte des revenus					
<i>Sources de financement</i>	<ul style="list-style-type: none"> Certaines entreprises et certains individus devront être exemptés de la cotisation aux fonds pour la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les paiements directs sont le mécanisme le plus dégressif (ou le moins progressif) et ils créent des inégalités dans l'utilisation des services de santé. L'impôt général est souvent progressif. L'impôt direct sur le revenu est progressif mais les impôts indirects (comme la TVA) sont souvent dégressifs. L'assurance privée volontaire est souvent dégressive mais elle peut être progressive dans les pays à faibles et moyens revenus, bien qu'elle ne bénéficie qu'aux groupes à revenus élevés. L'assurance obligatoire peut être plus ou moins progressive, selon sa structure de participation. Si la couverture n'est pas universelle, elle ne profite qu'à ceux qui ont cotisé. La progressivité de l'assurance maladie peut être améliorée: en ajustant les cotisations en fonction des revenus plutôt qu'en utilisant une cotisation forfaitaire; en empêchant la mise en place d'un plafond maximum de cotisation à un niveau de revenu trop bas; et, dans le cas de l'assurance obligatoire, en excluant ou en minimisant les possibilités de sortir du système. 	<ul style="list-style-type: none"> Il est plus facile et moins coûteux de collecter des revenus auprès des employés et des entreprises du secteur formel que du secteur informel. Les paiements directs et les RABC génèrent des revenus en quantité limitée. Parmi les stratégies d'espace budgétaire on compte: l'amélioration de la collecte des impôts, la limitation des déductions fiscales pour les cotisations à l'assurance privée, les allègements de la dette et une plus grande allocation des ressources gouvernementales à la santé. L'assurance peut générer plus de revenus que l'impôt car la population est plus disposée à payer une cotisation à une entité qui leur offrira des bénéfices directs. Les coûts administratifs élevés de l'assurance réduisent les revenus nets disponibles pour les services de santé. Les dons apportent plus de ressources que les prêts, ces derniers étant accordés avec intérêt. Les SWAP et l'ABG responsabilisent davantage et ils améliorent l'efficience allocative et administrative. On peut se demander si une juste part de l'ABG va au secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Il faut trouver un bon équilibre entre les sources d'origine interne et externe. Les cadres des dépenses à moyen terme permettent plus de prévisibilité et de stabilité dans les dépenses de santé du gouvernement. Les taux de croissance de l'économie et de l'emploi dans le secteur formel ont une influence sur les possibilités d'augmenter, avec le temps, les impôts et les revenus de l'assurance. Le financement des bailleurs peut être imprévisible (contrairement aux dons) ne sont pas soutenables sur le long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> Il faut trouver un bon équilibre entre les revenus collectés auprès des entreprises et ceux collectés auprès des individus ou des ménages. La volonté à payer des impôts dédiés au secteur de la santé sera plus forte que l'acceptation d'une hausse du taux d'imposition générale ou de nouveaux impôts. Les individus sont plus disposés à cotiser à l'assurance maladie, compte tenu de son lien direct avec les services de santé offerts, qu'à payer un impôt. L'assurance peut se heurter à l'opposition des entreprises et des syndicats si elle est perçue comme un facteur d'augmentation des coûts du travail mais pas si elle est perçue comme un moyen de renforcer l'épargne pour les soins de santé. Les prêts des bailleurs de fonds peuvent alimenter des oppositions du fait des conditions qui y sont rattachées ou de la crainte que les bailleurs ne tentent d'influencer la politique de santé. L'organisme de collecte peut rencontrer des résistances si l'on considère qu'il n'agit pas dans l'intérêt des cotisants.
<i>Couverture et composition des plans de partage des risques</i>		<ul style="list-style-type: none"> Les intérêts et objectifs de l'organisme (intérêt public, recherche de profit, etc.) peuvent influencer ceux qui seront ciblés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les niveaux d'imposition et les revenus de l'assurance sont affectés par la confiance et le respect qui sont accordés au gouvernement ou à l'organisme d'assurance. 	<ul style="list-style-type: none"> L'organisme de collecte doit être digne de confiance, responsable et non corrompu. 	

Diane McIntyre 2007

Résumé des principaux points liés au financement des soins de santé

Fonctions	Critères	Équité	Efficace	Pérennité	Faisabilité
Mise en commun des risques					
<i>Couverture et composition des plans de partage des risques</i>	<ul style="list-style-type: none"> Les paiements directs et les comptes d'épargne santé ne permettent pas de mettre en commun les risques. Plus le taux de couverture de la population est élevé, plus il est possible de faire des subventions croisées en fonction des revenus ou des risques. En l'absence de mécanisme d'égalisation des risques, les systèmes à plusieurs niveaux, qui ont des mécanismes de mise en commun différents selon les groupes socio-économiques, limitent les possibilités de subventions croisées en fonction des revenus ou des risques. La possibilité de sortir du système réduit le potentiel pour les subventions croisées. Le gouvernement devrait cibler avec précision les groupes vulnérables lorsqu'il veut élargir la couverture de l'assurance en subventionnant les cotisations ou lorsqu'il veut améliorer l'accès aux services de santé financés par l'impôt en accordant des exemptions de participation financière. 	<ul style="list-style-type: none"> La sélection adverse ou l'écrémage peuvent réduire l'efficacité allocative de l'ensemble du système de santé. Les coûts administratifs augmentent lorsque l'on veut élargir la couverture au-delà des bénéficiaires auprès de qui les cotisations sont faciles à collecter. 	<ul style="list-style-type: none"> De très petits plans de partage des risques, particulièrement dans les RABC, peuvent ne pas être pérennes, même si la réassurance peut parvenir à minimiser ce problème. 	<ul style="list-style-type: none"> L'unification des plans de partage des risques qui étaient fragmentés ou l'introduction d'un plan de partage des risques unique peut se heurter à une forte opposition si d'importantes subventions croisées basées sur les revenus sont requises et/ou si les bénéfices sont limités. 	
<i>Mécanismes d'allocation</i>	<ul style="list-style-type: none"> Une formule basée sur les besoins permet de promouvoir l'équité lors de l'allocation des recettes fiscales mais les ressources non fiscales doivent être prises en compte lors de l'évaluation des besoins. L'égalisation des risques entre régimes d'assurance favorise les subventions croisées. 	<ul style="list-style-type: none"> L'égalisation des risques entre régimes d'assurance peut améliorer l'efficacité technique et allocative mais elle peut également engendrer des coûts administratifs élevés. 	<ul style="list-style-type: none"> La mise en œuvre trop rapide d'une formule d'allocation des ressources basée sur les besoins ou d'un mécanisme d'égalisation des risques peut, à certains égards, menacer la pérennité du système de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> L'allocation des recettes fiscales en fonction des besoins des différentes zones géographiques et l'égalisation des risques entre différents régimes d'assurance peuvent se heurter à de fortes résistances. 	
Achat					
<i>Paquet de services offerts</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le paquet de services offerts détermine l'étendue des subventions croisées car elles sont limitées aux services inclus dans le paquet. Le paquet de services offerts a un impact sur le degré de protection financière accordé aux ménages. Les co-paiements limitent l'accès équitable aux soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Le paquet de services offerts peut avoir un impact négatif sur l'efficacité allocative s'il ne couvre pas les services dont la majorité des bénéficiaires ont besoin et qui sont coût-efficaces. Les « gate-keepers » au niveau des structures de santé primaire permettent d'améliorer l'efficacité technique. 	<ul style="list-style-type: none"> Le paquet de services offerts doit être défini en fonction des ressources disponibles et de manière à maîtriser les dépenses. Un compromis doit être trouvé entre la <i>largeur</i> et l'<i>étendue</i> de la couverture (voir Glossaire). 	<ul style="list-style-type: none"> La faisabilité dépend de la conformité du paquet de services offerts aux préférences des bénéficiaires. 	
<i>Mécanismes de paiement des prestataires</i>	<ul style="list-style-type: none"> Certains mécanismes de paiement peuvent encourager les prestataires à se focaliser sur les personnes riches et en bonne santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Le mécanisme de paiement peut avoir un fort impact sur l'efficacité technique. De grands acheteurs peu nombreux peuvent négocier plus efficacement avec les prestataires. 	<ul style="list-style-type: none"> Le choix du mécanisme de paiement peut influencer la prévisibilité des dépenses et la capacité à contenir les coûts. 	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires vont s'opposer aux mécanismes qui limiteront leurs revenus. 	

Appendice A : Protection financière des pauvres

Cet appendice présente un résumé rapide de l'expérience internationale en matière de conception de régimes d'exemptions (Bitrán et Giedion, 2003 ; Ensor, 2004 ; Garshong et al., 2002 ; Gilson, 1998 ; Gilson et al., 1995 ; Gilson et al., 1998 ; Newbrander et al., 2000 ; Nyonator et Kutzin, 1999). Cet appendice s'intéresse essentiellement aux exemptions de participation financière des usagers destinées aux individus vulnérables. Toutefois, la plupart des aspects qui seront développés ici peuvent s'appliquer à la subvention partielle ou totale de la cotisation au régime d'assurance maladie à base communautaire ou au régime obligatoire pour les groupes vulnérables. Cet appendice offre également des pistes pour l'identification de ces groupes vulnérables.

Qui doit bénéficier des exemptions ?

Tout le monde s'accorde sur le fait que les groupes les plus vulnérables doivent être à l'abri des dépenses de santé. Bien que « les pauvres » soient souvent ceux qui sont ciblés, l'identification des pauvres par l'évaluation des moyens est une méthode à la fois très longue et administrativement coûteuse. De ce fait, de nombreux pays ciblent leurs exemptions par rapport à des caractéristiques démographiques telles que les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les personnes âgées, etc. ou sur la base de problèmes de santé, comme les maladies diarrhéiques, qui affectent principalement les pauvres. Toutefois, ces catégorisations ont des limites : par exemple, les jeunes enfants des ménages riches peuvent faire partie des bénéficiaires alors que les individus réellement pauvres qui n'appartiennent à aucune de ces catégories démographiques ou de maladie peuvent ne pas en faire partie. Si le ciblage des individus est trop difficile, il peut être plus pertinent d'identifier de petites zones géographiques, comme les villages ou les sous-districts, où l'on estime qu'il y a une très forte concentration de résidents pauvres, et d'exempter tous les résidents du paiement pour les services de santé ou bien de subventionner totalement toutes les cotisations à l'assurance maladie.

Quand faut-il déterminer l'éligibilité d'un individu à l'exemption de la cotisation à l'assurance ?

La plupart des pays déterminent l'éligibilité à l'exemption de la participation financière quand l'individu se présente dans la structure sanitaire. Cependant, de plus en plus de pays le font au niveau de la communauté avant que les individus ou les ménages n'aient réellement recours aux services de santé. En Colombie par exemple, les municipalités font des enquêtes au sein de leurs communautés pour identifier les pauvres. En Thaïlande, les pauvres doivent déposer une demande au comité de village, et ce, à n'importe quel moment.

Quand l'éligibilité à l'exemption a été déterminée au niveau communautaire, un dispositif doit permettre aux travailleurs de santé d'identifier ceux qui ont été jugés éligibles aux exemptions. Une carte peut être donnée à cette personne (comme dans le régime LI Card en Thaïlande) mais ce système peut se révéler coûteux, notamment lorsque la carte comporte une photo de la personne éligible afin d'empêcher les personnes non éligibles d'utiliser cette carte. La structure de santé locale peut également se voir remettre une liste des personnes éligibles à qui l'on demande d'apporter un document permettant de les identifier par photo lorsqu'elles ont recours aux soins de santé. Quand la structure de santé est située dans une petite communauté, notamment quand le personnel fait des visites à domicile, l'identification par photo n'est pas nécessaire.

L'éligibilité est de plus en plus déterminée à l'avance au niveau communautaire, ce qui améliore l'accès aux services de santé et accroît leur utilisation : en effet, les pauvres qui sont éligibles

sont sûrs qu'ils recevront des soins gratuits s'ils en ont besoin. En revanche, si l'éligibilité n'est déterminée que lorsque les patients se rendent dans une structure de santé, les bénéficiaires potentiels peuvent être découragés d'avoir recours aux soins puisqu'ils ne sont pas sûrs de bénéficier de l'exemption. La stigmatisation de la pauvreté peut également décourager les pauvres d'avoir recours aux services de santé quand l'éligibilité est déterminée dans la structure de santé, notamment si cela est fait en présence d'autres patients (comme au Cambodge).

L'identification préalable des individus les plus vulnérables est aussi utile pour déterminer ceux dont la cotisation à l'assurance maladie doit être subventionnée. Les pauvres sont identifiés au préalable, sont affiliés au régime d'assurance et reçoivent une carte d'adhérent à l'assurance maladie : leur cotisation est alors totalement ou partiellement payée à partir des recettes fiscales générales ou des ressources des bailleurs. Etant donné les nombreux obstacles à l'utilisation des services de santé par les pauvres et afin de stimuler la demande de services de santé parmi eux, il existe un large consensus en faveur d'une identification proactive des bénéficiaires de l'exemption. De nombreux pays envisagent aussi de mettre en place ou appliquent déjà des régimes de bons. Les ménages pauvres reçoivent ainsi un bon sur lequel figure une valeur monétaire et qui peut être utilisé dans les structures de santé pour payer des soins. Il s'agit là d'un autre moyen d'identifier ceux qui ont été jugés éligibles à la gratuité des soins et de garantir que les pauvres ne paieront pas les soins de santé dont ils ont besoin. Les bons sont souvent utilisés si l'objectif est de favoriser l'accès à différents prestataires de santé, qu'ils soient publics ou privés. Les mécanismes d'exemption standards ne sont en revanche utilisés que dans le secteur public.

La durée de l'exemption affecte également le moment où l'éligibilité à l'exemption est déterminée. Les caractéristiques socio-économiques des individus peuvent changer avec le temps, certains atteignant un niveau de vie supérieur, d'autres s'enfonçant dans la pauvreté. Pour cette raison, il n'est pas recommandé d'accorder une exemption permanente en cas de pauvreté. Toutefois, plus la durée de l'exemption est courte, plus il faudra la renouveler fréquemment et plus les coûts administratifs seront élevés. Selon les leçons tirées de l'expérience internationale, l'éligibilité à l'exemption doit durer un an ou deux. Dans certains pays, comme en Thaïlande avec le régime LI Card, la période de validité est de trois ans.

Qui doit déterminer l'éligibilité à l'exemption ?

La question de savoir qui doit décider de l'éligibilité est fortement liée à la question de savoir quand et où cette éligibilité doit être déterminée. Si l'éligibilité est déterminée lorsqu'un patient se présente dans une structure sanitaire, elle sera probablement déterminée par un employé de la structure. Dans les structures de soins de santé primaire, il s'agira souvent d'un travailleur de santé. Dans un grand hôpital, un travailleur social employé par l'hôpital pourra en être chargé. On observe toutefois que ceux qui n'ont actuellement pas accès aux services de santé du fait de leur incapacité à payer « sont difficilement identifiables par les seuls travailleurs de santé » (Adams, 2002). Ceci est d'autant plus valable lorsque les recettes issues de la participation financière des usagers sont gardées au niveau de la structure sanitaire et lorsque cette structure dépend de ces recettes pour assurer des services de qualité et garantir la disponibilité des médicaments les plus utilisés. Il est ainsi évident que les prestataires de santé sont incités à minimiser le nombre d'exemptions accordées.

Au niveau communautaire, les personnes éligibles à l'exemption sont généralement identifiées par un comité constitué de représentants de la communauté. Des problèmes apparaissent lorsque la décision d'accorder ou de retirer une exemption est prise par quelques leaders locaux puissants qui peuvent abuser de leur pouvoir pour accorder des exemptions à leurs proches, à leurs amis ou à leurs supporters politiques qui ne sont pas pauvres. Il est donc indispensable de

désigner des personnes qui sont respectées et dignes de confiance pour appartenir au comité des représentants de la communauté. De plus, des directives précises sur la manière de déterminer l'éligibilité doivent leur être données. La même approche sera adoptée pour identifier les ménages qui sont éligibles à la subvention totale ou partielle de leur assurance maladie.

A l'échelle internationale, on observe souvent que les régimes d'exemption qui fonctionnent bien combinent les approches présentées ci-dessus. Un travailleur social ou un travailleur de santé qui fait de la stratégie avancée peut aider à identifier les candidats potentiels, mais la décision finale doit être prise par un comité constitué de membres de la communauté, d'un ou de plusieurs leaders respectés du gouvernement local et d'un représentant de la structure de santé locale.

Comment déterminer l'éligibilité ?

Certains pays, comme le Zimbabwe, utilisent encore un test d'évaluation des moyens dans des limites de revenus prédéterminées. La plupart des pays utilisent cependant des indicateurs proxy de la pauvreté plus facilement mesurables et vérifiables tels que :

- Le logement, y compris le type de matériau de construction, la taille de la maison, le nombre de pièces, etc. ;
- Le nombre de personnes dans le ménage et le nombre de personnes à charge ;
- Le niveau d'éducation des adultes dans le ménage ;
- La possession de biens comme les véhicules, le bétail et autres biens durables ;
- L'occupation ou l'emploi ;
- Les indicateurs de vulnérabilité comme le fait d'être une femme, un enfant ou une personne âgée chef de ménage, l'appartenance à une minorité, l'incapacité à satisfaire les besoins alimentaires du ménage, etc.

Pour assurer une certaine cohérence géographique dans les niveaux d'exemption accordés, de nombreux pays jugent nécessaire de donner des directives nationales ou régionales sur la manière de déterminer l'éligibilité à l'exemption. Ces directives comprennent, entre autres, une série de questions relatives aux indicateurs proxy de la pauvreté. Toutefois, des apports locaux sont recommandés car la communauté et les leaders locaux savent mieux à quoi ressemble la pauvreté dans leur communauté. Ainsi, certains indicateurs, comme la possession de bétail, peuvent ne pas être pertinents dans une communauté donnée.

Comment financer les exemptions ?

Il existe un large consensus sur le fait que les stratégies d'exemption échoueront sans un financement adéquat pour rembourser la « perte » de revenu des structures qui ont fourni des services aux bénéficiaires de l'exemption. Très souvent, les structures sanitaires conservent les recettes issues de la participation financière des usagers et les utilisent pour fournir des services adaptés. Si les pertes de revenu dues aux exemptions ne sont pas remboursées, les structures sanitaires limiteront ou arrêteront de fournir des services à ceux qui sont éligibles aux exemptions. Il en est de même pour la subvention de l'adhésion à l'assurance maladie : si les cotisations ne sont pas payées aux régimes d'assurance par une sorte de fonds de subvention, ils n'assureront pas la couverture des pauvres. Le paquet d'exemptions et le nombre de ménages dont l'adhésion à l'assurance est subventionnée doivent parfaitement concorder avec la disponibilité des ressources du gouvernement (et des bailleurs de fonds). Il est donc indispensable d'obtenir des informations précises pour déterminer le coût des exemptions, comme le nombre de personnes qui seront éligibles aux exemptions (ou à la subvention de l'adhésion à l'assurance), l'utilisation estimée des services par les patients exemptés et le niveau des honoraires (ou les taux de cotisation pour les membres de l'assurance). Ces informations peuvent servir à définir

le montant requis pour les exemptions et à estimer le nombre de personnes qui peuvent être exemptées et/ou les services qui doivent être fournis aux membres exemptés. Les exemptions peuvent être financées de différentes manières. Dans certains cas, les honoraires demandés aux patients non exemptés sont surévalués pour subventionner les soins fournis aux personnes exemptées. De même, les taux de l'assurance maladie peuvent être relevés pour subventionner l'adhésion des pauvres. Toutefois, il sera difficile de générer suffisamment de ressources en utilisant cette approche dans les pays où le niveau de pauvreté globale est élevé. Dans la grande majorité des pays, les ressources du gouvernement, parfois combinées avec les ressources des bailleurs issues du « pot commun » (plusieurs bailleurs mettent en commun leurs ressources avec celles du gouvernement) sont utilisées comme la première, si ce n'est comme la seule, source de remboursement des exemptions et des subventions pour les cotisations à l'assurance. Du point de vue de l'équité, ce financement est vital. En effet, les zones géographiques qui ont les niveaux de pauvreté les plus élevés et qui ont le plus besoin des exemptions et des subventions d'assurance sont aussi les zones qui sont le moins capables de générer des revenus pour payer les honoraires ou les cotisations d'assurance.

Pour favoriser l'accès équitable aux services de santé et garantir une distribution équitable des exemptions ou des subventions de l'adhésion à l'assurance entre districts/municipalités, il peut être utile d'allouer les ressources du gouvernement (et des bailleurs) destinées aux exemptions sur la base des besoins des districts/municipalités, c'est-à-dire en fonction du niveau de pauvreté locale. Ce mécanisme permettra de réduire les inégalités de revenus issus des honoraires ou des cotisations d'assurance entre districts ou entre municipalités. De plus, les comités locaux seront capables de déterminer, dans les limites du budget disponible pour le remboursement, combien de personnes ou de ménages peuvent être exemptés ou recevoir une subvention d'assurance. Les comités locaux pourront ainsi accorder les exemptions ou les subventions pour la cotisation à l'assurance en priorité à ceux qui en ont le plus besoin.

Quelles sont les clés pour réussir la mise en œuvre d'une politique d'exemption ?

Il est indispensable que le personnel de santé, les gestionnaires de la structure sanitaire et la population générale soient très bien informés sur la politique d'exemption. Les travailleurs de santé opposent souvent une résistance à la mise en œuvre des exemptions, même si la « perte » de revenu est remboursée. Il est donc important d'expliquer le fondement et l'importance de cette politique, surtout s'il faut éviter des discriminations à l'encontre des patients exemptés. La subvention de l'adhésion à l'assurance présente un avantage sur l'exemption du paiement des usagers car les bénéficiaires ont moins de chances d'être discriminés par les prestataires de santé. Un patient qui bénéficie de l'exemption du paiement des honoraires est facilement identifiable (lorsqu'il montre sa carte d'exemption ou lorsqu'il demande une exemption dans la structure de la santé), alors que le patient dont l'adhésion à l'assurance a été subventionnée apportera sa carte d'adhérent (ou figurera sur une liste dans la structure de santé) qui n'est pas différente de celle d'une personne qui a payé la totalité de sa cotisation. Les personnes éligibles à l'exemption ou à la subvention de l'adhésion à l'assurance devraient être tenues informées de leurs droits. L'information auprès de la population générale permet également de rendre les membres du comité de détermination de l'éligibilité plus responsables vis-à-vis de la communauté.

Enfin, l'expérience internationale nous apprend que les mécanismes d'exemption qui ont fonctionné ont inclus, dès le début, des stratégies de suivi et d'évaluation. Les informations données par le suivi et l'évaluation sont utilisées pour améliorer le mécanisme d'exemption, assurer une couverture maximale des pauvres et réduire les « fuites » vers ceux qui ne sont pas éligibles.

Appendice B: Principaux indicateurs macroéconomiques, sanitaires et de dépenses de santé

Pays	IDH (2003)	PIB par habitant en PPP (US\$ 2003)	Croissance annuelle du PIB par habitant (1990-2003)	Coefficient de Gini	Population urbaine en % de la population totale (2003)	Espérance de vie à la naissance (2003)	Taux de mortalité infantile pour 1'000 naissances vivantes (2003)	Dépenses de santé en % des dépenses totales du gouvernement (2002)	Dépenses de santé par habitant en PPP (US\$ 2002)	Dépenses privées de santé en % du PIB (2002)	Part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé (%) (2002)	Dépenses publiques de santé en % du PIB (2002)	Service de la dette en % du PIB (2003)	Dépenses militaires en % du PIB (2003)
Pays à revenus élevés														
Luxembourg	0.949	62 298	3.6	..	91.8	78.5	5	14.8	3066	0.9	0	5.3	..	0.9
Irlande	0.946	37 738	6.7	35.9	59.9	77.7	6	16.3	2367	1.8	0	5.5	..	0.7
Norvège	0.963	37 670	2.9	25.8	78.6	79.4	3	17.4	3409	1.6	0	8.0	..	2.0
Etats-Unis	0.944	37 562	2.1	40.8	80.1	77.4	7	18.2	5274	8.0	0	6.6	..	3.8
Danemark	0.941	31 465	1.9	24.7	85.4	77.2	3	13.2	2583	1.5	0	7.3	..	1.5
Islande	0.956	31 243	2.1	..	92.8	80.7	3	18.2	2802	1.6	0	8.3	..	0.0
Canada	0.949	30 677	2.3	33.1	80.4	80.0	5	16.1	2931	2.9	0	6.7	..	1.2
Suisse	0.947	30 552	0.5	33.1	67.6	80.5	4	18.2	3446	4.7	0	6.5	..	1.0
Autriche	0.936	30 094	1.8	30.0	65.8	79.0	4	10	2220	2.3	0	5.4	..	0.8
Australie	0.955	29 632	2.6	35.2	91.9	80.3	6	17.7	2699	3.0	0	6.5	..	1.9
Pays-Bas	0.943	29 371	2.1	30.9	65.8	78.4	5	12	2564	3.0	0	5.8	..	1.6
Belgique	0.945	28 335	1.8	25.0	97.2	78.9	4	12.5	2515	2.6	0	6.5	..	1.3
Japon	0.943	27 967	1.0	24.9	65.5	82.0	3	16.8	2133	1.4	0	6.5	..	1.0
Allemagne	0.930	27 756	1.3	28.3	88.1	78.7	4	17.6	2817	2.3	0	8.6	..	1.4
France	0.938	27 677	1.6	32.7	76.3	79.5	4	13.8	2736	2.3	0	7.4	..	2.6
Finlande	0.941	27 619	2.5	26.9	61.0	78.5	4	11	1943	1.8	0	5.5	..	1.2
Hong Kong, Chine	0.916	27 179	2.1	43.4	100.0	81.6	..	..	..	..	..	..	..	..
Royaume-Uni	0.939	27 147	2.5	36.0	89.1	78.4	5	15.4	2160	1.3	0	6.4	..	2.8
Italie	0.934	27 119	1.5	36.0	67.4	80.1	4	13.1	2166	2.1	0	6.4	..	1.9
Suède	0.949	26 750	2.0	25.0	83.4	80.2	3	13.4	2512	1.4	0	7.8	..	1.8
Singapour	0.907	24 481	3.5	42.5	100.0	78.7	3	6.6	1105	3.0	0	1.3	..	5.2
Nouvelle Zélande	0.933	22 582	2.1	36.2	85.9	79.1	5	17.3	1857	1.9	0	6.6	..	1.1
Emirats Arabes Unis	0.849	22 420	-2.1	..	85.1	78.0	7	7.8	750	0.8	0	2.3	..	3.1
Espagne	0.928	22 391	2.4	32.5	76.5	79.5	4	13.4	1640	2.2	0	5.4	..	1.2
Israël	0.915	20 033	1.6	35.5	91.6	79.7	5	11.4	1890	3.1	4.9	6.0	..	9.1
Grèce	0.912	19 954	2.1	35.4	60.9	78.3	4	10.1	1814	4.5	n/a	5.0	..	4.1
Qatar	0.849	19 844	..	..	92.0	72.8	11	6.8	894	0.7	0	2.4	..	..
Guinée équatoriale	0.655	19 780	16.8	..	48.0	43.3	97	8.8	139	0.5	3.6	1.3	0.3	..
Brunei Darussalam	0.866	19 210	..	..	76.1	76.4	5	4.7	653	0.8	n/a	2.7	..	..

Pays	IDH (2003)	PIB par habitant en PPP (US\$ 2003)	Croissance annuelle du PIB par habitant (1990-2003)	Coefficient de Gini	Population urbaine en % de la population totale (2003)	Espérance de vie à la naissance (2003)	Taux de mortalité infantile pour 1'000 naissances vivantes (2003)	Dépenses de santé en % des dépenses totales du gouvernement (2002)	Dépenses de santé par habitant en PPP (US\$ 2002)	Dépenses privées de santé en % du PIB (2002)	Part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé (%) (2002)	Dépenses publiques de santé en % du PIB (2002)	Service de la dette en % du PIB (2003)	Dépenses militaires en % du PIB (2003)
Slovénie	0.904	19 150	3.1	28.4	50.8	76.4	4	14	1547	2.1	0.1	6.2	..	1.5
Chypre	0.891	18 776	3.2	..	69.2	78.6	4	6.8	883	4.1	2.6	2.9	..	1.5
Portugal	0.904	18 126	2.2	38.5	54.6	77.2	4	14.3	1702	2.7	0	6.6	..	2.1
Koweït	0.844	18 047	-2.3	..	96.2	76.9	8	6.6	552	0.9	0	2.9	..	9.0
Corée, République de	0.901	17 971	4.6	31.6	80.3	77.0	5	10.7	982	2.4	0	2.6	..	2.5
Malte	0.867	17 633	3.3	..	91.6	78.4	5	15.3	965	2.7	0	7.0	..	0.8
Bahreïn	0.846	17 479	1.5	..	90.0	74.3	12	8.7	792	1.2	0	3.2	..	5.1
Bahamas	0.832	17 159	0.3	..	89.4	69.7	11	14.6	1074	3.5	0.2	3.4	..	..
Pays à revenus moyens														
République tchèque	0.874	16 357	1.5	25.4	74.3	75.6	4	13.9	1118	0.6	0	6.4	6.1	2.2
Barbade	0.878	15 720	1.4	..	51.7	75.0	11	12.3	1018	2.2	4.2	4.7	3.2	..
Hongrie	0.862	14 584	2.6	26.9	65.2	72.7	7	10.4	1078	2.3	0	5.5	18.3	1.8
Oman	0.781	13 584	0.9	..	77.6	74.1	10	7.2	379	0.6	0	2.8	0.0	12.2
Estonie	0.853	13 539	3.3	37.2	69.5	71.3	8	10.6	604	1.2	0	3.9	13.4	1.9
Slovaquie	0.849	13 494	2.4	25.8	57.5	74.0	7	11.5	723	0.6	0	5.3	10.7	1.9
Arabie Saoudite	0.772	13 226	-0.6	..	87.6	71.8	22	10.6	534	1.0	0	3.3	..	8.7
Saint-Christophe et Niévès	0.834	12 404	3.1	..	32.2	70.0	19	9.7	667	2.1	4.8	3.4	12.6	..
Argentine	0.863	12 106	1.3	52.2	90.1	74.5	17	15.2	956	4.4	0.3	4.5	10.8	1.2
Lituanie	0.852	11 702	0.5	31.9	66.8	72.3	8	14.2	549	1.6	1.5	4.3	36.4	1.6
Pologne	0.858	11 379	4.2	34.1	61.9	74.3	6	10.2	657	1.7	0	4.4	9.1	2.0
Maurice	0.791	11 287	4.0	..	43.3	72.2	16	9.4	317	0.7	1.4	2.2	4.5	0.2
Croatie	0.841	11 080	2.1	29.0	59.0	75.0	6	13.2	630	1.4	1	5.9	11.8	2.1
Trinitad et Tobago	0.801	10 766	3.2	40.3	75.4	69.9	17	5.7	428	2.3	6.6	1.4	2.4	..
Afrique du Sud	0.658	10 346	0.1	57.8	56.9	48.4	53	11.6	689	5.2	0.4	3.5	2.7	1.6
Antigua et Barbuda	0.797	10 294	1.6	..	37.8	73.9	11	10	527	1.5	1.1	3.3	..	..
Chili	0.854	10 274	4.1	57.1	87.0	77.9	8	11.8	642	3.2	0	2.6	11.7	3.5
Lettonie	0.836	10 270	2.2	33.6	66.3	71.6	10	9.3	477	1.8	0.4	3.3	8.4	1.7
Seychelles	0.821	10 232	2.2	..	50.0	72.7	11	7	557	1.3	0.5	3.9	11.0	1.7
Costa Rica	0.838	9606	2.6	46.5	60.6	78.2	8	22.2	743	3.2	1.6	6.1	4.8	0.0
Malaisie	0.796	9512	3.4	49.2	63.8	73.2	7	6.6	349	1.8	0	2.0	9.1	2.8

Pays	IDH (2003)	PIB par habitant en PPP (US\$ 2003)	Croissance annuelle du PIB par habitant (1990-2003)	Coefficient de Gini	Population urbaine en % de la population totale (2003)	Espérance de vie à la naissance (2003)	Taux de mortalité infantile pour 1'000 naissances vivantes (2003)	Dépenses de santé en % des dépenses totales du gouvernement (2002)	Dépenses de santé par habitant en PPP (US\$ 2002)	Dépenses privées de santé en % du PIB (2002)	Part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé (%) (2002)	Dépenses publiques de santé en % du PIB (2002)	Service de la dette en % du PIB (2003)	Dépenses militaires en % du PIB (2003)
Fédération de Russie	0.795	9230	-1.5	31.0	73.3	65.3	16	9.6	535	2.7	0.2	3.5	4.4	4.3
Mexique	0.814	9168	1.4	54.6	75.5	75.1	23	11.6	550	3.4	0.8	2.7	6.5	0.5
Botswana	0.565	8714	2.7	63.0	51.6	36.3	82	6.4	387	2.3	3.4	3.7	0.7	4.1
Uruguay	0.840	8280	0.9	44.6	92.5	75.4	12	8	805	7.1	0.6	2.9	7.8	1.6
Grenade	0.787	7959	2.4	..	40.7	65.3	18	10.7	465	1.7	10.5	4.0	7.0	..
Brésil	0.792	7790	1.2	59.3	83.0	70.5	33	9.7	611	4.3	0.5	3.6	11.5	1.6
Bulgarie	0.808	7731	0.6	31.9	69.8	72.2	14	11.3	499	3.4	1.3	4.0	5.8	2.6
Thaïlande	0.778	7595	2.8	43.2	32.0	70.0	23	11.8	321	1.3	0.2	3.1	10.5	1.3
Roumanie	0.792	7277	0.6	30.3	54.6	71.3	18	10.5	469	2.1	3.7	4.2	6.4	2.4
Tunisie	0.753	7161	3.1	39.8	63.7	73.3	19	6.9	415	2.9	0.2	2.9	6.4	1.6
Iran, République islamique d'	0.736	6995	2.1	43.0	66.6	70.4	33	8	432	3.1	0.1	2.9	1.2	3.8
Tonga	0.810	6992	2.0	..	33.5	72.2	15	17.1	292	1.8	33.5	5.1	2.3	..
Belize	0.753	6950	2.2	..	48.4	71.9	33	5.3	300	2.7	8	2.5	13.6	..
Panama	0.804	6854	2.4	56.4	57.2	74.8	18	20.2	576	2.5	1	6.4	7.4	..
République dominicaine	0.749	6823	4.0	47.4	59.3	67.2	29	12.4	295	3.9	2	2.2	5.6	..
Macédoine, ARYM	0.797	6794	-0.7	28.2	59.6	73.8	10	14	..	..	1.8	..	5.2	2.5
Turquie	0.750	6772	1.3	40.0	66.3	68.7	33	12.1	420	2.2	0	4.3	11.7	4.9
Colombie	0.785	6702	0.4	57.6	76.4	72.4	18	19	536	1.4	0	6.7	10.7	4.4
Kazakhstan	0.761	6671	0.4	32.3	55.9	63.2	63	9	261	1.6	0.8	1.9	17.8	1.1
Gabon	0.635	6397	-0.4	..	83.7	54.5	60	10.7	248	2.5	0.7	1.8	6.2	..
Namibie	0.627	6180	0.9	70.7	32.4	48.3	48	11	331	2.0	4.3	4.7	..	2.8
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0.755	6123	1.8	..	58.2	71.1	23	10.7	340	2.0	0.1	3.9	3.9	..
Algérie	0.722	6107	0.6	35.3	58.8	71.1	35	9.6	182	1.1	0	3.2	6.5	3.3
Bélarus	0.786	6052	0.9	30.4	70.9	68.1	13	10.1	583	1.7	0.1	4.7	1.4	1.3
Bosnie-et-Herzégovine	0.786	5967	11.9	26.2	44.4	74.2	14	8.6	322	4.6	1.8	4.6	2.6	2.9
Turkménistan	0.738	5938	-1.3	40.8	45.4	62.4	79	12.7	182	1.3	0.5	3.0	..	..
Fidji	0.752	5880	1.8	..	51.7	67.8	16	8.3	240	1.5	5.7	2.7	1.4	1.6
Samoa occidentales	0.776	5854	2.4	..	22.3	70.2	19	24.5	238	1.5	18.3	4.7	4.9	..
Sainte-Lucie	0.772	5709	0.3	..	30.5	72.4	16	10.6	306	1.6	0.1	3.4	4.7	..
Ukraine	0.766	5491	-4.7	29.0	67.3	66.1	15	9.4	210	1.4	3.1	3.3	7.4	2.9

Pays	IDH (2003)	PIB par habitant en PPP (US\$ 2003)	Croissance annuelle du PIB par habitant (1990-2003)	Coefficient de Gini	Population urbaine en % de la population totale (2003)	Espérance de vie à la naissance (2003)	Taux de mortalité infantile pour 1'000 naissances vivantes (2003)	Dépenses de santé en % des dépenses totales du gouvernement (2002)	Dépenses de santé par habitant en PPP (US\$ 2002)	Dépenses privées de santé en % du PIB (2002)	Part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé (%) (2002)	Dépenses publiques de santé en % du PIB (2002)	Service de la dette en % du PIB (2003)	Dépenses militaires en % du PIB (2003)
Dominique	0.783	5448	1.2	..	72.0	75.6	12	11.9	310	1.8	0.5	4.6	6.5	..
Pérou	0.762	5260	2.1	49.8	73.9	70.0	26	12.1	226	2.2	4.6	2.2	4.2	1.3
Cap Vert	0.721	5214	3.3	..	55.9	70.4	26	11.1	193	1.2	15.2	3.8	2.7	0.7
Liban	0.759	5074	2.9	..	87.5	72.0	27	8.8	697	8.0	0.1	3.5	17.1	4.3
Chine	0.755	5003	8.5	44.7	38.6	71.6	30	9.4	261	3.8	0.1	2.0	2.6	2.3
Venezuela	0.772	4919	-1.5	49.1	87.6	72.9	18	7.8	272	2.6	0.1	2.3	10.4	1.3
Salvador	0.722	4781	2.1	53.2	59.4	70.9	32	22.8	372	4.4	0.7	3.6	3.7	0.7
Swaziland	0.498	4726	0.2	60.9	23.6	32.5	105	10.9	309	2.4	5.1	3.6	1.5	..
Paraguay	0.755	4684	-0.6	57.8	57.2	71.0	25	15	343	5.2	3.2	3.2	5.1	0.9
Albanie	0.780	4584	5.1	28.2	43.8	73.8	18	9	302	3.7	3.7	2.4	0.9	1.2
Philippines	0.758	4321	1.2	46.1	61.0	70.4	27	4.9	153	1.8	2.8	1.1	12.8	0.9
Jordanie	0.753	4320	0.9	36.4	79.1	71.3	23	9.9	418	5.0	3.4	4.3	11.7	8.9
Guyana	0.720	4230	3.6	..	37.6	63.1	52	12.2	227	1.3	2.6	4.3	7.8	..
Guatemala	0.663	4148	1.1	59.9	46.3	67.3	35	14.1	199	2.5	2.2	2.3	1.9	0.5
Jamaïque	0.738	4104	(.)	37.9	52.2	70.8	17	4.5	234	2.6	4.7	3.4	10.1	..
Maroc	0.631	4004	1.0	39.5	57.4	69.7	36	5.3	186	3.1	0.5	1.5	9.8	4.2
Egypte	0.659	3950	2.5	34.4	42.2	69.8	33	8.4	192	3.1	0.8	1.8	3.4	2.6
Sri Lanka	0.751	3778	3.3	33.2	21.1	74.0	13	6.4	131	1.9	1.9	1.8	3.3	2.7
Arménie	0.759	3671	2.8	37.9	64.5	71.5	30	5.3	232	4.5	22.2	1.3	3.4	2.7
Equateur	0.759	3641	0.1	43.7	61.8	74.3	24	9.7	197	3.1	1	1.7	8.9	2.4
Azerbaïdjan	0.729	3617	-2.6	36.5	50.1	66.9	75	2.9	120	2.9	1.9	0.8	3.4	1.9
République arabe syrienne	0.721	3576	1.4	..	50.2	73.3	16	6.5	109	2.8	0.3	2.3	1.6	7.1
Indonésie	0.697	3361	2.0	34.3	45.5	66.8	31	5.1	110	2.0	1.8	1.2	8.9	1.5
Nicaragua	0.690	3262	0.9	43.1	57.3	69.7	30	15.2	206	4.0	9.3	3.9	5.0	0.9
Vanuatu	0.659	2944	-0.3	..	22.9	68.6	31	12	121	1.0	18.3	2.8	0.7	..
Inde	0.602	2892	4.0	32.5	28.3	63.3	63	3.9	96	4.8	1.3	1.3	3.4	2.1
Honduras	0.667	2665	0.2	55.0	45.6	67.8	32	15.6	156	3.0	7.2	3.2	5.9	0.4
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0.523	2619	0.2	50.9	13.2	55.3	69	11.4	136	0.5	37.7	3.8	9.3	0.6
Géorgie	0.732	2588	-2.7	36.9	52.0	70.5	41	6.6	123	2.8	10.7	1.0	4.5	1.1
Bolivie	0.687	2587	1.3	44.7	63.4	64.1	53	11.6	179	2.8	7.4	4.2	5.4	1.7
Lesotho	0.497	2561	2.3	63.2	18.0	36.3	63	10.9	119	0.9	6.4	5.3	5.9	2.6

Pays	IDH (2003)	PIB par habitant en PPP (US\$ 2003)	Croissance annuelle du PIB par habitant (1990-2003)	Coefficient de Gini	Population urbaine en % de la population totale (2003)	Espérance de vie à la naissance (2003)	Taux de mortalité infantile pour 1'000 naissances vivantes (2003)	Dépenses de santé en % des dépenses totales du gouvernement (2002)	Dépenses de santé par habitant en PPP (US\$ 2002)	Dépenses privées de santé en % du PIB (2002)	Part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé (%) (2002)	Dépenses publiques de santé en % du PIB (2002)	Service de la dette en % du PIB (2003)	Dépenses militaires en % du PIB (2003)
Vietnam	0.704	2490	5.9	37.0	25.8	70.5	19	5.1	148	3.7	3.5	1.5	2.1	..
Zimbabwe	0.505	2443	-0.8	56.8	35.0	36.9	78	9.8	152	4.1	1.4	4.4	0.0	2.1
Angola	0.445	2344	0.4	..	35.7	40.8	154	4.1	92	2.9	8.3	2.1	10.1	4.7
Ghana	0.520	2238	1.8	40.8	45.4	56.8	59	5.4	73	3.3	14.4	2.3	6.3	0.7
Cameroun	0.497	2118	0.2	44.6	51.4	45.8	95	8.4	68	3.4	2.3	1.2	3.6	1.5
Djibouti	0.495	2086	-3.3	..	83.6	52.8	97	10.8	78	3.0	31.6	3.3	2.5	..
Cuba	0.817	..	3.5	..	75.7	77.3	6	11.2	236	1.0	0.2	6.5	..	..
Jamahiriya arabe libyenne	0.799	..	..	..	86.2	73.6	13	7.9	222	1.7	0	1.6	..	2.0
Surinam	0.755	..	0.9	..	76.0	69.1	30	10.4	385	5.0	7.3	3.6	..	..
Maldives	0.745	..	4.7	..	28.8	66.6	55	13.3	307	0.7	3.4	5.1	3.0	..
Pays à faibles revenus														
Guinée	0.466	2097	1.6	40.3	34.9	53.7	104	4.2	105	4.9	6.3	0.9	3.6	..
Pakistan	0.527	2097	1.1	33.0	34.1	63.0	81	3.1	62	2.1	2	1.1	3.7	4.4
Myanmar	0.578	..	5.7	..	29.5	60.2	76	2.3	30	1.8	1	0.4	0.0	..
Timor-Leste	0.513	..	..	..	7.7	55.5	87	8.6	195	3.5	45.8	6.2	..	..
Cambodge	0.571	2078	4.0	40.4	18.6	56.2	97	9.9	192	9.9	11.5	2.1	0.6	2.5
Bhoutan	0.536	1969	3.6	..	8.5	62.9	70	8.3	76	0.4	23.9	4.1	1.0	..
Soudan	0.512	1910	3.3	..	38.9	56.4	63	8.8	58	3.9	2.9	1.0	0.2	2.4
Gambie	0.470	1859	-0.1	47.5	26.2	55.7	90	12	83	4.0	18.5	3.3	5.0	0.5
Mongolie	0.679	1850	-2.5	30.3	56.8	64.0	56	11.5	128	2.0	12.8	4.6	22.6	..
Bangladesh	0.520	1770	3.1	31.8	24.3	62.8	46	5.4	54	2.3	12.9	0.8	1.3	1.2
Mauritanie	0.477	1766	1.6	39.0	61.7	52.7	120	9.2	54	1.0	2.5	2.9	5.0	1.6
République Démocratique Populaire du Laos	0.545	1759	3.7	37.0	20.7	54.7	82	7.6	49	1.4	9.5	1.5	2.3	..
Iles Salomon	0.594	1753	-2.5	..	16.5	62.3	19	13.2	83	0.3	40.9	4.5	3.7	..
Kyrgyzstan	0.702	1751	-2.4	34.8	34.0	66.8	59	8.7	117	2.1	9.9	2.2	7.1	2.9
Ouzbékistan	0.694	1744	-0.5	26.8	36.7	66.5	57	6.8	143	3.0	4.1	2.5	8.2	0.5
Haïti	0.475	1742	-2.8	..	37.5	51.6	76	23.8	83	4.6	15.6	3.0	1.8	..

Pays	IDH (2003)	PIB par habitant en PPP (US\$ 2003)	Croissance annuelle du PIB par habitant (1990-2003)	Coefficient de Gini	Population urbaine en % de la population totale (2003)	Espérance de vie à la naissance (2003)	Taux de mortalité infantile pour 1'000 naissances vivantes (2003)	Dépenses de santé en % des dépenses totales du gouvernement (2002)	Dépenses de santé par habitant en PPP (US\$ 2002)	Dépenses privées de santé en % du PIB (2002)	Part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé (%) (2002)	Dépenses publiques de santé en % du PIB (2002)	Service de la dette en % du PIB (2003)	Dépenses militaires en % du PIB (2003)
Comores	0.547	1714	-1.3	..	35.0	63.2	54	6.4	27	1.2	43	1.7	0.8	..
Togo	0.512	1696	0.4	..	35.2	54.3	78	6.9	163	9.4	11.4	1.1	0.9	1.6
Sénégal	0.458	1648	1.3	41.3	49.6	55.7	78	9.5	62	2.8	10.3	2.3	3.8	1.5
Moldavie, République de	0.671	1510	-5.7	36.9	46.1	67.7	26	12.9	151	2.9	2.8	4.1	8.1	0.4
Côte d'Ivoire	0.420	1476	-0.4	44.6	44.9	45.9	117	6.2	107	4.8	3.7	1.4	4.2	1.5
Ouganda	0.508	1457	3.9	43.0	12.3	47.3	81	10.8	77	5.3	29.1	2.1	1.3	2.3
Népal	0.526	1420	2.2	36.7	15.0	61.6	61	9.5	64	3.8	8.4	1.4	1.9	1.6
Rwanda	0.450	1268	0.7	28.9	18.5	43.9	118	10.2	48	2.4	46.9	3.1	1.3	2.8
Sao Tomé et Príncipe	0.604	1231	-0.2	..	37.8	63.0	75	11.3	108	1.4	74.9	9.7	11.1	..
Tchad	0.341	1210	(.)	..	25.0	43.6	117	9.4	47	3.8	17	2.7	1.8	1.5
Burkina Faso	0.317	1174	1.7	48.2	17.8	47.5	107	12.8	38	2.3	7	2.0	1.2	1.3
Mozambique	0.379	1117	4.6	39.6	35.6	41.9	109	11.5	50	1.7	38.3	4.1	2.0	1.3
Bénin	0.431	1115	2.2	..	44.6	54.0	91	8	44	2.6	8.5	2.1	1.7	..
Tadjikistan	0.652	1106	-6.5	32.6	24.8	63.6	92	4.8	47	2.4	14.9	0.9	5.7	2.2
République centrafricaine	0.355	1089	-0.4	61.3	42.7	39.3	115	11.2	50	2.3	13.4	1.6	0.1	1.3
Nigéria	0.453	1050	(.)	50.6	46.6	43.4	98	3.1	43	3.5	6.1	1.2	2.8	1.2
Kenya	0.474	1037	-0.6	42.5	39.3	47.2	79	9.2	70	2.7	16.4	2.2	4.0	1.7
Mali	0.333	994	2.4	50.5	32.3	47.9	122	9	33	2.2	3.4	2.3	1.8	1.9
Congo	0.512	965	-1.4	..	53.5	52.0	81	3.7	25	0.7	2.4	1.5	1.7	1.4
Yémen	0.489	889	2.4	33.4	25.7	60.6	82	5.6	58	2.7	7.3	1.0	1.6	7.1
Zambie	0.394	877	-0.9	52.6	35.9	37.5	12	10.6	51	2.7	18.3	3.1	9.0	..
Erythrée	0.444	849	1.0	..	20.0	53.8	45	3.9	36	1.9	22.5	3.2	1.6	19.4
Niger	0.281	835	-0.6	50.5	22.2	44.4	154	11.5	27	2.0	22.7	2.0	1.2	..
Madagascar	0.499	809	-0.9	47.5	26.6	55.4	78	11.4	18	0.9	31.6	1.2	1.3	..
Ethiopie	0.367	711	2.0	30.0	15.7	47.6	112	9.9	21	3.1	21.7	2.6	1.4	4.3
Guinée-Bissau	0.348	711	-2.4	47.0	34.0	44.7	126	6.6	38	3.3	35.5	3.0	6.4	..
Congo, République démocratique du	0.385	697	-6.3	..	31.8	43.1	129	4.2	15	2.9	12.7	1.2	2.6	..
Burundi	0.378	648	-3.5	33.3	10.0	43.6	114	2	16	2.4	10.3	0.6	4.9	5.9
Tanzanie, République unie de	0.418	621	1.0	38.2	35.4	46.0	104	12.8	31	2.2	29.6	2.7	0.9	2.1
Malawi	0.404	605	0.9	50.3	16.3	39.7	112	9.1	48	5.8	23	4.0	2.1	..
Sierra Leone	0.298	548	-5.3	62.9	38.8	40.8	166	7.9	27	1.2	5.8	1.7	3.2	1.7

Executive summary

Health care financing is once again prominent on the global health policy agenda. The difficulty that low- and middle-income countries have in providing for the health care needs of their populations remains a major problem. At the same time, the current focus on poverty reduction, as reflected in the Millennium Development Goals (MDGs) and other international initiatives, has spurred a growing emphasis on the need for health care financing mechanisms that protect the populations of these countries from the potentially impoverishing effects of health care costs.

This report reviews health care financing in low- and middle-income countries as it relates to three main functions:

- *Revenue collection*, which concerns the sources of funds, their structure, and the means by which they are collected.
- *Pooling of funds*, which addresses: the unpredictability of illness, particularly at the individual level; the inability of individuals to mobilize sufficient resources to cover unexpected health care costs; and, consequently, the need to spread health risks over as broad a population group and period of time as possible.
- *Purchasing*, which transfers pooled resources to health service providers so that appropriate and efficient services are available to the population.

Enormous challenges face low- and middle-income countries confronted with the need to improve or replace their existing health care financing system. Yet, several countries with limited financial resources have managed to improve the health of their populations by introducing innovative health care financing mechanisms and health care provision, as well as by encouraging health-fostering interventions that take place, or stem from, outside the health system. By improving revenue collection, risk pooling and purchasing and by learning from the experience of other low- and middle-income countries and adapting it to their own circumstances, all resource-poor countries can improve their health care financing systems and make them more equitable, efficient and sustainable.

Examples of “best practice” could be highly instructive but, regrettably, there is a paucity of success stories. Indeed, there is real scope for future research to document how these health care financing functions actually operate in countries. Two countries, for example, Costa Rica and Sri Lanka, are widely regarded as having been successful in setting up and implementing these functions. This report highlights some of the factors that have contributed to the success. However, a deeper study identifying additional factors would be an enlightening exercise.

A few “take-home messages” emerge from this review of international experience and current thinking:

- Every effort should be made to achieve universal health care coverage – defined as a system that provides *all* citizens with *adequate* health care at an *affordable* cost – by a prepayment financing mechanism.
- A health care financing mechanism should provide sufficient financial protection, so that no household is impoverished because of a need to use health services.

One way of providing such protection is by incorporating a risk-sharing plan in the health care financing mechanism, whereby unexpected health care expenditure does not fall solely on an individual or household.

- These first two objectives imply a need for strong cross-subsidies within the health system, both in terms of income (cross-subsidies from the wealthy to the poor) and of risk of requiring health care (cross-subsidies from the healthy, or low-risk, to the ill, or high-risk, individuals).
- The need for cross-subsidies implies in turn that prepayment funding mechanisms, whereby people contribute regularly to health costs in the form of tax payments and/or health insurance contributions, should be at the core of health financing.
- Progressive (or equitable) contribution mechanisms involving income cross-subsidies should be preferred to regressive (or inequitable) mechanisms.
- Health care benefit packages covering the major causes of ill-health should be encouraged, since they ensure that those in need derive optimal benefit from health services and receive value for the money spent on these services.
- Cross-subsidies should be adopted on a system-wide basis and focused not only on who contributes how much to funding the health care system but also on how the funds are pooled and how and what services are purchased for whose benefit.
- A system-wide approach for cross-subsidies means that a health care financing mechanism should not be considered in isolation but rather in relation to how it can contribute to cross-subsidies in the overall health system.
- The emphasis should be increasingly on integrated financing mechanisms: fragmentation of financing mechanisms reduces the potential for cross-subsidies.

Resumen

La financiación de la atención sanitaria ocupa de nuevo un lugar destacado en la agenda de la política sanitaria mundial. La dificultad que los países con ingresos bajos e intermedios tienen para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de sus poblaciones sigue siendo un problema importante. Al mismo tiempo, el actual centro de atención en la reducción de la pobreza, tal y como se refleja en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otras iniciativas internacionales, pone un énfasis cada vez mayor en la necesidad de mecanismos de financiación de la atención sanitaria que protejan a las poblaciones de esos países de los efectos potencialmente empobrecedores de los costos de la atención sanitaria.

El presente informe revisa la financiación de la atención sanitaria en los países con ingresos bajos e intermedios en relación con tres funciones principales:

- *Recaudación de fondos*, es decir, fuentes de financiación, su estructura y medios a través de los cuales se recaudan.
- *Agrupación y distribución de fondos*, que aborda: la imprevisibilidad de la enfermedad, especialmente a nivel individual; la incapacidad de los individuos para movilizar los recursos suficientes para cubrir costes de atención sanitaria inesperados; y por consiguiente, la necesidad de extender los riesgos sanitarios a un grupo de población y durante un periodo de tiempo lo más amplio posible.
- *Adquisiciones*, que transmite los recursos agrupados a los proveedores de servicios de atención sanitaria de forma que la población disponga de unos servicios adecuados y eficaces.

Los países con ingresos bajos e intermedios se enfrentan a enormes retos en lo referente a la necesidad de mejora o sustitución de sus actuales sistemas de financiación de la atención sanitaria. Sin embargo, algunos países con recursos financieros limitados han conseguido mejorar la salud de sus poblaciones mediante la introducción de mecanismos de financiación de la atención sanitaria y servicios sanitarios innovadores, así como fomentando intervenciones de promoción de la salud que tienen lugar o se originan fuera del sistema sanitario. Mejorando la recaudación de fondos, la agrupación de riesgos y las adquisiciones, y aprendiendo de la experiencia de otros países con ingresos bajos e intermedios, adaptándola a sus propias circunstancias, todos los países pobres en recursos pueden mejorar sus sistemas de financiación de la atención sanitaria y hacerlos más equitativos, eficientes y sostenibles.

Los ejemplos de «mejor práctica» podrían ser muy instructivos pero, lamentablemente, no hay muchos ejemplos de éxito. Hay un verdadero campo para futuras investigaciones en la documentación de cómo estas funciones de financiación de la atención sanitaria funcionan realmente en los países. Por ejemplo, se considera en general que dos países como Costa Rica y Sri Lanka, han conseguido establecer y poner en práctica estas funciones satisfactoriamente. Esta revisión ha subrayado algunos de los factores que han contribuido al éxito. Sin embargo, un análisis más exhaustivo que identificara factores adicionales sería un ejercicio instructivo.

De esta revisión de la experiencia internacional y de la corriente de pensamiento actual surgen algunos mensajes claros.

- Debe hacerse todo lo posible para conseguir una cobertura sanitaria universal, lo que se define como un sistema que proporcione a *todos* los ciudadanos una atención sanitaria *adecuada* a un coste *asequible*, a través de un mecanismo de financiación mediante pago anticipado.
- Un mecanismo de financiación de la atención sanitaria debería proporcionar una protección financiera suficiente, de forma que ningún hogar se vea empobrecido por la necesidad de utilizar los servicios sanitarios. Una manera de proporcionar dicha protección podría ser la incorporación de un plan de riesgo compartido en el mecanismo de financiación de la atención sanitaria, mediante el cual, un gasto de atención sanitaria inesperado no recaiga únicamente sobre una persona o unidad familiar.
- Estos dos primeros objetivos implican la necesidad de subvenciones cruzadas dentro del sistema sanitario, tanto en términos de ingresos (subvenciones cruzadas de los ricos a los pobres) como de riesgo de necesidad de atención sanitaria (subvenciones cruzadas de los individuos sanos, o con riesgo bajo, a los individuos enfermos o con riesgo alto).
- La necesidad de subvenciones cruzadas implica a su vez que los mecanismos de financiación mediante pago anticipado, a través de los cuales la gente contribuye regularmente a los costes sanitarios en forma de pago de impuestos y aportaciones a seguros de enfermedad, deberían estar en el centro de la financiación de la sanidad.
- Se preferirían mecanismos de contribución progresivos (o equitativos) que impliquen subvenciones cruzadas de ingresos que mecanismos regresivos (o no equitativos).
- Deberían fomentarse paquetes de prestaciones sanitarias que cubran las causas más importantes de enfermedad, ya que dichos paquetes garantizan que aquellos que lo necesiten obtengan un beneficio óptimo de los servicios sanitarios y reciban valor por el dinero gastado en dichos servicios.
- Las subvenciones cruzadas deberían adoptarse en todo el sistema y centrarse no sólo en quién aporta cuánto a la financiación del sistema sanitario, sino también en cómo se agrupan los fondos y cómo y qué servicios se adquieren, y para beneficio de quién.
- Un enfoque que abarque todo el sistema para las subvenciones cruzadas significa que un mecanismo de financiación de la atención sanitaria no debería considerarse de manera aislada sino en relación con cómo puede contribuir a las subvenciones cruzadas en el sistema sanitario general.
- El énfasis debería ponerse cada vez más en mecanismos de financiación integrados: la fragmentación de los mecanismos de financiación reduce el potencial para las subvenciones cruzadas.

Sumário

O financiamento dos cuidados de saúde ressurgiu uma vez mais na agenda política mundial da saúde. A dificuldade dos países com rendimentos baixos e médios em prover às necessidades de cuidados de saúde das suas populações continua a ser um grande problema. Ao mesmo tempo, a actual focalização na redução da pobreza, como demonstra a iniciativa Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e outras a nível internacional, chamou a atenção para a necessidade cada vez maior da introdução de mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde que protejam as populações destes países dos efeitos potencialmente empobrecedores dos seus custos.

Este relatório analisa o financiamento dos cuidados de saúde nos países com rendimentos baixos e médios no que se refere às três funções principais:

- *Colecta de receitas* – diz respeito às fontes dos fundos, à sua estrutura e aos processos de colecta.
- *Conjugação de fundos* – responde à imprevisibilidade de doença, especialmente a nível individual, à incapacidade de mobilização de recursos suficientes para fazer face a custos de cuidados de saúde imprevisíveis e, conseqüentemente, à necessidade de distribuir o mais possível os riscos de saúde por um grupo de população e um período de tempo alargados.
- *Atribuição de recursos* – transfere os recursos conjugados para os prestadores de serviços de saúde a fim de disponibilizar serviços apropriados e eficazes à população.

Os países de rendimentos baixos e médios, confrontados com a necessidade de melhorar ou substituir o seu actual sistema de financiamento dos cuidados de saúde, enfrentam enormes desafios. Apesar de tudo, vários países com recursos financeiros limitados têm conseguido melhorar a saúde das suas populações introduzindo mecanismos inovadores de financiamento dos cuidados de saúde e de prestação de cuidados de saúde, assim como estimular intervenções de protecção da saúde, dentro ou fora do sistema de saúde. Melhorando a colecta de receitas, a conjugação de fundos e a atribuição de recursos e aprendendo com a experiência de outros países de rendimentos baixos e médios e adaptando-a às suas próprias circunstâncias, todos os países pobres em recursos podem melhorar os seus sistemas de financiamento dos cuidados de saúde e torná-los mais equitativos, eficientes e sustentáveis.

Os exemplos de “melhores práticas” podem ser altamente instrutivos, mas, infelizmente, a carestia de casos de sucesso é gritante. Naturalmente, o campo de investigação futura para documentar como estas funções de financiamento dos cuidados de saúde operam realmente nos países oferece perspectivas incontestáveis. Neste sentido, citam-se frequentemente dois países, a Costa Rica e o Sri Lanka, como tendo sido bem sucedidos no estabelecimento e implementação destas funções. Esta análise destacou alguns dos factores que contribuíram para o sucesso. Contudo, poderia ser muito instrutivo um estudo mais profundo que identificasse factores adicionais.

Eis algumas “mensagens de levar para casa” deste estudo que emergem da experiência internacional e da reflexão actual:

- Devem ser envidados todos os esforços para se alcançar uma cobertura de cuidados de saúde universal – definida como um sistema que proporcione a *todos* os cidadãos cuidados de saúde *adequados* a um preço *acessível* – através de um mecanismo de financiamento por pré-pagamento.
- Os mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde devem fornecer protecção financeira suficiente, de modo que nenhuma família fique empobrecida pelo recurso aos serviços de saúde. Uma maneira de garantir essa protecção é incorporar um plano de partilha de riscos no mecanismo de financiamento dos cuidados de saúde, para que não recaiam unicamente sobre uma pessoa ou uma família despesas imprevisíveis com cuidados de saúde.
- Estes dois primeiros objectivos implicam a necessidade de sólidas subvenções cruzadas no interior do sistema de saúde, tanto em termos de rendimento (subvenções cruzadas dos ricos para os pobres) como de risco de necessidade de cuidados de saúde (subvenções cruzadas de pessoas saudáveis, ou de baixo risco, para pessoas doentes, ou de alto risco).
- A necessidade de subvenções cruzadas implica, por sua vez, que os mecanismos de financiamento por pré-pagamento, pelo qual as pessoas contribuem regularmente para os custos de saúde sob a forma de pagamento de impostos e/ou de cotizações para o seguro de saúde, sejam o ponto fulcral do financiamento da saúde.
- Devem ser preferidos mecanismos de contribuição progressivos (ou equitativos), que impliquem subvenções cruzadas de rendimento, aos regressivos (ou não equitativos).
- Devem ser incentivados pacotes de benefícios de cuidados de saúde que cubram as principais causas de doença, visto garantirem que as pessoas necessitadas obtêm benefícios ideais e são devidamente tratadas nesses serviços.
- As subvenções cruzadas devem ser adoptadas numa base de sistema alargado e focalizadas não apenas em quem contribui e quanto para o financiamento do sistema de cuidados de saúde, mas também em como são conjugados os fundos e como, e que serviços são adquiridos para benefício de quem.
- Uma abordagem de sistema alargado para subvenções cruzadas significa que o mecanismo de financiamento dos cuidados de saúde não deve ser considerado isoladamente, mas deve, de preferência, ter em conta as possibilidades de contribuir para as subvenções cruzadas do sistema geral de saúde.
- A tónica deve incidir cada vez mais nos mecanismos integrados de financiamento: a sua fragmentação reduz o potencial das subvenções cruzadas.

摘要

保健融资再次成为全球保健政策论坛的重点议题。低收入和中等收入国家无力满足本国国民的保健需求依然是个大问题。与此同时，目前《千年发展目标》和其他国际倡议都关注减贫，因此这些国家纷纷重视建立保健融资机制，以防止保健成本进一步加重国家的重担。

本报告研究低收入和中等收入国家进行保健融资时的三个主要考虑：

- 税收 - 包括资金来源、结构和收缴方式
- 为应付以下问题进行集资 - 尤其是在个人层次上的病患不可预测性；个人无力筹措足够的资金来支付无法预见的保健费用；因而必须将健康风险分摊给尽可能不同的人群及尽可能不同的时段中。
- 采购 - 将共用资源转移给保健服务提供机构以确保国民得到优良高效的保健服务。

低收入和中等收入国家要提高或革新其现存的保健融资体系面临巨大的挑战。但是一些财力拮据的国家推行创新的医疗融资机制和保健提供方法及推动来自保健系统外部的健康培养干预措施后，就能成功改善其国民保健条件。改进税收、风险分担与采购体制，借鉴其他低收入和中等收入国家的经验并将其与自身国情相结合等等手法，可使所有资源贫乏国家都能改善其保健融资体制并使其更公平、有效和可持续。

“最佳实践”范例固然很有启示作用，但可惜的是这方面成功的例子乏善可陈。事实上，应把保健融资功能在这些国家的运作情况记录下来，未来的研究在这方面大有文章可做。例如：哥斯达黎加和斯里兰卡这两个国家被广泛认为是在建立并实施这些功能方面做得很成功的。本报告总结了它们取得成功的主要因素。但如能对其他因素再作深入研究，必将是一次具有启迪作用的活动。

本报告研究了当前国际上的经验和思路，得出以下结论：

- 一定要尽力实现全民保健计划—其定义为通过预先支付的融资机制建立让所有公民以负得起的费用享受到适当的保健服务的体制。
- 保健融资机制应提供足够的经济保障，从而就不会有任何家庭因为急于求医而陷入贫困。提供这种保障的一种方式是在保健融资机制中设置一套风险共担计划，这样突发的保健费用就不会全压在某一个人或一个家庭头上。
- 前两个目标意味着在保健体制内有必要大力推行收入方面（富人对穷人的补贴）和保健需求风险（健康人或低风险人群对病人或高风险人群的补贴）的交叉补贴。
- 交叉补贴的需求表明以人们定期纳税和/或缴纳医疗保险金为形式的预先支付融资机制应该是保健融资机制的核心。
- 以收入交叉补贴为内涵的进步性（或公平性）缴纳机制比保守性（或不公平性）机制更可取。
- 我们应鼓励涵盖常见的重大病的医疗保健计划，因为这样能确保有真正需要的人能通过医疗服务享受最佳的福利并得到物有所值的服务。
- 我们应该在整个融资体系范围内采取交叉补贴，且关注的内容不仅包括谁应向保健基金缴款、缴多少，还包括如何集资、采购什么医疗服务、如何采购、为谁采购等问题。

- 一个跨体系的交叉补贴理念要求我们不能孤立地看待保健融资机制问题，而应与如何有利于整个保健体系的交叉补贴结合起来通盘考虑。
- 我们应该更注重综合融资机制：分列式的融资机制只会削弱交叉补贴的潜力。

Références

- Adams, I. (2002) Implementation of user fee policy in Ghana: A review of the issues (Part 1). *Bulletin of Health Information* 2002, 1, 3-13.
- Akin, J., Birdsall, N. and de Ferranti, D. (1987) Financing health services in developing countries: An agenda for reform. A World Bank Policy Study. Washington, D.C.: The World Bank.
- Arrow, K. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, 941-973.
- Atim, C., Grey, S. and Apoya, P. (2002) A Survey of Mutual Health Organizations in Ghana. Bethesda: PHRplus.
- AU (2006) Resolution of the Ministers of Health on health financing in Africa: Special Summit of the African Union on HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, Abuja, 2-4 May 2006. Addis Ababa: African Union.
- Ayanian, J., Weissman, J., Schneider, E., Ginsburg, J. and Zaslavsky, A. (2000) Unmet health needs of uninsured adults in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 2061-2069.
- Barrientos, A. and Lloyd-Sherlock, P. (2000) Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15, 417-423.
- Bennett, S., Creese, A. and Monasch, R. (1998) Health insurance schemes for people outside formal sector employment: ARA Paper No. 16. Geneva: Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization.
- Birdsall, N. and Hecht, R. (1995) Swimming against the tide: Strategies for improving equity in health. Washington D.C.: Inter-American Development Bank.
- Bitrán, R. and Giedion, U. (2003) Waivers and exemptions for health services in developing countries. Social Protection Discussion Paper Series No. 0308. Washington, D.C.: The World Bank.
- Bond, P. (2006) The dispossession of African wealth at the cost of African health. Harare: Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET).
- Bossert, T., Larranaga, S., Giedion, U., Arbelaez, J. and Bowser, D. (2003) Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 95-100.
- Buchanan, J. (1963) The economics of earmarked taxes. *Journal of Political Economy*, 71, 457-469.
- Burnham, G., Pariyo, G., Galiwango, E. and Wabwire-Mangen, F. (2004) Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 187-195.
- Carrin, G. and Hanvoravongchai, P. (2002) Health care cost-containment policies in high-income countries: how successful are monetary incentives? Discussion Paper Number 2-2002. Geneva: World Health Organization.
- Carrin, G. and James, C. (2004) Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Discussion Paper Number 2 - 2004. Geneva: World Health Organization.
- Casas, A. and Vargas, H. (1980) The health system in Costa Rica: Toward a National Health Service. *Journal of Public Health Policy*, 1, 258-279.
- Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K. and Rivera, A. (2006) Health financing in Argentina: An empirical study of health care utilization and health care expenditure. Discussion paper Number 5-2006. Geneva: World Health Organization.
- Claeson, M., Griffin, C., Johnston, M., McLachlan, A., Soucat, A., Wagstaff, A. and Yazbeck, A. (2001) Poverty-Reduction and the Health-Sector. In: *Poverty Reduction Strategy Sourcebook*, Washington: World Bank.

- Criel, B., Van der Stuyft, P. and Van Lerberghe, W. (1999) The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns. *Social Science and Medicine*, 48, 897-911.
- Criel, B., Van Dormael, M., Lefevre, P., Menase, U. and Van Lerberghe, W. (1998) Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo. An exploration of its meanings to the community. *Tropical Medicine and International Health*, 3, 640-653.
- Davies, P. and Carrin, G. (2001) Risk-pooling - necessary but not sufficient? *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 587.
- de Ferranti, D. (1985) Paying for health services in developing countries: An Overview. Washington, D.C.: The World Bank.
- De Geyndt, W. (1991) Managing health expenditures under national health insurance: The case of Korea. World Bank Technical Paper 156. Washington, D.C.: The World Bank.
- Deininger, K. and Mpuga, P. (2004) Economic and welfare effects of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. World Bank Policy Research Working Paper 3276. Washington, D.C.: World Bank.
- DFID (2004) Poverty Reduction Budget Support: A DFID Policy Paper. London: Department for International Development (DFID).
- Donaldson, C. and Gerard, K. (1993) *Economics of health care financing: The visible hand*. Basingstoke: Macmillan.
- Dror, D. M. (2001) Reinsurance of health insurance for the informal sector. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 672-678.
- Dror, D. M. and Preker, A. S. (Eds.) (2002) *Social ReInsurance: A new approach to sustainable community health financing*. Washington, D.C. and Geneva: The World Bank and International Labour Office.
- Ekman, B. (2004) Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 19, 249-270.
- Ensor, T. (2001) Transition to universal coverage in developing countries: An overview. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Ensor, T. (2004) Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 1-19.
- EQUITAP (2005) Who pays for health care in Asia? Colombo: Institute of Policy Studies.
- Foster, M., Brown, A. and Conway, T. (2000) Sector-wide approaches for Health Development: A Review of Experience. Geneva: World Health Organization and Overseas Development Institute.
- Freedman, L. P., Waldman, R. J., de Pinho, H., Wirth, M. E., Chowdury, A. M. R. and Rosenfield, A. (2005) Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project Task Force on Child and Maternal Health. New York: United Nations Development Programme.
- Garshong, B., Ansah, E., Dakpallah, G., Huijts, I. and Adjei, S. (2002) A study on factors affecting the implementation of the exemption policy in Ghana. *Bulletin of Health Information*, 1, 22-31.
- Gaviria, A., Medina, C. and Mejia, C. (2006) Evaluating the impact of health care reform in Colombia: From theory to practice. Bogota: CEDE, Universidad de los Andes.
- Gilson, L. (1998) The lessons of user fee experience in Africa. In: Beattie, A., Doherty, J., Gilson, L., Lambo, E. and Shaw, P. (Eds.) *Sustainable Health Care Financing in Southern Africa*, Washington, D.C.: World Bank.
- Gilson, L. and McIntyre, D. (2005) Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *British Medical Journal*, 331, 762-765.

- Gilson, L., Russell, S. and Buse, K. (1995) The political economy of user fees with targeting: Developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*, 7, 369-401.
- Gilson, L., Russell, S. and Rauyajin, O. (1998) Exempting the poor: A review and evaluation of the low income card scheme in Thailand. PHP Departmental Publication No. 30. London: Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Global Policy Forum (2005) Nigeria to get US\$ 18 bn debt relief. Access date: 22 October 2006. www.globalpolicy.org/soecon/develop/debt/2005/0630nigeria.htm
- Gottret, P. and Scheiber, G. (2006) Health financing revisited: A practitioner's guide. Washington, DC: The World Bank.
- Gouvernement du Ghana (2003) National Health Insurance Act (Act 650). Accra: Government of Ghana.
- Gouvernement du Nigeria (2006) 2007 Budget Speech by his Excellency President Olusegun Obasanjo, 11 October 2006. Access date: 22 October 2006. www.nigeria.gov.ng/speeches_2007budget.aspx
- Hanvoravongchai, P. (2002) Medical savings accounts: Lessons learned from limited international experience. Discussion Paper Number 3 -2002. Geneva: World Health Organization.
- Hay, R. (2003) The 'fiscal space' for publicly financed healthcare. *Oxford Policy Institute Policy Brief*, 4, 1-8.
- Heller, P. (2005) Understanding fiscal space. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Hoare, G. and Mills, A. (1986) Paying for the health sector: A review and annotated bibliography of the literature on developing countries. Evaluation and Planning Centre for Health Care Publication No 12. London: EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Homedes, N. and Ugalde, A. (2005) Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71, 83-96.
- Jones, A. and Duncan, A. (1995) Hypothecated health taxes: An evaluation of recent proposals. London: Office of Health Economics.
- Kim, J., Ko, S. and Yang, B. (2005) The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy*, 72, 293-300.
- Kipp, W., Kamugisha, J., Jacobs, P., Burnham, G. and Rubaale, T. (2001) User fees, health staff incentives and service utilization in Kabarole District, Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1032-1037.
- Kutzin, J. (1995) Experience with organizational and financing reform of the health sector. SHS Current Concerns Paper Number 8. Geneva: Division of Strengthening of Health Services, World Health Organization.
- Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56, 171-204.
- Le Houerou, P. and Taliercio, R. (2002) Medium term expenditure frameworks: from concept to practice. Preliminary lessons from Africa. Africa Region Working Paper Series No. 28. Washington, D.C.: The World Bank.
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V. and Prakongsai, P. (2005) Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand. EQUITAP Project: Working Paper #16. Nonthaburi: International Health Policy Program.
- Maynard, A. (1994) Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK national health service. *Social Science and Medicine*, 39, 1438-1445.
- McGuire, J. (2001) Social policy and mortality decline in East Asia and Latin America. *World Development*, 29, 1673-1697.

- McIntyre, D. and Doherty, J. (2004) Health care financing and expenditure: Progress since 1994 and remaining challenges. In: Van Rensburg, H. (Ed.) *Health care in South Africa*, Pretoria: Van Schaik Publishers.
- McIntyre, D., Gilson, L. and Mutyambizi, V. (2005) Promoting equitable health care financing in the African context: Current challenges and future prospects. Harare: Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET).
- McIntyre, D., Gilson, L., Wadee, H., Thiede, M. and Okorafor, O. (2006) Commercialisation and extreme inequality in health: The policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 18, 435-446.
- McIntyre, D., McLeod, H. and Thiede, M. (2005) Comments on the National Treasury Discussion Document on the proposed tax reforms relating to medical scheme cotisations and medical expenses. Cape Town: Health Economics Unit.
- McIntyre, D., Taylor, S., Pick, W., Bourne, D. and Klopper, J. (1990) A methodology for resource allocation in health care for South Africa. Part II - The British Experience and its relevance to South Africa. *South African Medical Journal*, 77, 453-455.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2005) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*, 62, 858-865.
- McLeod, H. (2005) Mutuality and solidarity in healthcare in South Africa. *Sessional meetings of the Actuarial Society of South Africa*. Actuarial Society of South Africa.
- McNay, K., Keith, R. and Penrose, A. (2004) Bucking the trend: How Sri Lanka has achieved good health at low cost - challenges and policy lessons for the 21st century. London: Save the Children.
- McPake, B. and Kutzin, J. (1997) Methods for evaluating health system performance and the effects of reform. Geneva: World Health Organization.
- McPake, B. and Mills, A. (2000) What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 811-820.
- Ministerial Task Team (2002) Policy Framework for Establishment of Health Insurance in Ghana. Accra: Ministry of Health.
- Mkandawire, T. (2005) Targeting and universalism in poverty reduction. Geneva: UNRISD.
- Morgan, L. (1987) Health without wealth? Costa Rica's health system under economic crisis. *Journal of Public Health Policy*, 8, 86-105.
- National Health Insurance Secretariat (2004) National Health Insurance Scheme: Proposed minimum benefit package. *Daily Graphic*. Accra.
- Newbrander, W., Collins, D. and Gilson, L. (2000) Ensuring equal access to health services: User fee systems and the poor. Boston: Management Sciences for Health.
- Nolan, B. and Turbat, V. (1995) Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa. Washington, D.C.: Economic Development Institute, The World Bank.
- Normand, C. (1999) Using social health insurance to meet policy goals. *Social Science and Medicine*, 48, 865-869.
- Normand, C. and Weber, A. (1994) Social health insurance: A guidebook for planning. Geneva: World Health Organization and International Labour Office.
- Nyonator, F. and Kutzin, J. (1999) Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14, 329-341.
- OAU (2001) Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Organisation of African Unity.
- Ogawa, S., Hasegawa, T., Carrin, G. and Kawabata, K. (2003) Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18, 270-278.

- OPM and ODI (2003) General budget support evaluability study, Phase I: Final synthesis report. Oxford and London: Oxford Policy Management and Overseas Development Institute.
- Pearson, M. (2002) Allocating Public Resources for Health: Developing Pro-poor Approaches. London: DFID Health Systems Resource Centre.
- Preker, A. and Carrin, G. (2004) *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing*. Washington, D.C.: World Bank.
- Rice, N. and Smith, P. (2002) Strategic resource allocation and funding decisions. In: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (Eds.) *Funding health care: Options for Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Rocha, G., Martinez, A., Rios, E. and Elizondo, E. (2004) Resource allocation equity in northeastern Mexico. *Health Policy*, 70, 271-279.
- Ros, C., Groenewegen, P. P. and Delnoij, D. M. (2000) All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. *Health Policy*, 52, 1-13.
- Russell, S. (2004) The economic burden of illness for households in developing countries: A review of studies focusing on malaria, tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 7, 147-155.
- Russell, S. (2005) Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers. *Social Science and Medicine*, 61, 1396-1407.
- Rutten, F. and van Busschbach, J. (2001) How to define a basic package of health services for a tax funded or social insurance based health care system? *Health Economics in Prevention and Care*, 2, 45-46.
- Sapelli, C. (2004) Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social Science and Medicine*, 58, 259-265.
- Schneider, P. (2005) Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda. *Social Science and Medicine*, 61, 1430-1438.
- Sekhri, N., Savedoff, W. and Thripathi, S. (2005) Regulation of private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries. Discussion Paper Number 3 - 2005. Geneva: World Health Organization.
- Semali, I. and Minja, G. (2005) Deprivation and the equitable allocation of health care resources to decentralised districts in Tanzania. Harare: Regional Network on Equity in Health in Southern Africa.
- Shaw, R. and Griffin, C. (1995) Financing health care in Sub-Saharan Africa through user fees and insurance. Washington, D.C.: The World Bank.
- Squire, L. (1993) Fighting Poverty. *The American Economic Review*, 83, 377-382.
- Sundewall, J., Forsberg, B. and Tomson, G. (2006) Theory and practice - a case study of coordination and ownership in the Bangladesh health SWAp. *Health Policy and Systems*, 4, 5.
- Sundewall, J. and Sahlin-Andersson, K. (2006) Translations of health sector SWAps - A comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh. *Health Policy*, 76, 277-287.
- Suraratdecha, C., Saithanu, S. and Tangcharoensathien, V. (2005) Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73, 272-284.
- UNDP (2005) Human Development Report 2005. New York: United Nations Development Programme.
- Van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. (1993) Equity in the finance of health care: Methods and findings. In: Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten, F. (Eds.) *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*, New York: Oxford University Press.

- Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (1993) Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. In: Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten, F. (Eds.) *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*, New York: Oxford University Press.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G. and et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18, 263-290.
- Walford, V. (1998) Developing Sector Wide Approaches in the health sector: An issues paper for DFID advisers and field managers. London: Institute for Health Sector Development.
- Walford, V. (2002) Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): An introduction and early experience. London: DFID Health Systems Resource Centre.
- Walford, V. (2003) Defining and evaluating SWAps. London: Institute for Health Sector Development.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. and Evans, T. (2001) Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358, 833-836.
- Withanachchi, N. and Uchida, Y. (2006) Healthcare rationing: A guide to policy directions in Sri Lanka. *Health Policy*, 78, 17-25.
- World Bank (2005a) World Development Indicators. Access date: 31 August 2006. <http://devdata.worldbank.org/>
- World Bank (2005b) *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, D.C.: The World Bank.
- World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001) Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005a) Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure: Technical Briefs for Policy-Makers, Number 2. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005b) Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance: World Health Assembly resolution WHA58.33. Geneva: World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwal, P., Nabukhonzo, P. and Aguilar, A. (2006) Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62, 866-876.
- Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. and Murray, C. (2003) Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*, 362, 111-117.
- Yates, R. (2004) Voting with their feet: What lessons can be learnt from increased consumption of public services in Uganda? *Health Policy and Development*, 2, 48-51.
- Zschock, D. (1979) Health care financing in developing countries. American Public Health Association International Health Programs Monograph Series No.1. Washington, D.C.: American Public Health Association.
- Zschock, D. (1982) General review of problems of medical care delivery under social security in developing countries. *International Social Security Review*, 35, 3-15.

DONNÉES SUR LES INVESTISSEMENTS EN RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le Global Forum for Health Research (Forum mondial pour la recherche en santé) est le seul organisme qui rend compte régulièrement des investissements consentis à la recherche et au développement (R-D) en matière de santé à l'échelle mondiale. L'organisation préconise des investissements en recherche productifs, fructueux et reposant sur l'analyse de données probantes, afin d'améliorer la santé des populations marginalisées et de corriger les iniquités de santé.



Monitoring Financial Flows for Health Research 2007: Behind the global numbers

Mary Anne Burke, Andrés de Francisco, Stephen Matlin (éditeurs)
2008 (anglais). ISBN 978-2-940401-04-8

Les auteurs de ce rapport finalisé en 2007 vont au-delà des sommes totales investies à l'échelle mondiale et analysent les investissements réalisés en R-D pour améliorer la santé en Argentine, en Chine, au Mexique et aux Etats-Unis. Ce rapport met l'accent sur les investissements dans la recherche sur le cancer et 20 maladies infectieuses qui imposent un lourd fardeau à

ces sociétés. Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sur lesquels pèse un double fardeau (maladies transmissibles et maladies non transmissibles), il est absolument indispensable d'adapter les investissements aux priorités de recherche.



Monitoring Financial Flows for Health Research 2006: The changing landscape of health research for development

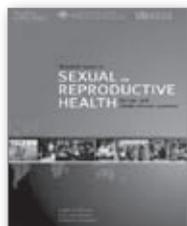
Andrés de Francisco et Stephen Matlin (éditeurs)
2006, 95 pages (anglais). ISBN 2-940286-42-6

Publié en 2006, ce rapport décrit les dernières tendances du financement de la recherche visant à améliorer la santé et les dernières initiatives observées dans ce domaine, et fournit une estimation des ressources consacrées à la R-D pour la santé. En outre, il présente les estimations de la charge de morbidité fournies par

l'Organisation mondiale de la Santé en 2003 et ses prévisions jusqu'en 2030. Enfin, il met l'accent sur le rôle crucial que doit jouer le secteur public dans chaque pays, afin de soutenir les travaux de recherche visant à améliorer la santé, de créer un environnement favorable à la recherche et de renforcer les capacités de recherche en vue de faire face aux enjeux de santé publique qui se posent aujourd'hui et à ceux qui se profilent.

DONNÉES PROBANTES SUR LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE RECHERCHE QUI SONT RELÉGUÉES AU SECOND PLAN

L'équité, qui se définit comme l'égalité des chances pour tous, est l'un des principes fondamentaux sur lesquels reposent les droits humains et elle favorise le développement humain durable. L'une des meilleures façons de garantir un accès équitable à la santé est de veiller à ce que les investissements en R-D ciblent les projets de recherche qui visent à combler les besoins des populations défavorisées. Le Forum mondial pour la recherche en santé recueille de l'information, commandite des examens de la littérature et stimule les débats sur les priorités et les lacunes en matière de recherche pour servir les intérêts des populations vivant dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire.



Research Issues in Sexual and Reproductive Health for Low- and Middle-income Countries

Andrés de Francisco, Ruth Dixon-Mueller, Catherine d'Arcangues
2007, 68 pages (anglais). ISBN 2-940286-50-7

Ce rapport publié conjointement par le Forum mondial pour la recherche en santé et l'Organisation mondiale de la Santé identifie les lacunes et priorités en matière de recherche sur la santé sexuelle et génésique et des stratégies multidisciplinaires qui peuvent être employées dans ce domaine, qui, de l'avis de plusieurs acteurs, devrait figurer parmi les objectifs du Millénaire

pour le développement. Axé sur les populations mal desservies dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire, ce rapport vient enrichir considérablement le corpus de données probantes visant à améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation de l'information sur la santé sexuelle et génésique et celles des produits et services offerts en la matière. Le rapport utilise un cadre de référence fondé sur les droits humains, et ce tout au long de la vie, permettant d'analyser et de combler les lacunes de connaissances existant sur les problèmes de santé sexuelle et génésique tels qu'ils sont vécus par les femmes, les hommes, les adolescentes et les adolescents. De plus, ils formulent des hypothèses de recherche essentielles devant être prises en considération par les décideurs et les gestionnaires de programmes pour faciliter l'adoption de politiques favorables aux progrès de la recherche en santé sexuelle et génésique.



Research Capacity for Mental Health in Low- and Middle-income Countries: Results of a mapping project

Pratap Sharan, Itzhak Levav, Sylvie Olifson, Andrés de Francisco et Shekhar Saxena (éditeurs)
2007, 156 pages (anglais). ISBN2-940286-54-X

Les maladies mentales et les troubles neurologiques représentent 13 % de la charge mondiale de morbidité et constituent l'une des principales causes d'incapacités dans le monde. Pourtant, la santé mentale figure encore parmi les secteurs de la santé publique les plus négligés, qui disposent de ressources insuffisantes et qui font l'objet de trop peu de projets de recherche. Ce rapport, qui est le fruit d'une collaboration entre le Forum mondial pour la recherche en santé et l'Organisation mondiale de la Santé, sert à faciliter la prise de décisions reposant sur l'analyse des données probantes pour ce qui est du financement de la recherche en santé mentale et de l'établissement des priorités en la matière dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire. Ce rapport fait état des résultats d'une étude de trois ans - la première étude systématique de cette envergure - qui a permis de dresser le profil des capacités de recherche en santé mentale dans 114 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Les résultats de l'étude viennent confirmer la nécessité d'améliorer les capacités de recherche en santé mentale dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire et de combler les lacunes qui font obstacle à l'équité en matière de recherche en santé. Par ailleurs, les auteurs du rapport formulent des recommandations quant à la nécessité d'analyser et de consolider la gestion de la recherche en santé mentale.

OUTILS POUR AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ



Learning from Experience: Health care financing in low- and middle-income countries

Diane McIntyre
2007, 76 pages (anglais). ISBN 2-940286-53-1

Ce rapport fournit un cadre de référence pour évaluer la performance des systèmes de financement des soins de santé, pour les rendre plus équitables et plus efficaces et pour assurer leur pérennité. L'auteure de ce rapport passe en revue le financement des soins de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et propose des méthodes pour optimiser les trois principales fonctions du financement des systèmes de soins de santé, à savoir la collecte des revenus, la mise en commun des fonds et l'achat de prestations. Le rapport fait état de plusieurs études de cas menées dans divers pays, qui mettent en lumière les facteurs ayant contribué à la mise en place et au déploiement réussis de ces fonctions. Il contient également un tableau pratique sous forme de dépliant dans lequel l'expérience acquise à l'échelle internationale dans l'exécution de ces fonctions est présentée sous plusieurs angles : faisabilité, équité, efficacité et pérennité.



The BIAS FREE Framework: A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research

Mary Anne Burke et Margrit Eichler
2006, 64 pages (anglais). ISBN 2-940286-43-4

Le cadre de référence *BIAS FREE* est un outil favorisant la coordination qui permet de cerner et d'éliminer les partis pris en matière de recherche en santé qui découlent de n'importe quelle hiérarchie sociale. Il s'agit donc d'un outil essentiel pour analyser en profondeur les inégalités sur le plan de la santé et produire des comptes rendus de recherche, des articles et des demandes de subvention clairs et impartiaux aux décideurs. Le cadre *BIAS FREE* peut s'appliquer non seulement à la recherche, mais également à l'élaboration des lois, des politiques et des programmes ainsi qu'à l'adoption des pratiques. Toutefois, il faut savoir que cette publication porte essentiellement sur son application à la recherche en santé. La puissance du cadre de référence réside dans le fait qu'il peut être adapté à tous les types de préjugés imputables aux hiérarchies sociales, qu'elles soient fondées sur le sexe, la race, la capacité, la classe, l'âge, la région géographique ou l'orientation sexuelle.



Application of Burden of Disease Analyses in Developing Countries: Implication for policy, planning and management of health systems

Adnan A. Hyder, Li Liu, Richard H. Morrow, Abdul Ghaffar
2006, 64 pages (anglais). ISBN 2-940286-41-8

Les données dont on dispose à ce jour sur l'application des instruments de mesure de la charge de morbidité dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire sont largement insuffisantes. Cette publication vise à démontrer l'utilité pratique de la collecte et de

l'utilisation de données probantes lors de la prise de décisions, notamment les indicateurs tels que les DALY (années de vie corrigées du facteur d'invalidité), les QALY (années-personnes sans invalidité) et les HEALY (années de vie en bonne santé), dans 11 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. On y passe en revue sept études de cas financées par le Forum mondial pour la recherche en santé et s'étalant sur plusieurs années, afin de montrer dans quelle mesure les études portant sur la charge de morbidité permettent de mettre en lumière les iniquités et d'établir des priorités en matière de recherche. Les auteurs mettent également l'accent sur la nécessité de définir un indicateur global qui fera l'objet d'un consensus international et qui tiendra compte des problèmes d'équité.



The Combined Approach Matrix: A priority-setting tool for health research

Abdul Ghaffar, Andrés de Francisco, Stephen Matlin (éditeurs)
2004, 68 pages (anglais). ISBN 2-940286-26-4

Il est essentiel de se doter d'un processus systématique et global, s'appuyant sur l'analyse des données probantes, pour définir et établir les priorités en matière de recherche qui serviront le mieux les intérêts des populations sur le plan de la santé. Le Combined Approach Matrix (CAM) est un outil élaboré par le Forum mondial pour la recherche en santé qui permet de recueillir, d'organiser et d'analyser l'information nécessaire à l'établissement des priorités en matière de recherche selon un processus scientifique faisant intervenir tous les acteurs des domaines de la santé et de la recherche en santé. Cet outil permet de comparer les rapports coûts-efficacité de différents types d'intervention. Qui plus est, il aide les établissements, que ce soit à l'échelle nationale, régionale ou internationale, à tout mettre en œuvre pour qu'un plus grand nombre de projets de recherche soient menés sur les aspects les plus importants de la santé, qui sont malheureusement ceux qui sont le plus souvent négligés, et sur les déterminants de la santé, qui ont de multiples facettes.



No Development without Research: A challenge for research capacity strengthening

Yvo Nuyens
2005, 44 pages (anglais). ISBN 2-940286-37-X

Le renforcement des capacités de recherche pourrait réellement améliorer la santé, contribuer au développement et favoriser l'équité. L'auteur de cette publication procède à un examen de la littérature et fait le point sur les projets de renforcement des capacités de recherche en santé qui ont porté leurs fruits et sur ceux qui n'ont pas abouti. Il propose également un cadre de référence global pour renforcer les capacités dans plusieurs secteurs du système de recherche en santé (gestion, financement, génération des ressources, production et utilisation des données) et au cours des différentes phases de tout processus de recherche itératif, depuis la gestion du programme de recherche jusqu'à la production et à la promotion de données probantes et à leur utilisation lors de l'élaboration des politiques et dans la mise en pratique.

DOCUMENTS D'INFORMATION À L'INTENTION DES DÉCIDEURS



Why research for health? Research for Health: Policy briefings (series) vol. 1

2006, 12 pages (English). ISBN 2-940286-47-7

Les pays qui ont investi systématiquement dans les différents aspects de la recherche en santé réalisent aujourd'hui des progrès considérables en matière de santé et de développement économique. Cela dit, les retombées de la recherche en santé n'atteignent pas leur plein potentiel dans de nombreux pays, parce que les investissements consentis à la recherche sont trop faibles, parce que l'élaboration des politiques ne repose pas systématiquement sur l'analyse de données probantes ou parce que les capacités de recherches sont insuffisantes. Les auteurs de cette publication, qui est le fruit d'une collaboration entre le Forum mondial pour la recherche en santé et le Conseil de la recherche médicale au service du développement (COHRED), font un survol des agendas prioritaires de recherche et de ceux inachevés, des nouvelles tendances en matière de recherche en santé et des composantes des systèmes nationaux de recherche en santé efficaces. Ils formulent également des suggestions à l'intention des pays et des financeurs de la recherche, afin qu'ils mettent tout en œuvre pour que les projets de recherche visant à améliorer la santé soient menés à bien.

LA VOIX DES ACTEURS



A Report on Forum 11: Equitable access: Research challenges for health in developing countries

2008, 76 pages (anglais). ISBN 978-2-940401-03-1

Le Forum annuel du Forum mondial pour la recherche en santé est un événement international de première importance dans le domaine de la recherche en santé visant à favoriser le développement. En 2007, quelque 600 acteurs clés se sont réunis lors du 11^e Forum annuel, qui a eu lieu à Beijing, en République populaire de Chine,

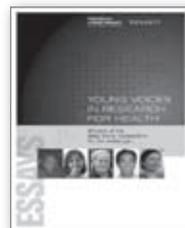
afin de discuter des enjeux de la recherche sur le plan de l'accès à la santé, des pratiques exemplaires visant à garantir un accès équitable à la santé et des lacunes observées dans ce domaine. Le rapport du 11^e Forum offre une vue d'ensemble des principales questions qui ont été soulevées : d'une part, on y décrit les points de vue des participants sur l'utilisation des données probantes dans le cadre de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions, et d'autre part, il vise à encourager l'innovation en recherche et à promouvoir l'équité et l'adoption de stratégies de recherche axées sur les droits humains. Parmi les autres thèmes centraux ayant été examinés, mentionnons l'établissement des priorités en matière de recherche, le renforcement des capacités de recherche, les possibilités de collaborations intersectorielles, la nécessité de faire un travail de sensibilisation pour accroître le nombre de travaux de recherche et les ressources consacrées à la recherche, et la diffusion des résultats des travaux de recherche. Le rapport est accompagné d'un CD-ROM convivial qui comprend les documents finaux du Forum.



Global Forum Update on Research for Health Volume 4: Equitable access: Research challenges for health in developing countries

2007, Pro-Brook Publishing.
180 pages (anglais). ISBN 978-2-940401-01-7

Dans le quatrième volume du Global Forum Update on Research for Health, une trentaine de représentants d'établissements de premier plan et de professionnels venant des quatre coins du monde font le point sur les travaux de recherche actuels visant à garantir un accès équitable à la santé dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire. Cette publication permet de mieux comprendre dans quelle mesure la recherche contribue, ou pourrait contribuer, à identifier et surmonter les barrières d'ordre économiques, géographiques, institutionnels, politiques, socioculturels et technologiques qui font obstacle à l'équité en matière d'accès à la santé, ainsi qu'à la mise à l'épreuve et à la validation des mesures destinées à favoriser un accès équitable à la santé pour tous.



Young Voices in Research for Health 2007: Winners of the 2007 essay competition for the under-30s

2007, 144 pages (anglais). ISBN 978-2-940401-00-0

« Il faut soutenir davantage les projets qui sont menés par les chercheurs et les réseaux de recherche des pays en développement et dont ils maîtrisent tous les aspects. »

« Que chacun de nous soit une porte d'accès. C'est à nous d'être la solution avant tout. »

Les citations ci-dessus reflètent le point de vue des jeunes sur le thème « Un accès équitable à la santé : les défis de la recherche dans les pays en développement ». Elles sont extraites du recueil intitulé Young Voices in Research for Health 2007 (Voix de jeunes pour la recherche en santé), qui contient les essais des gagnants du concours organisé conjointement par le Forum mondial pour la recherche en santé et la revue *The Lancet* en 2007.

À PROPOS DU FORUM MONDIAL POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ



2006 Review: Innovating for better health

2007, 28 pages (anglais). ISBN 2-940286-52-3

Ce compte rendu des activités menées par le Forum mondial pour la recherche en santé en 2006 met en lumière les stratégies innovatrices et globales qu'il propose en matière de recherche en santé, stratégies qui tiennent compte du fait que les facteurs qui déterminent la santé ont des origines complexes qui relèvent de facteurs multi-sectoriels. On y présente un survol des efforts déployés par le Forum mondial dans le but d'avoir un impact réel sur la santé dans le monde, notamment au travers des initiatives, des réseaux et des partenariats dont il a pris la tête ou au sein desquels il a joué un rôle second plan, et des études, des publications et des ateliers dont il était le responsable ou qu'il a soutenus.

RESSOURCES DISPONIBLES CD-ROM

- Publications du Forum mondial (2000 à 2007)
- Rapport du 11^e Forum et documents finaux



Global Forum for Health Research

HELPING CORRECT THE 10|90 GAP

F i n a n c e m e n t d e s s o i n s d e s a n t é

« Des systèmes de santé plus forts sont indispensables pour promouvoir l'équité en santé, fournir des interventions efficaces et s'assurer que les systèmes de santé participent aux objectifs de développement plus larges, comme les Objectifs du millénaire pour le développement des Nations Unies. Cette revue complète de l'expérience en matière de financement des soins de santé est une contribution majeure pour la littérature internationale. Elle représente une ressource inestimable pour les décideurs politiques, pour ceux qui apportent un appui technique aux décideurs politiques, pour les chercheurs et les étudiants ».

Lucy Gilson, à la tête du Réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé

Ce rapport passe en revue le financement des soins de santé dans les pays pauvres en ressources. Il offre un cadre d'analyse pour évaluer la performance d'un système de financement des soins de santé et le rendre plus équitable, plus efficient et plus pérenne grâce à l'optimisation des trois fonctions principales du financement des soins de santé, à savoir la collecte des revenus, la mise en commun des risques et l'achat.

Un tableau, facile à lire, présente de manière synthétique l'expérience internationale en matière d'exécution de ces fonctions. Il est présenté sous l'angle de la faisabilité, de l'équité, de l'efficacité et de la pérennité. Un résumé est disponible en anglais, en chinois, en espagnol, en français et en portugais .

Ce rapport présente des études de cas qui permettent de s'inspirer de l'expérience d'autres pays. Elles mettent en lumière certains des facteurs qui ont contribué au succès de la conception et de l'exécution de ces fonctions



Global Forum for Health Research
1-5 route des Morillons
PO Box 2100
1211 Geneva 2 - Switzerland

T +41 22 791 4260
F +41 22 791 4394
info@globalforumhealth.org
www.globalforumhealth.org