

Résumés techniques pour décideurs

**Numéro 1
2005**

**ATTEINDRE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE :
LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME
DE FINANCEMENT**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Financement des systèmes de santé

Politiques de financement de la santé

Résumés techniques pour décideurs

Numéro 1
2005

ATTEINDRE LA COUVERTURE UNIVERSELLE: LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE FINANCEMENT

Pour assurer la couverture universelle dans les pays qui n'y sont pas encore parvenus, il faudra développer le prépaiement tout en reposant moins sur les paiements directs et la participation financière des usagers. Cela peut être fait par un système de financement par l'impôt plus étendu et plus équitable, un régime d'assurance maladie obligatoire, ou les deux à la fois. Sont indiquées ici les principales décisions à prendre lors de la transition pour mieux assurer les fonctions de financement de la santé - collecte des fonds, mise en commun des ressources, achat ou prestation des services.

Qu'est-ce que la couverture universelle et comment y parvenir ?

La couverture universelle¹ signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation.² Elle suppose donc un *accès équitable* et une *protection contre le risque financier*. Elle repose également sur la notion de financement équitable : la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on tombe malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir de contributions anticipées et mises en commun plutôt que de frais et d'honoraires facturés au malade quand il consulte les services.³

Pour instaurer la couverture universelle, il faut faire des choix concernant chacun des trois éléments dont se compose le système de financement de la santé :

- *collecte des fonds* : les contributions financières au système de santé doivent être collectées de manière équitable et rationnelle;
- *mise en commun des ressources* : les contributions sont regroupées afin que les dépenses de santé soient réparties entre tous les cotisants et non à la charge de chacun d'eux quand il tombe malade (ce qui demande un certain degré de solidarité sociale) ;
et
- *achat* : les cotisations sont utilisées pour acheter ou fournir des prestations adaptées

¹ Dorénavant, dans ce résumé technique la notion de 'couverture universelle' est équivalente à celle de 'couverture santé universelle'.

² Voir le document d'information - "Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale" sur lequel s'appuie la résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA58.33), www.who.int/health_financing. La résolution figure en annexe.

³ Voir le résumé technique pour décideurs n°2 sur la conception des systèmes de financement de la santé en vue de réduire les dépenses de santé catastrophiques.

et efficaces.

Les pays qui ont atteint la couverture universelle ont mis en place des systèmes de prépaiement qui reposent soit sur la fiscalité soit sur un régime d'assurance maladie obligatoire⁴. Dans le système fondé sur l'impôt, les recettes fiscales générales sont la principale source de financement et l'Etat utilise les fonds pour fournir ou acheter les services de santé. Dans le système d'assurance maladie obligatoire, les contributions émanent des salariés, des travailleurs indépendants, des entreprises et de l'Etat. Dans l'un comme dans l'autre, les cotisations sont mises en commun et seuls ceux qui en ont besoin bénéficient des prestations. Les risques financiers liés aux problèmes de santé de la population dans son ensemble sont répartis entre tous les cotisants et la mise en commun des fonds remplit donc une fonction d'assurance. Dans un système basé sur l'impôt, l'assurance est implicite (en général, le contribuable ignore quelle proportion de ses impôts sert à financer les services de santé), tandis que dans un système d'assurance maladie obligatoire, elle est explicite (les cotisants savent en général combien ils versent pour la santé). Mais dans les deux systèmes, les fonds sont généralement utilisés pour acheter ou assurer les services en faisant appel à la fois à des prestataires publics ou privés. En règle générale, les contributeurs individuels ont droit à un ensemble spécifique de prestations ; dans les systèmes de financement par l'impôt, les enveloppes de prestations sont également fonction du type de services disponibles ou du moment auquel ils peuvent être utilisés, mais elles ne sont pas toujours définies en détail.

Les pays ont très souvent un système de financement mixte où certains groupes sont couverts par l'assurance maladie obligatoire et le reste de la population par les recettes fiscales générales. Dans presque tous les systèmes, les individus ou les ménages paient encore directement une partie des services dont ils bénéficient (honoraires ou participation financière pour les consultations, médicaments, examens, hospitalisation, etc.), mais ces paiements représentent généralement une faible proportion des dépenses de santé totales alors qu'ils sont bien plus importants dans les pays qui n'ont pas encore la couverture universelle.

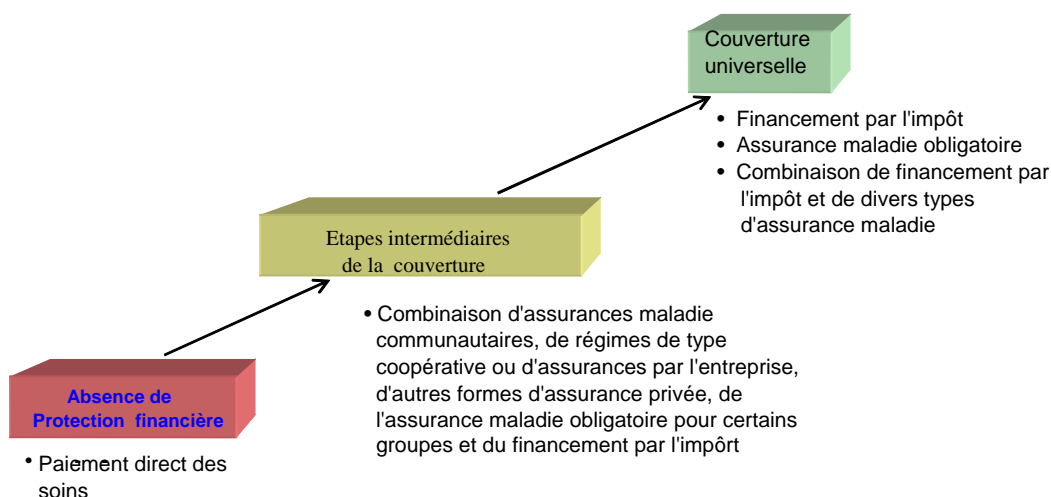
Transition vers la couverture universelle

Les systèmes de financement devront évoluer au fil des ans pour parvenir à la couverture universelle. Au début de la transition, la couverture est encore partielle et les groupes les plus pauvres sont souvent les moins bien protégés. Les frais et les honoraires dont doivent s'acquitter les ménages quand ils utilisent les services restent très importants. Dans les étapes suivantes, il faudra passer du paiement direct au paiement anticipé, en combinant éventuellement différentes formules de prépaiement, pour protéger la population des risques financiers tout en réunissant suffisamment de fonds pour fournir les services. Le prépaiement peut prendre la forme d'assurances maladie communautaires, de régime de type coopérative ou d'assurances par l'entreprise, d'autres formes d'assurance privée et d'une assurance maladie obligatoire pour certaines catégories de personnes. Presque toutes les formules nécessiteront le maintien d'un financement plus ou moins important par l'impôt (voir la Figure 1).

⁴ Dans ce résumé technique, la notion d'assurance maladie obligatoire est équivalente à celle de l'assurance maladie sociale.

Les mécanismes en place au stade intermédiaire ne disparaîtront pas nécessairement une fois que la couverture universelle sera atteinte. Ils peuvent même se révéler d'importants mécanismes institutionnels sur lesquels s'appuyer. Par ailleurs, dans chacun des mécanismes de la couverture universelle, on peut recourir à l'assurance maladie privée pour financer les services qui ne font pas partie de l'enveloppe de prestations universelle.

Figure 1 : la transition vers la couverture universelle



L'un des problèmes cruciaux de la transition est la fragmentation entre une multitude de petites caisses. Elles sont parfois si petites qu'elles courent un risque financier ou font faillite quand plusieurs adhérents ont besoin de soins coûteux. Les responsables politiques doivent s'assurer dès les premières étapes qu'il existe des mécanismes structurels - ou mesures de péréquation du risque - pour transférer les fonds des caisses pour lesquelles le risque est faible à celles qui sont plus exposées. En outre, quand les caisses fonctionnent selon des critères géographiques ou sont autorisées à n'assurer que les personnes favorisées ou en bonne santé, certaines sont plus riches que d'autres ; d'où des inégalités d'accès aux services, contre lesquelles l'Etat se doit d'agir en réglementant l'affiliation aux caisses.

Rapidité de la transition

Quel que soit le mécanisme de financement qu'un pays décide d'adopter, la transition vers la couverture universelle peut prendre plusieurs années, voir plusieurs dizaines d'années. Il s'est ainsi écoulé 36 ans au Japon entre la promulgation de la première loi sur l'assurance maladie et celle qui a institué la couverture universelle. Il a fallu aussi longtemps au Royaume-Uni pour instaurer un système universel basé sur l'impôt.

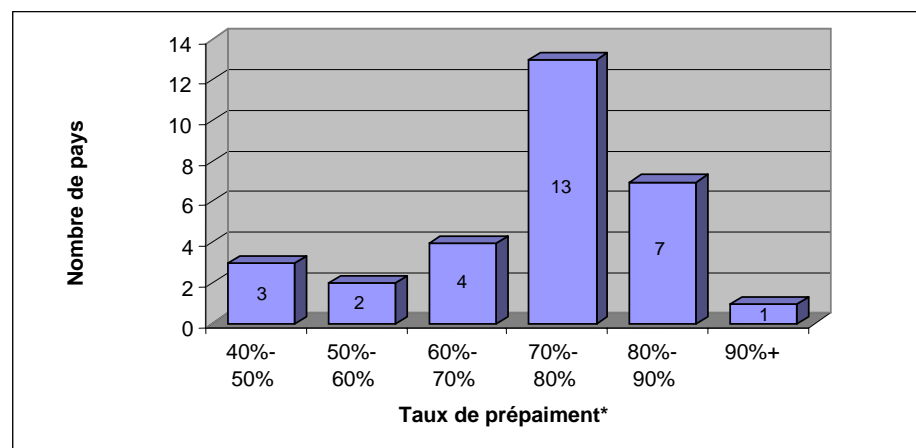
La rapidité du passage à la couverture universelle dépend de plusieurs facteurs. Parmi ceux qui ont tendance à accélérer la transition figurent: une forte croissance économique, la population ayant alors les moyens de cotiser davantage au système de financement de la santé ; l'essor du secteur structuré, qui facilite l'estimation des revenus et le prélèvement des cotisations ; et un personnel qualifié capable

d'administrer un système national. Les autres éléments qui facilitent la transition sont l'adhésion de la société au principe de solidarité, la bonne gestion des affaires publiques et la confiance que la population fait au gouvernement.

Degré de prépaiement

Il est rare que la totalité des dépenses de santé soient couvertes par le prépaiement. La plupart des systèmes prévoient, à un degré ou à un autre, la participation aux frais ou la rémunération à l'acte par les particuliers ; cette formule aide par ailleurs à éviter la surconsommation (médicaments, examens, hospitalisations). Il est primordial que les paiements directs lors de la prestation des services ne représentent pas une dépense telle qu'ils réduisent l'accès aux soins ou exposent les malades à d'importants risques financiers. A titre d'illustration, la Figure 2 indique le degré de prépaiement dans les 30 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui tous ont déjà instauré ou sont en voie d'instaurer la couverture universelle. Comme on le voit, à l'exception de trois d'entre eux, tous couvrent la majeure partie de leurs dépenses de santé par le paiement anticipé et la mise en commun des ressources, et dans 21 d'entre eux la part du prépaiement dépasse 70%.

Figure 2 : Taux de prépaiement dans les pays de l'OCDE



* Dépenses de santé prises en charge par le système de financement de la couverture universelle par rapport aux dépenses de santé totales.

Quel mécanisme de financement les pays doivent-ils choisir ?

Il n'y a pas de système de collecte des contributions meilleur que les autres en toutes circonstances ou qui présente de nets avantages du point de vue des résultats sanitaires, de la réponse aux besoins des patients et de l'efficacité. D'ailleurs, 15 des pays de l'OCDE ont un système où l'assurance maladie obligatoire domine, 12 ont un système fondé sur l'impôt et 3 un système mixte.

Il faut cependant faire des choix importants quel que soit le type de mécanisme retenu.

- *Efficacité administrative et transparence.* Le financement par l'impôt se distingue souvent par son efficacité concernant la perception des recettes, car les fonds passent directement du ministère des finances à celui de la santé, pour être ensuite affectés aux services de santé ou aux districts du pays. En revanche, l'assurance maladie

obligatoire peut s'avérer une méthode de financement plus transparente, car les ménages et les entreprises cotisent directement et bénéficient d'un ensemble de prestations prédéfini. Quand il existe plusieurs caisses d'assurance, les particuliers peuvent être en partie libres de s'affilier à celle de leur choix. Mais dans les pays pauvres où le secteur non structuré est très important, il est difficile de savoir combien les gens gagnent et par conséquent de prélever les impôts et les cotisations à l'assurance maladie. Il est important en ce cas de trouver les moyens de collecter les contributions de façon plus efficace et plus équitable.

- *Stabilité du financement.* Aucun système ne présente un net avantage de ce point de vue. Les systèmes fondés sur l'impôt tirent leur revenu d'un vaste ensemble de sources, le débat de politique générale portant souvent sur le pourcentage des recettes qu'il convient d'allouer à la santé. A l'inverse, dans les systèmes d'assurance maladie obligatoire, il s'agit plutôt d'éviter de dépendre exclusivement des retenues sur les salaires, en recourant par exemple à des subventions de l'Etat.

- *Équité.* Aucune méthode ne semble l'emporter sur les autres dans tous les cas. Dans les systèmes fondés sur l'impôt, l'équité du financement dépend du caractère plus ou moins progressif ou régressif de la fiscalité. Dans les systèmes d'assurance maladie obligatoire, la question est de savoir si les cotisations sont les mêmes pour tous les assurés ou si elles varient selon le revenu. Dans le premier cas, la méthode est régressive. Autre point important : tous les assurés bénéficient-ils de la même enveloppe de prestations ? Là encore, dans les systèmes de financement par l'impôt comme dans les systèmes d'assurance maladie obligatoire, la situation est parfois équitable, parfois non. Quel que soit le type de système, il faut donc choisir avec soin les méthodes qui vont permettre de collecter équitablement les contributions et de garantir un accès équitable aux services.

- *Mise en commun.* Les deux types de système présentent des risques de fragmentation des ressources s'il n'y a pas de réglementation. Dans les systèmes basés sur l'impôt, la fragmentation sera géographique, surtout quand il y a une grande décentralisation. Dans les systèmes d'assurance maladie obligatoire, ce sont les caisses qui sont fragmentées, l'affiliation pouvant se faire d'après des critères autres que le lieu de résidence, par exemple la profession. Dans les deux systèmes, il doit exister des mesures de péréquation du risque pour remédier aux disparités et faire en sorte que les caisses peu nanties offrent la même gamme de services de santé que les caisses plus riches.

Achat. Tous les systèmes de financement de la santé font face à des problèmes similaires: fournir les services de santé ou les acheter, définir les prestataires et choisir les mécanismes de financement. Le fait que l'Etat joue un rôle crucial dans la collecte des contributions ne signifie pas nécessairement qu'il doit assurer les prestations. La plupart des systèmes allient plusieurs méthodes de prestation de services faisant appel à la fois aux prestataires publics et aux prestataires privés à but lucratif ou non lucratif. De la même façon, les deux types de système utilisent plusieurs méthodes pour acheter les soins en dehors du secteur public, le principal objectif étant d'inciter les dispensateurs à fournir des prestations bien adaptées et de grande qualité. Un autre 'Résumé Technique pour Décideurs' mettra l'accent sur les mécanismes de paiement des prestataires et la mesure dans laquelle ils incitent à offrir des soins préventifs et curatifs de bonne qualité.

Les responsables politiques qui souhaitent conduire leur pays vers la couverture universelle doivent donc prendre d'importantes décisions concernant les modalités de collecte et de mise en commun des contributions, de prestation ou d'achat des services, quel que soit le système de financement pour lequel ils optent. Leur préférence pour tel ou tel mécanisme dépendra sans doute de l'histoire de celui-ci ainsi que des contraintes et des possibilités sociales, économiques et politiques. L'un des facteurs décisifs est le contexte structurel, qui permet de s'appuyer ou non sur les institutions existantes. Par exemple, quand un pays a déjà un système de financement par l'impôt qui fonctionne bien, il peut être judicieux de poursuivre dans cette voie. A l'inverse, s'il existe depuis longtemps des mutuelles de santé ou des caisses maladie privées, le pays décidera peut-être de s'appuyer sur cette base. Quoi qu'il en soit, une *bonne gestion des affaires publiques* et une forte *volonté politique* d'entreprendre les réformes nécessaires sont essentielles.

La *situation économique* est un autre facteur important. Un système basé sur l'impôt semblera très indiqué quand l'économie est solide et la croissance forte, car on peut alors compter durablement sur les finances publiques. Par contre, un système d'assurance maladie obligatoire semblera mieux convenir en période prolongée de restrictions budgétaires, car il permet de mettre d'autres acteurs à contribution et d'affecter d'emblée les ressources financières qui en résultent à la santé. Cette option peut toutefois avoir des effets négatifs sur l'emploi, surtout dans les pays à faible revenu (si le financement de l'assurance maladie obligatoire dépend trop des retenues sur les salaires), et la gestion peut poser problème (notamment l'enregistrement et le prélèvement des cotisations des travailleurs indépendants et des travailleurs du secteur non structuré).

Quelle que soit la façon dont les fonds sont collectés, il faut prendre des décisions éclairées sur les moyens de les mettre en commun et de s'en servir pour acheter ou fournir les services. C'est en partie pour cette raison qu'on trouve une si large gamme de mécanismes structurels dans les pays qui ont instauré la couverture universelle.

Conclusion

Finalement, le choix d'un pays pour un système de financement doit être guidé par la recherche de la meilleure manière d'atteindre la couverture universelle, en tenant compte de sa situation présente. Le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques sont les principes de base pour garantir l'accès aux services et la protection financière. La couverture universelle n'est réalisable que s'il existe des institutions qui mettent en commun les fonds versés à l'avance et qui s'en servent pour fournir les services (promotion de la santé, prévention, traitement et réadaptation) de façon efficiente et équitable. Les pouvoirs publics doivent jouer un rôle important en orientant le processus tout en conservant un certain pragmatisme pendant la transition afin de répondre aux changements sociaux ou économiques.

© Organisation mondiale de la Santé 2005

La présente note a été rédigée par G. Carrin, C. James et D. Evans, du Département de l'OMS Financement des systèmes de santé (HSF). Les auteurs tiennent à remercier A. Akal, D. Bayarsaikhan, T. Evans, A. Kebe, J. Kutzin, B. Sabri, H. Salehi, J. Kirigia, M. Skold et E. Villar pour leurs commentaires et suggestions. Ils remercient également J. Perrot pour ces commentaires, ainsi que pour ses avis lors de la préparation de cette note en français. Nous tenons aussi à remercier Pat Butler pour son aide à la rédaction et Manique Abayasekara pour la mise-en-page de ce Résumé. Les vues exprimées dans la présente note sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

ANNEXE

WHA58.33

25 mai 2005

CINQUANTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 13.16 de l'ordre du jour

Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les systèmes de sécurité sociale ;¹

Notant que les systèmes de financement de la santé de nombreux pays demandent encore à être développés pour garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier ;

Convenant que, quelle que soit la source de financement du système de santé retenue, le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques sont des principes fondamentaux de la protection contre le risque financier ;

Considérant que le choix d'un système de financement de la santé doit être effectué dans le cadre particulier de chaque pays ;

Reconnaissant qu'un certain nombre d'Etats Membres sont engagés dans des réformes du financement de la santé reposant parfois sur des approches mixtes public-privé, et notamment sur l'introduction de systèmes de sécurité sociale ;

Notant que certains pays ont récemment bénéficié d'importants apports de fonds extérieurs en faveur de la santé ;

Reconnaissant l'importance du rôle des organes législatifs et exécutifs de l'Etat dans la réforme des systèmes de financement de la santé en vue de parvenir à la couverture universelle ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé en vue de

¹ Document A58/20.

répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins ;

2) à veiller à une répartition adéquate et équitable d'infrastructures de soins et de ressources humaines pour la santé de qualité, de sorte que les assurés bénéficient de services de santé équitables et de qualité conformément aux prestations prévues ;

3) à faire en sorte que les fonds extérieurs destinés à des programmes de santé ou activités spécifiques soient gérés et organisés de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes de financement durables pour le système de santé dans son ensemble ;

4) à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et à instaurer la santé pour tous ;

5) à reconnaître que lors de la transition vers la couverture universelle, chaque option devra être mise en place compte tenu du contexte macroéconomique, socioculturel et politique particulier de chaque pays ;

6) à tirer parti, le cas échéant, des possibilités de collaboration qui existent entre les dispensateurs publics et privés et les organisations de financement de la santé, sous la tutelle ferme des pouvoirs publics ;

7) à mettre en commun leurs données d'expérience sur les différentes méthodes de financement de la santé, y compris la mise en place de systèmes de sécurité sociale et de systèmes privés, publics et mixtes, notamment en ce qui concerne les mécanismes institutionnels établis pour s'acquitter des principales fonctions du système de financement de la santé ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir, à la demande des Etats Membres, un soutien technique au renforcement des capacités et des compétences pour la mise en place de systèmes de financement de la santé, en particulier de systèmes de prépaiement, sécurité sociale comprise, en vue de parvenir à l'objectif de la couverture universelle et de prendre en compte les besoins particuliers des petits pays insulaires et autres pays peu peuplés ; et de collaborer avec les Etats Membres à l'institution d'un dialogue social concernant les options en matière de financement de la santé ;

2) de fournir aux Etats Membres, en coordination avec la Banque mondiale et d'autres partenaires compétents, des informations techniques concernant l'impact potentiel des apports de fonds extérieurs en faveur de la santé sur la stabilité macroéconomique ;

3) de mettre en place des mécanismes viables et durables, y compris en organisant des conférences internationales à intervalles réguliers, en fonction des ressources disponibles, afin de faciliter l'échange continu de données d'expérience et d'enseignements sur les systèmes de sécurité sociale ;

4) d'apporter un soutien technique pour aider à recenser les données et les méthodologies permettant de mieux mesurer et analyser les avantages et le coût des différentes pratiques en matière de financement de la santé, qu'elles portent sur la perception des recettes, la mise en commun des ressources ou la prestation ou l'achat de services, en tenant compte des différences économiques et socioculturelles ;

5) de fournir un soutien aux Etats Membres, s'il y a lieu, afin de mettre au point et d'appliquer des méthodes et des outils permettant d'évaluer l'impact sur les services de santé des changements apportés aux systèmes de financement de la santé à mesure qu'ils progressent vers la couverture universelle ;

6) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution, y compris sur les questions en suspens soulevées par les Etats Membres au cours de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 – Commission A, huitième rapport)