

# X. ÉQUITÉ DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE

## 1. Rapport sur la santé dans le monde 2000

L'OMS a commencé son analyse de l'équité des contributions financières versées par les ménages à un système de santé en posant la question : si on tient pour acquis les efforts de la société pour redistribuer les revenus, que sont les contributions équitables des ménages au système de santé ? À titre de déclaration normative, l'OMS a proposé que le sacrifice créé par la contribution au système de santé soit égalisé entre les ménages indépendamment de leur état de santé ou de leur utilisation des services de santé. On a interprété ce « sacrifice égal » comme une part égale de la capacité financière de chaque ménage. On n'a pas jugé que l'objectif du système de santé devait être de redistribuer les revenus, mais qu'il était basé sur l'idée qu'un système de santé doit être financé d'une façon équitable.

Les paiements des ménages pour le système de santé comprennent toutes les contributions financières attribuables aux ménages par le biais des impôts, des contributions à la sécurité sociale, de l'assurance privée et des paiements directs. On a défini la capacité financière des ménages comme le revenu véritable net des dépenses de subsistance, en considérant que le revenu véritable est le niveau de consommation d'un ménage (ou « revenu permanent » dans la perspective d'un cycle de vie). Les dépenses de subsistance doivent comprendre les dépenses pour la nourriture, pour un logement de base et un habillement minimum, mais pas pour la santé. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, il n'a cependant pas été possible d'obtenir d'estimations des besoins de base pour le logement et l'habillement minimum. La capacité financière a donc été mesurée simplement comme le total des dépenses de consommation moins la consommation pour la nourriture, et on a mesuré la contribution financière d'un ménage (HFC<sub>i</sub>) comme les paiements totaux au système de santé divisé par la capacité financière du ménage (CTP<sub>i</sub>).

On a élaboré un indice de l'équité de la contribution financière pour mesurer l'inégalité dans la distribution des contributions financières des ménages. Les dépenses catastrophiques étant considérées comme la principale préoccupation du système de financement de la santé, l'OMS a soutenu qu'il fallait accorder, dans l'indice d'inégalité, plus de poids aux ménages ayant des dépenses catastrophiques de santé. L'indice doit tenir compte des dépenses catastrophiques (inégalité horizontale extrême) et de l'inégalité horizontale modérée, et intégrer le fait que les gens s'attendent à ce que les riches paient plus, dans l'absolu, que les pauvres.

La formule utilisée pour calculer l'indice de l'équité de la contribution financière est la suivante:

$$FFC = 1 - 4 \left( \frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - \overline{HFC}|^3}{0.125n} \right)$$

où

$$\overline{HFC} = \frac{\sum HFC_i}{n}$$

C'est un indice des différences individuelles moyennes plus qu'un indice des différences interindividuelles, et il a été conçu à partir de l'hypothèse voulant que les gens pensent à leur situation par rapport à la contribution moyenne et qu'ils jugent l'inégalité en conséquence. Un autre choix serait que les gens jugent leur situation en fonction de celle d'autres personnes, et pas par rapport à une moyenne. On a choisi l'indice précédent après avoir réalisé une enquête par internet auprès de plus de 1 600 personnes dont la plupart semblaient se soucier plus de la différence entre leur contribution et celle de la moyenne de la population, que de la différence entre leur contribution et celle de toutes les autres personnes de la population.

On a estimé cet indice dans 21 pays qui avaient récemment réalisé des enquêtes sur le revenu et les dépenses des ménages. On a utilisé les résultats de ces pays dans une analyse de régression afin de déterminer les covariables cruciales pour l'indice FFC, et on a utilisé cette régression pour estimer l'indice FFC des 170 autres pays.

## **2. Principaux commentaires et critiques**

Les commentaires et les critiques ont porté sur trois domaines généraux : les questions techniques concernant l'indice utilisé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 ; les problèmes de disponibilité des données ; la pertinence de l'indice FFC en matière de politique.

### ***L'indice FFC***

La première critique technique adressée à l'indice utilisé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 affirmait qu'il pouvait pénaliser les pays ayant

des systèmes de paiement très progressifs parce que l'équité parfaite y était définie comme la situation dans laquelle tous les ménages contribuent à hauteur égale de leur capacité financière. On affirme alors que ces pays aux paiements très progressifs, où les riches paient une part plus importante de leur capacité financière que les pauvres, ont des systèmes de santé qui ne sont pas équitables (Shaw 2001; Wagstaff 2001; Ministry of Health, Vietnam 2001; Wagstaff and Van Doorslaer 2001; Travassos 2001; Ugá et al. 2001; WHO Regional Office for the Americas 2001; World Health Organization 2001).

Deuxièmement, l'indice FFC est perçu comme étant relativement insensible à l'inégalité verticale (Ammar et Kasperian, 2001), un aspect de la question auquel les responsables des politiques peuvent s'attaquer - contrairement à l'inégalité horizontale.

Troisièmement, mesurer la capacité financière comme étant égale aux dépenses totales moins les dépenses de nourriture parce que la plus grande partie de la dépense alimentaire des riches n'est pas une dépense de subsistance (Klavus 2000; Navarro 2000). Soustraire les dépenses de nourriture des dépenses totales pourrait conduire à sous-estimer la capacité financière des ménages riches (Ammar et Kasperian 2001)

Quatrièmement, la consultation technique et certaines des consultations régionales ont donné à penser que les caractéristiques des intervalles de l'indice FFC n'avaient pas été établies et qu'on ne pouvait pas interpréter les unités de cet indice (Szwarcwald 2002).

### ***Disponibilité des données***

Dans les enquêtes sur le revenu et les dépenses des ménages, on ne disposait d'une information appropriée pour calculer l'indice que dans 21 pays. Cela n'a pas été jugé suffisant pour estimer un indice FFC pour chacun des 191 États Membres — trop de données manquaient, tout simplement (Williams 2000; Nord 2002).

### ***Pertinence de l'indice FFC en matière de politique***

Certains commentateurs des consultations régionales ont suggéré que les responsables de l'élaboration des politiques devaient pouvoir aller dans le détail jusqu'aux composantes de l'indice, et déterminer leur impact sur l'inégalité verticale, l'inégalité horizontale et les paiements catastrophiques séparément. Une deuxième question était de savoir si les responsables de l'élaboration des politiques pouvaient être intéressés par les effets de la redistribution du revenu des paiements de santé, en plus de l'inégalité dans le fardeau financier des paiements (Wagstaff 2001).

Troisièmement, l'indice FFC ne tient pas compte de l'utilisation des services de santé (Travassos 2001). Un système dans lequel toutes les personnes paient la même faible part de leur capacité financière serait équitable selon l'indice, mais ne donnerait pas d'indication à savoir si les personnes n'ont pas pu obtenir les soins dont elles avaient besoin en raison de leur coût.

### **3. Réponses et propositions de l'OMS**

Depuis la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS a entrepris un travail d'analyse considérable afin d'examiner les implications des commentaires, des critiques et des suggestions provenant des consultations, de la documentation spécialisée et des membres du GESI. Cela a conduit à préparer une documentation de référence pour le GESI, et les propositions qui suivent ont été soumises au GESI pour le prochain cycle d'évaluation de la performance.

L'OMS propose de présenter un rapport régulier sur quatre indicateurs de l'équité des contributions financières. L'indice FFC se concentre sur l'effet des paiements sur le fardeau financier des ménages — ce qu'on évoque par le terme « espace du fardeau ». En plus de l'indice FFC, qui synthétise l'inégalité dans la distribution des fardeaux financiers, une mesure de seuil — la proportion des ménages faisant face à des dépenses catastrophiques dues à des paiements de santé — sera également présentée dans le rapport. En raison de l'intérêt manifesté par les responsables de l'élaboration des politiques et par les chercheurs depuis le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS propose d'estimer et de faire rapport sur l'effet des paiements de santé dans « l'espace du revenu ». On utiliserait deux indicateurs — l'effet des paiements de santé sur la distribution globale du revenu, et le pourcentage des ménages qui tombent sous le seuil de pauvreté en raison de paiements de santé. La documentation de référence de l'OMS préparée pour le GESI montre qu'il est possible d'utiliser les deux indicateurs avec les données disponibles, même si les différents indicateurs tentent de capter différents concepts.

En ce qui concerne l'indice FFC, l'OMS propose de changer la formule mathématique en utilisant une fonction à racine cubique pour ramener l'indice en unités naturelles, et permettre ainsi de l'interpréter plus facilement.

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - HFC_0|^3}{n}} \quad \text{où} \quad HFC_0 = \frac{\sum HE_i}{\sum CTP_i}$$

Cet indice est encore de la famille des moyennes individuelles et est une mesure absolue de l'inégalité. Il conserve la propriété de l'ancien indice FFC

en ce qu'il confère un poids plus important aux ménages ayant des dépenses catastrophiques.

L'OMS propose aussi de changer la mesure de la capacité financière des ménages (CTP) pour répondre à la critique voulant que les dépenses en nourriture ne constituent pas un bon indicateur pour les dépenses de subsistance. La CTP serait redéfinie comme égale aux dépenses totales des ménages moins le niveau de dépenses correspondant au seuil international de pauvreté (en monnaie locale), du moment que les dépenses totales dépassent ce seuil de pauvreté. Dans les ménages qui ont des dépenses totales inférieures au seuil de pauvreté estimé, on considère que la CTP représente les dépenses totales moins les dépenses en nourriture réelles d'un ménage. Le seuil de pauvreté estimé pour la « subsistance » est plus bas pour les ménages riches que les dépenses en nourriture totales utilisées dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 pour définir la « subsistance », ce qui augmente la capacité financière apparente des riches.

On définit toujours l'équité parfaite comme la situation où chaque ménage paie une part égale de sa CTP (redéfinie). Bien qu'il soit théoriquement possible que les pays ayant des systèmes fiscaux très progressifs puissent s'éloigner de l'équité totale en fonction de la façon dont on définit cette dernière, les résultats empiriques préliminaires provenant de 55 pays suggèrent que cela ne survient pas dans la réalité.

L'OMS a également communiqué au GESI les résultats de la décomposition de l'indice FFC en diverses composantes — celles dues à l'inégalité horizontale extrême liée aux dépenses de santé catastrophiques, à l'inégalité horizontale modérée et à l'inégalité verticale. L'inégalité verticale est une composante peu mesurée par rapport à l'inégalité horizontale. Pour les pays dont l'indice FFC a une valeur faible, l'inégalité est essentiellement attribuable aux dépenses de santé catastrophiques.

Depuis la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2000, on a déployé des efforts importants dans la collaboration avec les pays, afin de trouver de nouvelles sources de données. Actuellement, 104 enquêtes provenant de 80 pays sont disponibles, et l'OMS propose de continuer à chercher de nouvelles sources de données. Cela s'ajoutera aux questions comprises dans l'Enquête sur la santé dans le monde portant sur les biens.

En dernier lieu, il est possible que deux systèmes de santé aient le même résultat de FFC — et que, par exemple, tout le monde, dans le premier système, puisse avoir les moyens de se payer des services de santé, alors que, dans l'autre système, une partie de la population ne le puisse pas. L'OMS juge toutefois que, dans le second cas, la population aura des niveaux de santé plus mauvais et de plus importantes inégalités dans la santé, toutes choses étant égales par ailleurs, que dans le premier. Le problème de l'accès des pauvres se reflétera donc dans des résultats de santé plus mauvais et dans une réalisation globale inférieure des objectifs. Tenter d'expliquer la

non-utilisation des services due à l'incapacité de payer reviendrait à faire une double comptabilisation dans l'indice FFC.

#### **4. Commentaires et recommandations du GESI**

Le GESI appuie la suggestion de dresser régulièrement des rapports sur les quatre types de mesures de l'impact des paiements financiers des ménages — deux dans le domaine du fardeau et deux dans le domaine du revenu. Cela fournirait l'information utile aux responsables de l'élaboration des politiques sur différentes questions auxquelles ils pourraient vouloir répondre. Le GESI considère également que la nouvelle formule mathématique de l'indice FFC est une amélioration par rapport à la formule originale. La nécessité d'obtenir des données d'enquête sur les ménages à partir d'ensembles de données plus nombreux a constitué une des sources des critiques fréquentes et légitimes adressées au Rapport sur la santé dans le monde 2000. Le GESI insiste sur la nécessité pour l'OMS de réduire l'estimation des « données manquantes » au minimum.

Les membres du GESI ont noté que la formule d'estimation de l'indice FFC du Rapport sur la santé dans le monde 2000 avait probablement eu pour résultat que l'inégalité horizontale représentait la plus grande partie de l'inégalité dans les fardeaux financiers. Un des autres facteurs responsables de cette relativement petite composante d'inégalité verticale (comparée à l'inégalité horizontale) était que la progressivité avait déjà été introduite dans l'indice par le biais de la définition de la capacité financière. Les membres du GESI ont émis l'hypothèse que plus le degré de progressivité calculé dans la capacité financière est élevé, plus l'inégalité verticale est faible par rapport à l'inégalité horizontale dans la décomposition de l'indice FFC.

Certains des membres se sont dits préoccupés du fait que les pauvres pourraient ne pas utiliser les services de santé parce qu'ils ne pouvaient pas se le permettre. Il en résulterait que les pauvres auraient une contribution financière égale à zéro, par opposition aux riches qui contribueraient beaucoup. Il en résulterait une surestimation de la mesure de progressivité (Ammar et Kasperian 2001).

Bien que la proposition de l'OMS de prendre la racine cubique des différences de la formule originale (pour les ramener en unités naturelles) puisse apporter de meilleures caractéristiques d'intervalles à l'indice FFC, cela compliquerait la décomposition en diverses composantes. Les éléments constitutifs de l'indice FFC ne pourraient plus alors être simplement déduits par soustraction et rendraient l'inégalité plus difficile à interpréter.

Voici le détail des recommandations et des commentaires du GESI.

- (i) L'OMS devrait analyser les façons de contrôler les différences dans les périodes de référence au cours desquelles on demande aux ménages de faire le compte-rendu de leurs dépenses. Pour tout modèle de dépenses de santé ou de flux de revenus donné, le fardeau (ou le ratio) financier sera très sensible au cadre temporel au cours duquel on mesure les dépenses du numérateur et du dénominateur. Une dépense que l'on juge catastrophique pendant une période de référence d'une semaine ne peut pas être considérée comme catastrophique sur une période de référence d'un mois (ou plus). Comme les périodes de référence diffèrent selon les enquêtes nationales que l'on utilise pour analyser l'équité des contributions financières, on ne peut pas faire de comparaisons entre les pays sans contrôler ces différences.
- (ii) Indépendamment des problèmes empiriques qui surviennent quand on compare l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et l'inégalité de l'indice FFC entre les pays, on doit au préalable régler une question conceptuelle concernant la période de temps qui convient pour évaluer le fardeau financier. L'OMS doit détailler et justifier le concept de fardeau par rapport auquel on doit évaluer l'équité des contributions financières.
- (iii) Le GESI appuie l'utilisation du seuil de pauvreté pour définir la capacité financière, et il encourage l'OMS à étudier l'usage éventuel de différents seuils de pauvreté d'une région à l'autre.
- (iv) Il n'est pas nécessaire de définir le fardeau simplement en fonction de la capacité financière mesurée en tant que ratio des dépenses évoluant au cours de la période de temps appropriée. Une autre définition pourrait comprendre des variables classiques dans le dénominateur, tels des biens, financiers ou autres. L'OMS doit examiner des façons — méthodologiques et empiriques — d'intégrer les biens des ménages dans le calcul de la capacité financière.
- (v) Dans certains systèmes d'assurance maladie, il existe des différences dans les laps de temps qui séparent les dépenses de santé et celui où on reçoit un remboursement. Cela peut affecter la comparabilité de l'indice FFC dans différentes situations.
- (vi) Certains membres du GESI ont noté que l'inégalité des paiements directs a des conséquences politiques différentes par rapport à l'inégalité du financement global de la santé. Ils ont souhaité aussi qu'on évalue les obstacles financiers à une utilisation équitable de services de santé.
- (vii) L'utilisation des services de santé a une influence sur l'inégalité des contributions financières quand ces dernières sont versées en paiements directs. C'est principalement au sein des systèmes de soins de santé privés que les pauvres ne peuvent pas utiliser ces services

parce qu'ils ne peuvent pas se les payer. L'OMS doit examiner les partis pris qui résultent de la comparaison entre les mesures de l'inégalité des fardeaux financiers quand il existe différents degrés d'utilisation et de non-utilisation du système. La mesure actuelle de l'indice FFC de l'OMS compare les systèmes où les contributions financières et l'utilisation sont indépendantes des systèmes où elles sont endogènes et interdépendantes.

## **5. Références**

Almeida, C. M., P. Braveman, M. R. Gold, C. L. Szwarcwald, J. M. Ribeiro, A. Miglionico, J. S. Millar, S. Porto, N. R. Costa, V. O. Rubio, M. Segall, B. Starfield, C. Travassos, A. Ugá, J. Valente, and F. Viacava (2001): Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357(9269): 1692-1697.

Ammar, W. and R. Kasperian (2001): What is fair in financing fairness? *Lebanese Medical Journal*, 49(3).

Klavus, J. (2000): The Measure of Fair Financing in the World Health Report 2000. In eds. U. Häkkinen and E. Ollila. *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish Experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). [<http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm>]

Ministry of Health, Vietnam (2001): Comments and suggestions of Vietnam Ministry of Health/Health Policy Unit as regards the World Health Report 2000.

Navarro, V. (2000): Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, 356(9241): 1598-1601.

Nord, E. (2002): Measures of goal attainment and performance: A brief, critical consumer guide. *Health Policy*, 59(3): 183-191.

Shaw, R. P. (2001): The conceptual basis and the scope of health systems performance assessment in the World Health Report 2000. Invited commentary: Regional consultation of the Americas on health systems performance assessment. 8-5-2001, Washington, D.C. [[http://w3.whosea.org/hspa/back\\_cont\\_commentry.htm](http://w3.whosea.org/hspa/back_cont_commentry.htm)]

Szwarcwald, C. L. (2002): On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 177-182.

Travassos, C. (2001): Assessing health systems performance -- a critical appraisal about the WHO World Health Report 2000 and future developments. Paper presented at Conference on Restructuring of Health Services and Corporate Public Health in the Era of Reforms. 5-7-2001, Maastricht, The Netherlands.

Ugá, A. D., C. L. Szwarcwald, C. Almeida, C. Travassos, F. Viacava, J. M. Ribeiro, N. R. Costa, P. Buss, and S. Porto (2000): Views on the WHO 2000 Report. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

**RAPPORT DU GESI SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE  
DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

---

Ugá, A. D., C. M. Almeida, C. L. Szwarcwald, C. Travassos, F. Viacava, J. M. Ribeiro, N. R. Costa, P. M. Buss, and S. Porto (2001): Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cadernos de Saude Publica*, 17(3):705-712.

Wagstaff, A. (2001): Measuring equity in health care financing: Reflections on and alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index. Development Research Group and Human Development Network, World Bank. [<http://www.healthsystemsrc.org/>]

Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer (2001): Paying for health care: Quantifying fairness, catastrophe, and impoverishment, with applications to Vietnam 1993-1998. Paper presented at International Health Economics Association (iHEA) Conference. July 2001, York, United Kingdom.

Williams, A. (2000): Science or marketing at WHO? A Commentary on 'World Health 2000'. *Health Economics*, 10(2): 93-100.

WHO Regional Office for the Americas (2001): Regional consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment: Final Report. 8-5-2001, Washington, D.C.

World Health Organization (2001): Report on WHO technical consultation on fairness in financial contribution. 4-10-2001, Geneva, Switzerland.