



Table ronde ministérielle

Trouver de l'argent : les ministres face à des dilemmes

OBJECTIFS POLITIQUES

1. Les questions de financement posent de nombreux problèmes aux ministres de la santé du monde entier. Les préoccupations relatives aux niveaux de financement & qu'ils soient insuffisants ou excessifs & peuvent faire perdre de vue les objectifs plus larges de la politique de financement de la santé qui sont les suivants :

- C allouer et gérer les ressources de façon à améliorer la santé des populations tout en réduisant les inégalités évitables;
- C répartir les charges de manière équitable dans la population pour la récolte des fonds;
- C allouer et gérer les ressources de façon à assurer une répartition plus juste des services tout en veillant à ce qu'ils répondent aux attentes de la population;
- C protéger l'individu, la famille et la communauté contre des niveaux de dépenses de santé conduisant à un appauvrissement;
- C obtenir un maximum de progrès sur chacune de ces questions dans la limite des ressources disponibles.

2. Ces objectifs impliquent que le financement de la santé est beaucoup plus qu'une simple question de niveau de financement. On peut, pour simplifier, considérer le contenu d'un système de financement de la santé comme la collecte, la gestion et l'allocation de fonds pour le système de santé. Les pays ont fait différents choix concernant les méthodes et dispositions institutionnelles utilisées pour assumer ces fonctions, et leur expérience fait ressortir un ensemble de questions et de dilemmes.

SYSTEMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE : LECONS ET DEFIS

3. Les **sources de financement** sont les ménages, les entreprises et les autorités (y compris les fonds des donateurs), et les **méthodes de collecte ou de cotisation** sont l'impôt, le prépaiement de l'assurance et le règlement direct par l'utilisateur qui paie de sa poche au moment où les services sont fournis. Les données issues de différents pays font penser que les sources de financement public par l'impôt en général ou des impôts

particuliers offrent le moyen le plus équitable et le plus efficace de produire et de réunir des recettes pour la santé. Tous les pays ne peuvent toutefois en bénéficier dans les mêmes conditions. Les comparaisons des dépenses de la santé montrent que la part des dépenses de santé couvertes par le secteur public augmente proportionnellement au revenu national. Les pays pauvres perçoivent moins de recettes d'impôts en pourcentage du PIB et doivent donc faire appel dans une proportion plus élevée au financement privé de la santé, même s'ils préféreraient d'autres solutions. Par conséquent, la nécessité d'orienter, de réglementer ou d'organiser différemment les sources de financement privé est plus importante dans les pays plus pauvres. Tous les pays doivent mieux coordonner les sources publiques et privées dans le cadre d'une stratégie globale de financement de la santé, mais le défi ne se pose pas avec la même acuité partout.

4. Les **dispositions institutionnelles** concernant la **gestion** des fonds réunis pour le système de santé et l'**allocation** de ces fonds aux services varient beaucoup d'un pays à l'autre. Dans certains cas, une seule institution (par exemple, le ministère de la santé, les autorités locales, la sécurité sociale) est responsable de la gestion et de l'allocation des fonds pour un éventail complet de services destinés à la population de l'ensemble du pays ou d'une zone géographique déterminée. D'autres pays ont des systèmes compartimentés, où différentes institutions gèrent et allouent les ressources de la santé à différents groupes de la population. Entre ces deux pôles, on trouve des pays avec différents degrés d'intégration du financement, de l'allocation et de la fourniture des services. Les données concernant les effets des différentes options sont moins concluantes qu'en ce qui concerne les sources de financement et les moyens de collecte des fonds. Les systèmes compartimentés semblent incompatibles avec le souci d'efficacité et d'équité, car ils dédoublent les fonctions du système de santé et créent des "systèmes de santé" inégaux pour différents groupes sociaux. Il faut toutefois réunir d'autres données sur les résultats des différents systèmes en fonction des objectifs définis plus haut.

5. Les **méthodes utilisées pour gérer et allouer des ressources** génèrent d'importantes incitations pour ceux qui fournissent les services de santé. Certains pays sont passés d'un système d'allocation "traditionnel" aux installations de santé (par exemple, sur la base du nombre de lits, des budgets antérieurs, etc.) à de nouvelles approches fondées sur l'évaluation des **besoins** de services dans la population. Ces méthodes peuvent être caractérisées comme le financement de l'**offre** de services par opposition à la **demande** de services. On peut mentionner par exemple les subventions pour l'assurance-maladie, les allocations par habitant (souvent pondérées pour les indicateurs des "besoins" ou du coût) aux dispensateurs ou aux assureurs, ainsi que le remboursement des dispensateurs pour les services rendus. Toutes les méthodes de paiement ou de subventions génèrent des incitations "mixtes". Celles-ci peuvent cependant être anticipées, et des méthodes de réglementation correspondantes être adoptées pour atténuer les effets des incitations "négatives". A titre d'exemple, le paiement des hôpitaux sur la base de chaque cas devrait promouvoir la sensibilisation aux coûts, mais risque de conduire à une "sous-fourniture" de services par cas ou à des réhospitalisations fréquentes. Ainsi, cette méthode de paiement doit s'accompagner de procédures d'examen systématique pour veiller à ce que les hospitalisations soient appropriées et les soins fournis de bonne qualité.

6. La diversité des dispositions institutionnelles et des méthodes d'application des fonctions critiques et la diversité des contextes de pays font penser qu'il n'y a pas de recettes toutes faites concernant le dosage judicieux des institutions, les rôles du secteur public et du secteur privé, les méthodes de règlement des services fournis par les dispensateurs, etc. Le dosage dans un pays déterminé doit être évalué en fonction des objectifs de la politique. Les données provenant d'un large éventail de pays font penser que certaines dispositions conduisent à des résultats médiocres comparativement aux objectifs, par exemple le remboursement non réglementé des services fournis par les dispensateurs, l'utilisation généralisée du paiement direct par l'utilisateur, la concurrence non réglementée entre les assurances. Malheureusement, il n'y a pas d'éléments faisant clairement état d'expériences "positives" pour des stratégies particulières qui soient applicables à un large éventail de situations nationales.

COMMENT ALLER DE L'AVANT

7. Les pays doivent donc procéder à leur propre évaluation des conséquences de leur système de financement de la santé et des effets des réformes. Pour y parvenir, il faut des informations. Tout d'abord, des informations sur le niveau et l'allocation des ressources pour l'ensemble des institutions et des services. Les comptes nationaux de la santé sont un instrument qui sert littéralement à "trouver l'argent nécessaire" dans les systèmes de santé, c'est-à-dire à déterminer le niveau de financement pour chaque institution devant récolter des fonds pour les services de santé, l'allocation de ces recettes aux dispensateurs de services, la fourniture des services, et les fonctions connexes de réglementation et de gestion. Ensuite, il faut des informations sur les résultats du système de financement de la santé en fonction des objectifs définis ci-dessus. Il faut donc mesurer des indicateurs des résultats du système de santé et analyser les causes de l'évolution des indicateurs pour dégager des recommandations politiques fondées sur des bases factuelles.

8. En pratique, les réformes concernant le financement de la santé sont conditionnées par une série complexe de facteurs politiques et autres, dont la composante technique sur les effets des politiques ne constitue qu'un élément parmi d'autres. Une réforme efficace est difficile, en partie parce qu'elle suppose un arbitrage entre les intérêts de différents groupes. Ce qui peut paraître relever de l'"inefficacité" ou du "gaspillage" pour un analyste figurera pour une autre personne ou un autre groupe parmi les "recettes". Le changement est également difficile à opérer en raison des conséquences à long terme sur les politiques historiques. Par exemple, il se peut que les conséquences des investissements précédents dans les hôpitaux tertiaires pour les frais de fonctionnement ne puissent être modifiées que progressivement. Une décision antérieure visant à mettre sur pied un système d'assurance sociale peut avoir fragmenté le système de santé selon les classes sociales et dédoublé des fonctions en conduisant à un gaspillage de ressources, mais elle peut aussi avoir été à l'origine d'un important groupe de bénéficiaires satisfaits, soucieux de résister à des changements susceptibles de menacer leurs intérêts au nom de buts systémiques.

9. Cela ne veut pas dire que des données de bonne qualité ne sont pas importantes. Des bases factuelles indiquant clairement les effets que différentes politiques de santé ont sur les buts des systèmes de santé peuvent apporter une contribution importante au débat politique. Elles peuvent aussi aider les décideurs à mieux comprendre les conséquences des politiques antérieures, tant du point de vue des buts du système de santé que des groupes d'intérêt qui risquent d'être touchés par les modifications proposées. Il sera toujours difficile de "trouver les fonds nécessaires" pour améliorer les résultats du système de santé, mais des bases factuelles de bonne qualité indiquant où les fonds se trouvent aujourd'hui, comment ils sont utilisés et quels sont leurs effets sur les buts du système de santé sont indispensables pour aboutir à des réformes saines et efficaces.

= = =