



Systemes de sécurité sociale

Rapport du Secrétariat

1. Suite au débat qui a eu lieu à la cent quatorzième session du Conseil exécutif,¹ le Secrétariat a poursuivi l'examen avec les Etats Membres de leur expérience en matière de financement des systèmes de santé et du soutien technique dont ils auraient besoin. Le présent document rend compte des résultats de ces discussions et, comme convenu à la cent quatorzième session du Conseil, présente également un projet de résolution sur la question.

2. La couverture maladie universelle est définie comme l'accès de tous à des prestations essentielles liées à la promotion de la santé, à la prévention, au traitement et à la réadaptation, et cela à un coût abordable pour permettre d'instaurer l'**équité d'accès**. Le principe de **protection contre le risque financier** consiste à faire en sorte que le coût des soins n'expose pas les gens à un risque de catastrophe financière. L'un des objectifs connexes de la politique de financement de la santé est l'**équité de financement** : les ménages contribuent au système de santé sur la base de leur capacité de paiement. La couverture universelle est conforme au concept OMS de santé pour tous et de soins de santé primaires.

3. La couverture maladie universelle passe par la mise en place de dispositifs qui permettent de recueillir les cotisations financières en faveur du système de santé de manière efficace et équitable auprès de différentes sources ; de mettre en commun ces cotisations de sorte que le risque afférent au paiement des services de santé soit réparti entre tous et non pas supporté uniquement par le malade ; et d'utiliser ces cotisations pour fournir ou acheter des prestations sanitaires efficaces. L'efficacité et l'équité des systèmes de financement de la santé dépendent donc de la façon dont les pays allient ces différentes fonctions.

4. Les cotisations financières au système de santé sont prélevées dans la plupart des pays sur les ménages et les entreprises, même, si dans de nombreux cas, des flux extérieurs comme l'aide publique sont aussi des sources importantes de financement. L'augmentation récente des fonds extérieurs disponibles pour la santé est susceptible de favoriser d'importantes améliorations de la santé dans les pays pauvres. Les institutions financières multilatérales et certains ministères des finances craignent cependant que ces flux n'affectent la stabilité macroéconomique. De plus, ces fonds sont parfois utilisés pour financer des programmes particuliers, plus ou moins indépendamment des efforts déployés pour mettre sur pied des systèmes et des institutions de financement durables pour le système

¹ Voir document EB114/2004/REC/1, procès-verbal de la cinquième séance.

de santé dans son ensemble. Il est important que la gestion des fonds extérieurs destinés à des activités particulières soit conforme à l'objectif plus général de développement des systèmes de financement et d'évolution vers une couverture maladie universelle.

5. Bien qu'il existe diverses solutions en ce qui concerne l'institution de la couverture maladie universelle, l'une des principales caractéristiques communes des systèmes les plus efficaces est le paiement anticipé et la mise en commun d'une partie des cotisations financières des ménages, qui sont généralement la principale source des dépenses de santé générées au niveau national. L'expérience montre en outre qu'il est important de pouvoir compter sur des sources de financement obligatoires telles que les recettes fiscales sous leurs différentes formes, les déductions sur les salaires ou les cotisations à l'assurance-maladie obligatoire. Le prépaiement sur une base volontaire peut jouer un rôle dans certains cas, mais il est peu probable que l'on parvienne à la couverture universelle sur la base des seules cotisations volontaires.

6. On distingue deux grandes sources de financement de la couverture universelle. La première est le recours aux recettes fiscales générales comme principale source de financement du risque, système auquel l'on se réfère également comme **financement de la santé par l'impôt**. La seconde est l'introduction d'une **assurance-maladie de type « sécurité sociale »**, soit une situation dans laquelle les cotisations spécifiquement destinées à la santé sont prélevées sur les salariés, les professions libérales et l'Etat et mises en commun au sein d'une caisse unique ou de plusieurs caisses de sécurité sociale. Dans le premier cas, tous les ressortissants nationaux (et parfois les résidents) ont droit aux services, c'est-à-dire que la couverture est automatiquement universelle. Dans le cas de la sécurité sociale, les prestations sont liées au versement d'une cotisation par une certaine partie de la population ou pour le compte de celle-ci. Il n'y aura universalité que si des cotisations sont versées pour tous les membres de la collectivité. C'est pour cette raison que la plupart des systèmes de sécurité sociale associent différentes sources de financement, l'Etat cotisant souvent pour le compte des personnes qui n'ont pas les moyens de le faire.

7. Certains pays panachent les deux systèmes. Une partie de la population est couverte directement par les recettes fiscales générales, tandis que d'autres groupes de population particuliers sont couverts soit par des cotisations obligatoires au régime de sécurité sociale soit par divers types d'assurance-maladie volontaire.

8. Aucun système de santé ne couvre la totalité des coûts des services à partir de fonds versés par anticipation et mis en commun, prélevés par l'impôt ou par les cotisations d'assurance. La plupart exigent une forme quelconque de participation aux frais, parfois de nature informelle, au moment de la prestation des services. L'idée est de restreindre la demande et/ou de limiter les coûts pour l'Etat ou pour la caisse d'assurance-maladie. Toutefois, il est capital que la contribution relative constituée par les paiements directs des patients au moment de la prestation de services ne soit pas élevée au point de réduire l'accès aux soins et de nuire ainsi à la protection contre le risque financier associé aux dépenses de santé individuelles élevées. On estime que jusqu'à 178 millions de personnes chaque année pourraient se trouver dans une situation financière catastrophique en raison du paiement direct des dépenses de santé, et que 104 millions pourraient être réduites à la pauvreté uniquement du fait de leurs dépenses de santé.¹

9. Tous les mécanismes organisationnels visant à collecter des fonds et à les mettre en commun sont confrontés à la nécessité d'utiliser ces ressources financières de la façon la plus efficace possible

¹ Preliminary global estimates on the population subjected to catastrophic expenditure and impoverishment. OMS, novembre 2004.

pour acheter ou fournir des services de santé appropriés de façon volontariste. Ces prestations peuvent être dispensées par l'Etat ou être sous-traitées auprès de dispensateurs privés, ou les deux à la fois. Dans tous les cas, l'Etat doit faire en sorte que des incitations soient mises en place pour encourager les prestataires à fournir uniquement les services nécessaires et des services de qualité.

10. Les systèmes de financement de la santé qui offrent une couverture maladie universelle ont généralement été mis en place sur plusieurs années, la couverture de la population étant généralement incomplète pendant cette période de transition. Dans les pays qui n'offrent toujours pas de couverture universelle, différents mécanismes couvrent différents groupes – par exemple prestation de services basée sur les recettes fiscales, assurance-maladie communautaire ou sous forme de coopérative, ou encore assurance-maladie privée. Tous ces systèmes continueront de coexister pendant un certain temps jusqu'à ce que la couverture universelle soit instituée, mais les éléments disparates devront alors être réunis.

11. La transition vers la couverture universelle peut prendre plusieurs années, voire plusieurs décennies. Plusieurs facteurs déterminent la rapidité de la transition. Les éléments essentiels sont l'acceptation relative de la valeur et de la notion de solidarité dans la société, l'efficacité de la tutelle de l'Etat et la confiance de la population dans l'Etat et ses institutions. L'un des principaux facteurs restrictifs est l'aptitude des pouvoirs publics à mobiliser des recettes fiscales ou des cotisations d'assurance. Une forte croissance économique accroît la capacité des gens à cotiser au système de financement de la santé. Accompagnée d'une croissance du secteur formel, elle permet également à un système de financement de la santé quel qu'il soit d'évaluer plus facilement les recettes et le montant des cotisations des ménages (c'est-à-dire de prélever des impôts ou des cotisations d'assurance). Autre facteur : la disponibilité de personnel administratif qualifié susceptible de faciliter l'administration du système à l'échelle nationale.

12. Aucun mécanisme particulier du financement de la santé ne peut être qualifié d'optimal ni recommandé dans toutes les situations. En effet, sur les 30 Membres de l'OCDE, 15 sont dotés d'un système financé essentiellement à partir de cotisations mises en commun au sein d'une caisse de sécurité sociale, 12 sont dotés de systèmes largement financés par les recettes fiscales générales et trois de systèmes de financement mixtes. Pratiquement tous les pays qui pratiquent la mise en commun des cotisations bénéficient également d'un financement du budget de l'Etat pour offrir une couverture à des groupes de population particuliers comme les plus démunis. De plus, tous pratiquent une forme quelconque de participation aux frais pour différents types de prestations ou pour les produits pharmaceutiques. Il est difficile de donner l'avantage à un système de financement ou un autre en considérant l'impact sur la santé, la réactivité aux besoins des patients ou l'efficacité.

13. Toutefois, l'impact d'un système de financement de la santé dépend non seulement de la façon dont les fonds sont collectés, mais également de la façon dont ils sont mis en commun puis utilisés pour offrir ou acheter des services de santé. Il ne faut pas se concentrer uniquement sur la question de la collecte de recettes, qui ne relève pas toujours de la compétence du ministère de la santé. Des améliorations sur le plan de l'efficacité et de l'équité peuvent également être apportées en examinant la façon dont les recettes sont mises en commun, puis utilisées pour acheter et dispenser des services et des prestations sanitaires. Les organisations qui participent au système de financement de la santé – qu'il s'agisse du ministère de la santé ou d'autres ministères ou des caisses d'assurance-maladie – doivent pouvoir bénéficier de mesures d'incitation appropriées pour atteindre l'objectif de la couverture universelle à travers la collecte de recettes suffisantes et des arrangements convenables pour la mise en commun des ressources et l'achat de prestations.

14. A un moment ou à un autre, différents obstacles et possibilités d'ordre social, économique et/ou politique impliqueront des choix particuliers pour passer d'un système de financement de la santé à un

système de couverture universelle. L'un des premiers facteurs à considérer à cet égard est le contexte organisationnel, c'est-à-dire la possibilité de tirer parti des institutions existantes lorsque celles-ci fonctionnent correctement. Deuxièmement, l'administration générale par les pouvoirs publics et notamment une volonté politique forte d'engager une réforme particulière du financement de la santé sont déterminantes. Troisièmement, l'état de l'économie est important aussi bien du point de vue de la croissance globale que de l'étendue du secteur formel de l'emploi ; la croissance économique et la croissance du secteur formel accroissent l'aptitude des pouvoirs publics à mobiliser un financement obligatoire en faveur de la couverture universelle. Enfin, une préoccupation commune à tous les systèmes de financement de la santé tient à l'existence d'un personnel administratif qualifié en nombre suffisant pour s'acquitter de toutes les fonctions liées au financement.

15. En dernier ressort, la décision d'un pays de modifier son système de financement de la santé doit être guidée par ses choix concernant la collecte de fonds, la mise en commun des ressources et l'achat de prestations, et les arrangements organisationnels connexes le plus susceptibles de conduire à la couverture maladie universelle, en tenant compte des valeurs sociétales et des objectifs collectifs qui sont les siens. Les méthodes de paiement anticipé, de mise en commun des ressources et de répartition des risques sont des principes fondamentaux de la protection financière, qui exigent une attention particulière lorsque ces mécanismes ne sont pas bien développés. L'achat ou la prestation de services au moyen de fonds communs demande également une attention spéciale pour que les besoins de la population et la question de l'équité soient pris en compte de façon optimale.

16. En réformant les systèmes de financement de la santé, les gouvernements doivent garder un rôle de tutelle important afin de diriger la mise en oeuvre tout en conservant un certain pragmatisme, sachant que les sociétés et les économies sont des forces dynamiques et que la transition vers la couverture universelle demandera probablement plusieurs années.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

17. Le Conseil exécutif est invité à examiner le projet de résolution suivant :

Le Conseil exécutif,

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

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

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 ;

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

¹ Document EB115/8.

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 de financement de la santé, dont certaines supposent l'introduction de la couverture maladie universelle ;

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

Reconnaissant l'importance du rôle de tutelle des pouvoirs publics 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 instituent ou développent le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour le secteur de la santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation des individus ayant besoin de soins coûteux ;
- 2) 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 et d'institutions de financement durables pour le système de santé dans son ensemble ;
- 3) à prévoir la transition vers la couverture maladie universelle de tous les ressortissants de façon à contribuer à la lutte contre la pauvreté, à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et à la santé pour tous ;
- 4) à reconnaître qu'en gérant la transition vers la couverture maladie universelle, chaque option devra être mise en place compte tenu du contexte macroéconomique, socioculturel et politique particulier de chaque pays ;
- 5) 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 générale des pouvoirs publics ;
- 6) à mettre en commun leurs expériences de la réforme du financement de la santé, y compris en ce qui concerne la mise en place de systèmes de sécurité sociale, 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 maladie

universelle ; 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 des informations techniques concernant l'impact potentiel des apports de fonds extérieurs en faveur de la santé sur la stabilité macroéconomique ;

3) de constituer une base de connaissances qui permette de repérer les meilleures pratiques en matière de financement de la santé, portant sur la perception des recettes, la mise en commun des fonds, et la prestation ou l'achat de services, en tenant compte des différences économiques et socioculturelles ;

4) de mettre au point des outils et des méthodes 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, et d'offrir un soutien technique aux pays souhaitant y avoir recours.

= = =