



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC60/6

Soixantième session
Hong Kong (Chine)
21–25 septembre 2009

23 juillet 2009

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA RÉGION
ASIE-PACIFIQUE (2010–2015)**

La couverture universelle des soins de santé et l'accès à des services de qualité conduisant à de meilleurs résultats en matière de santé sont des objectifs stratégiques importants dans la région Asie-Pacifique. La plupart des pays de la région commence à peine à s'engager vers la réalisation de la couverture universelle. Bon nombre d'entre eux la considèrent à présent comme un objectif stratégique national et sont prêts à faire des efforts substantiels pour assurer un meilleur accès à des services de santé abordables et de bonne qualité à l'ensemble de leur population. L'intérêt accru de la communauté internationale oeuvrant en faveur de la santé publique à l'égard des soins de santé primaires, élevant au rang de priorités l'établissement de la couverture universelle et le renforcement des systèmes de santé, a augmenté les occasions de revoir les politiques nationales de financement de la santé en vue de rendre les systèmes de santé plus équitables, rentables et performants. Considérant cela, l'OMS a jugé bon d'actualiser sa stratégie régionale de financement des soins de santé de manière à y insister davantage sur la couverture universelle, compte tenu de la rapide évolution des conditions socioéconomiques.

Le projet de *Stratégie de financement de la santé pour la Région Asie-Pacifique (2010–2015)* rédigé conjointement par les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental, est une mise à jour de la *Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006–2010)*. Le nouveau document conserve une grande partie de la Stratégie en vigueur mais y inclut trois nouveaux domaines d'action portant sur l'efficacité de l'aide, l'usage rationnel des ressources et des modes de paiement des prestataires. Le projet de stratégie (Annexe 1) se fonde sur les constats d'une évaluation à mi-parcours effectuée en 2008 dans 14 pays, et a été examiné lors de consultations d'experts en matière de financement de la santé en mars 2009, et de parties prenantes en avril 2009. Il préconise des investissements soutenus dans la santé et appelle à réduire encore davantage les paiements directs, conditions préalables à la réalisation de la couverture universelle.

Le Comité régional est prié d'étudier la *Stratégie de financement de la santé pour la Région Asie-Pacifique (2010-2015)* aux fins de son adoption.

1. SITUATION

L'amélioration de la santé de la population, notamment la réduction des taux de mortalité de la mère et de l'enfant et une plus grande espérance de vie, constitue le principal objectif en matière de santé visé dans l'ensemble de la région Asie-Pacifique. De grands progrès dans ce domaine ont déjà été faits dans la région, en particulier dans les pays où les systèmes de santé continuent de fournir des soins de santé primaires performants. L'objectif primordial est l'accès par tous à des services de santé de qualité, sans que les dépenses de santé constituent une charge financière excessive.

Le rapide développement de la région Asie-Pacifique a sorti des millions de gens de la pauvreté, mais 900 millions de personnes subsistent encore avec moins de deux dollars par jour. Si les systèmes de santé ne fournissent pas une couverture universelle, un grand nombre de ménages sera acculé à la misère, et ceux qui sont déjà appauvris le seront encore davantage, tant du fait de leur santé déficiente que de l'obligation de puiser dans leurs maigres ressources pour se faire soigner. Les sommes payées au titre du paiement direct des soins de santé sont en Asie bien plus élevées qu'ailleurs dans le monde. Elles représentent plus de 40 % du total des dépenses de santé enregistré dans la région du Pacifique occidental, et plus de 50 % dans nombre de pays en développement. En regard de ces dépenses, le financement de la santé supporté par des recettes fiscales et d'autres caisses en gestion commune, telles que la caisse de la sécurité sociale, est bien modique.

La récession mondiale a réduit à néant une partie des acquis sociaux et économiques passés et expose des millions d'habitants de la région Asie-Pacifique au risque de paupérisation. Le défi est lancé aux États de maintenir la part qu'ils affectent au financement de la santé, et même de l'augmenter, et d'assurer l'accès par tous aux services de santé. Bon nombre de systèmes de santé ont beaucoup investi dans les services curatifs qui bénéficient aux populations urbaines et aisées. Par contre, ils ont relativement peu investi dans les services de prévention, de sensibilisation et dans des prestations de qualité au niveau des systèmes de santé accessibles aux personnes pauvres et vulnérables. Cependant, le regain d'attention porté sur la couverture universelle, les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé, ouvre des possibilités d'amélioration du financement de la santé et de l'efficacité des systèmes de santé, porteuses de progrès sanitaires.

En 2008, le Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS a demandé que soit faite une évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre dans 14 pays de la *Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)*. Le projet de la *Stratégie de financement de la santé pour la Région Asie-Pacifique (2010-2015)* s'appuie sur les constats de l'évaluation à mi-parcours. Il soutient les activités menées à l'échelon national pour

la réalisation de la couverture universelle et l'accès à des services de santé de qualité, qui passent par le renforcement des systèmes de santé fondé sur les valeurs et les principes régissant les soins de santé primaires. Cette Stratégie actualisée est étayée par les données factuelles à disposition et d'autres études de portée mondiale, régionale et nationale. Elle fournit des méthodes pratiques pour l'analyse des modes de financement de la santé dans les pays et la détermination des activités à mener dans chaque pays pour réaliser la couverture universelle des services de santé.

2. ENJEUX

1) Les grandes différences que l'on constate dans les résultats des services de santé dans la région Asie-Pacifique reflètent la diversité des niveaux de performance des systèmes de santé ainsi que de développement économique et social. Quelques pays ont des systèmes de santé bien établis et dotés d'un financement adéquat, et ont réussi à mettre en place une couverture universelle. Mais les pays à revenu moyen ou faible ne sont, pour la plupart, qu'au tout début de ce processus. La couverture universelle est devenue le principal objectif stratégique du financement des systèmes de santé dans nombre de pays de la région. Assurer la couverture universelle des soins de santé revient à permettre à la population tout entière d'avoir accès à un éventail complet de services de santé personnels et préventifs nécessaires et de qualité satisfaisante, sans qu'il lui en coûte des dépenses exorbitantes.

2) Les systèmes de santé qui bénéficient d'un appui fort de l'État semblent être les plus équitables et obtenir, dans l'ensemble, de meilleurs résultats en matière de santé. Les financements publics par le biais des impôts, des cotisations à la sécurité sociale et des aides extérieures ont besoin d'être améliorés. Les données factuelles recueillies dans le monde laissent penser qu'il est difficile de réaliser une couverture universelle des services de santé et d'assurer une protection financière suffisante si les dépenses publiques dans la santé sont minimales. Il peut aussi arriver que des pays qui dépensent des sommes relativement élevées pour la santé aient une situation sanitaire médiocre si les dépenses sont supportées en grande partie par des paiements directs, ou si elles correspondent à des traitements inefficaces et à des services de diagnostic et des médicaments superflus.

3) Il est possible d'augmenter les recettes fiscales affectées à la santé en augmentant les recettes issues des taxes intérieures, en étendant l'assiette fiscale, en mettant en place un système de sécurité sociale et en obtenant une aide extérieure accrue en faveur de la santé. Les pays ont besoin d'accroître leurs ressources mais aussi d'utiliser les ressources qu'ils ont à disposition d'une façon plus efficace et plus rentable. Il y a lieu de renforcer encore davantage l'efficacité de l'aide en harmonisant et en faisant concorder celle-ci avec les priorités nationales. Il importe également de veiller à ce que les dépenses publiques portent principalement sur des interventions rentables et sur les besoins des plus pauvres et des plus vulnérables. Une meilleure réglementation et un meilleur contrôle des honoraires perçus au titre des divers services sont nécessaires étant donné que les mécanismes de rémunération à la prestation incitent les prestataires à vouloir gagner davantage d'argent en augmentant le volume des services et des produits fournis. L'évaluation à mi-parcours réalisée en 2008 a mis en évidence le fait que les affectations budgétaires réduites à la rémunération des professionnels de santé incitent les agents de la santé publique à exercer de façon privée, augmentant ainsi les dépenses de l'utilisateur dans des centres de santé publics.

4) La couverture universelle est difficile à réaliser si les paiements directs sont supérieurs à 30 % du total des dépenses de santé. Ces paiements directs sont la source de financement des soins de santé la plus importante dans beaucoup de pays, surtout dans les pays où l'État n'assume qu'une faible part des dépenses de santé. Lorsque le financement de la santé est fondé principalement sur les paiements directs, les pauvres et les personnes vulnérables sont souvent exclus de la couverture des soins et n'ont pas accès à des services de santé de qualité. Ils doivent faire face à des obstacles financiers de taille même s'ils ont accès à des services de santé. Si elle s'applique à plus de 30 %–40 % du total des dépenses de santé, l'obligation de payer de sa poche les soins médicaux est responsable du grand nombre de ponctions exorbitantes dans les budgets des ménages et de la paupérisation de ceux-ci. En 2005, environ 80 millions de personnes ont dû débours ces sommes ruineuses pour se faire soigner, et quelque 50 millions d'habitants de la région Asie-Pacifique se sont appauvris du fait de ces débours directs liés à leur mauvaise santé et à leur recours aux services de santé.

5) La récession économique actuelle aggrave la vulnérabilité des habitants de la région Asie-Pacifique, où les allocations sociales et les mécanismes de sécurité sociale sont relativement inexistantes. Toutefois, ce repli économique engendre à la fois des difficultés et des occasions d'améliorer l'efficacité des services de santé. Si ceux-ci n'offrent pas une couverture universelle et une protection financière adéquate, de nombreux ménages risquent d'être acculés à la misère du fait de leur mauvais état de santé et des sommes qu'ils devront débours pour se faire soigner.

6) Les ministères de la santé n'ont pour la plupart guère de moyens pour établir et gérer le budget du secteur de la santé. On constate des défaillances dans le suivi des allocations, le déblocage et l'utilisation des fonds, à différents niveaux. Il incombe aux gouvernements de décider des programmes de santé du pays, mais souvent ils sont souvent mal informés sur les budgets du secteur de la santé à l'échelon local. Les autorités locales, quant à elles, ont des moyens limités pour mobiliser des ressources financières suffisantes pour combler leurs besoins locaux.

7) Le regain d'intérêt constaté tant à l'échelle mondiale que régionale à l'égard de la couverture universelle, des soins de santé primaires et du renforcement des systèmes de santé, offre des occasions de revoir les politiques nationales de financement de la santé et de concevoir des systèmes de santé plus équitables, rentables et efficaces, propres à améliorer les résultats des prestations rendues. Le projet de *Stratégie de financement de la santé pour la Région Asie-Pacifique (2010-2015)* fait partie des efforts déployés pour appuyer les initiatives prises par les pays et les actions qu'ils mènent pour assurer une couverture universelle des soins par le renforcement des systèmes de santé sur la base des valeurs et des principes régissant les soins de santé primaires. Il conserve cinq des domaines d'action de la Stratégie en vigueur et comporte trois nouveaux domaines concernant l'efficacité de l'aide,

l'usage rentable des ressources et les modes de paiement des prestataires. Les domaines d'action préconisés dans cette Stratégie sont les suivants :

- a) augmenter les investissements et les dépenses publiques de santé ;
- b) améliorer l'efficacité de l'aide en faveur de la santé ;
- c) améliorer la rentabilité en rationalisant les dépenses de santé ;
- d) accroître l'usage des prépaiements et la mutualisation des risques ;
- e) améliorer les modes de paiement des prestataires de services ;
- f) renforcer les mécanismes de protection sociale en faveur des personnes démunies et vulnérables ;
- g) améliorer les données factuelles et l'information à l'appui de l'élaboration des politiques ; et
- h) améliorer le suivi et l'évaluation des changements d'orientations politiques.

Chacun de ces huit domaines contient des activités essentielles pouvant être modifiées en fonction de la situation et des besoins du pays concerné. Cette Stratégie incite les pays à examiner leur politique de financement de la santé et à se fixer leurs propres objectifs en suivant une ligne stratégique claire pour assurer la couverture universelle en augmentant les financements publics, en étendant les mécanismes de sécurité sociale et en réduisant les paiements directs des services de santé.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional est invité à examiner et à approuver la *Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015)*.

STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ
POUR
LA RÉGION ASIE-PACIFIQUE
(2010–2015)



**Organisation
mondiale de la Santé**

Région de l'Asie du Sud-Est Région du Pacifique occidental

Table des matières

| | <u>page</u> |
|--|-------------|
| Résumé | 13 |
| 1. Introduction | 16 |
| 1.1 Neuf cents millions de personnes vulnérables risquent de sombrer dans la précarité du fait de leurs dépenses de santé | 16 |
| 1.2 La récession mondiale et la santé | 17 |
| 1.3 Raisons présidant à l'actualisation de la stratégie de financement de la santé | 17 |
| 2. Problèmes associés au financement de la santé dans la région Asie-Pacifique | 18 |
| 2.1 Sources de financement et paiements directs | 18 |
| 2.2 Problèmes de rentabilité dans la région Asie-Pacifique | 24 |
| 3. Comment financer les soins de santé pour en assurer une couverture universelle | 29 |
| 3.1 Il est difficile d'assurer une couverture universelle si les paiements directs sont supérieurs à 30 % | 29 |
| 3.2 Il est difficile d'assurer une couverture universelle avec des dépenses publiques inférieures à 5 % | 31 |
| 3.3 Latitude fiscale, efficacité de l'aide et gains de rentabilité | 32 |
| 3.4 Renforcement des systèmes de santé et financement de la santé | 33 |
| 4. Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015) | 36 |
| 4.1 Vers la réalisation de la couverture universelle | 36 |
| 4.2 Buts et cibles | 38 |
| 4.3 Contexte favorable aux réformes du financement de la santé | 39 |
| 4.4 Domaines stratégiques d'action en matière de financement de la santé destiné à établir une couverture universelle | 40 |
| 5. Conclusions | 46 |
| Glossaire des termes utilisés dans la Stratégie de financement de la santé | 48 |

Annexe 1

| | <u>page</u> |
|---|-------------|
| Liste des figures | |
| Figure 1 Sources de paiement des dépenses de santé par région | 19 |
| Figure 2 Paupérisation et dépenses ruineuses engendrées par le coût des services de santé par région de l'OMS | 20 |
| Figure 3 Pourcentages des dépenses publiques et privées et total des dépenses de santé par rapport au PIB dans la région Asie-Pacifique | 21 |
| Figure 4 Rapports entre les dépenses de santé privées et les dépenses de santé publiques dans les pays de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (2007) | 21 |
| Figure 5 Rapport entre la population assurée et les dépenses au titre de l'assurance maladie (2006) | 24 |
| Figure 6 Affectation des ressources financières aux soins de santé primaires (Estimations de 2005) | 25 |
| Figure 7 Composantes des dépenses de santé (2005) | 27 |
| Figure 8 Composantes des dépenses de santé (2005) | 28 |
| Figure 9 Pourcentage des ménages devant faire face à des dépenses de santé ruineuses par rapport à la part des paiements directs dans les dépenses de santé | 30 |
| Figure 10 Pourcentage des ménages devant faire face à des dépenses de santé ruineuses par rapport à la part des dépenses publiques de santé en % du PIB | 31 |
| Figure 11 Les six piliers du renforcement des systèmes de santé | 34 |
| Figure 12 Réalisation de la couverture universelle | 36 |
| Figure 13 Les étapes de l'établissement de la couverture universelle | 37 |
| Figure 14 Liens entre la stratégie de financement de la santé et l'amélioration de la santé de la population | 38 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 Groupement des pays de la région Asie-Pacifique en fonction de leur niveau de dépenses de santé (2007) | 22 |
| Tableau 2 Principaux modes de rémunération des prestataires dans la région Asie-Pacifique | 26 |

RÉSUMÉ

La couverture universelle des soins de santé et l'accès à des services de santé de qualité sont largement reconnus comme les buts à atteindre pour obtenir de meilleurs résultats en matière sanitaire dans la région Asie-Pacifique. Celle-ci englobe les 37 États et Territoires de la Région OMS du Pacifique occidental et les onze pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. Les États Membres de la région sont parvenus à des degrés divers de la réalisation de ces objectifs. Face aux changements des conditions socioéconomiques et à l'évolution de la santé dans le monde, l'OMS actualise sa stratégie régionale de financement de la santé pour mieux soutenir l'instauration de la couverture universelle.

Le repli économique que connaît le monde entier engendre tout autant de difficultés que d'occasions d'améliorer le financement des systèmes de santé dans la région. La conjoncture économique actuelle augmente encore davantage les contraintes auxquelles sont soumis les budgets des soins de santé et expose des millions de gens au risque de sombrer dans un état de plus grande précarité en raison des dépenses de santé qu'ils doivent supporter ou d'avoir une santé déficiente faute de soins. Les sommes que doivent déboursier les habitants de la région Asie-Pacifique pour se faire soigner sont bien plus élevées que n'importe où ailleurs dans le monde. Le besoin se fait sentir de gouvernements qui assument leur rôle avec détermination et en connaissance de cause dans la mise en place, la réglementation et le financement des systèmes de santé. La réduction des débours directs est une condition préalable à l'instauration de la couverture universelle. Les données factuelles recueillies à travers le monde démontrent qu'il est difficile d'obtenir une couverture universelle et une protection financière satisfaisante si les paiements directs sont supérieurs à 30 % du total des dépenses de santé.

Dans beaucoup de pays de la région, les allocations budgétaires des États à la santé sont trop modiques pour permettre une couverture universelle des services. Il y a donc lieu d'inciter les États à mettre au point des stratégies pour augmenter les investissements et les dépenses publiques pour la santé. Dans le même temps, des mesures s'imposent pour rendre l'utilisation des fonds publics affectés à la santé plus rentable.

On observe un regain d'intérêt tant à l'échelle régionale que mondiale à l'égard des systèmes de santé fondés sur les valeurs et les principes des soins de santé primaires, du principe d'équité en particulier. Bon nombre de systèmes de santé ont lourdement investi dans des services curatifs et relativement moins dans les services préventifs, de sensibilisation et les soins de santé primaires. L'appel à établir une couverture universelle fondée sur les principes des soins de santé primaires a favorisé l'engagement d'un dialogue concret sur les politiques et programmes de financement de la

Annexe 1

santé à l'échelon national à suivre pour mettre en place des systèmes de santé équitables, rentables et efficaces.

La *Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015)* aidera les gouvernements à analyser leur situation en la matière et à déterminer les mesures précises à prendre pour assurer une couverture universelle. Elle est le fruit d'évaluations et de consultations conduites à l'échelon régional, et elle est fondée sur un corpus qui va croissant de conclusions d'études et de données factuelles recueillies dans le monde entier.

D'une manière générale, la couverture universelle est assurée dans les pays où l'État affecte à ses dépenses de santé environ 5 % de son produit intérieur brut (PIB). Voilà un objectif important à viser par tous les pays de la région Asie-Pacifique qui s'engagent dans la voie de la réalisation de la couverture universelle. Toutefois, on remarque à cet égard des variations considérables entre les pays. La Stratégie actualisée incite les pays à se fixer leurs propres objectifs réalistes et une ligne d'action claire à suivre pour accroître la part des dépenses publiques et du gouvernement dans le total des dépenses de santé. Cela permettra d'augmenter les fonds issus des prépaiements et des sources de revenus partageant les risques, et, par conséquent, de réduire le recours aux paiements directs. Ces mesures auront aussi des effets sur la couverture de la population et sa protection par la sécurité sociale, qui profiteront aux plus pauvres et aux plus vulnérables.

Les indicateurs suivants à atteindre permettront de suivre et d'évaluer les progrès généraux accomplis vers la réalisation de la couverture universelle dans chaque pays et dans la région Asie-Pacifique :

- 1) Les débours, ou paiements directs, ne devraient pas dépasser 30 %–40 % des dépenses de santé totales ;
- 2) Le total des dépenses de santé devrait représenter au moins 4%–5% du produit intérieur brut ;
- 3) Plus de 90 % de la population bénéficient des mécanismes de prépaiement et de mutualisation des risques ; et
- 4) Près de 100% des populations vulnérables bénéficient d'une assistance sociale et de programmes de protection des revenus.

La Stratégie actualisée conserve cinq des domaines d'action de la *Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)* mais comporte trois nouveaux domaines destinés à améliorer l'efficacité de l'aide, à faire un usage

plus rentable des ressources et à instaurer de meilleurs modes de rémunération des prestataires. Les huit domaines stratégiques sont les suivants :

- 1) augmenter les investissements et les dépenses publiques de santé
- 2) améliorer l'efficacité de l'aide en faveur de la santé
- 3) améliorer la rentabilité en rationalisant les dépenses de santé
- 4) accroître l'usage des prépaiements et de la mutualisation des risques
- 5) améliorer les modes de paiement des prestataires de services
- 6) renforcer les mécanismes de protection sociale en faveur des personnes démunies et vulnérables
- 7) améliorer les données factuelles et l'information à l'appui de l'élaboration des politiques, et
- 8) améliorer le suivi et l'évaluation des changements d'orientations politiques.

Chacun de ces huit domaines contient des activités essentielles pouvant être modifiées en fonction de la situation et des besoins du pays concerné. Tous contribuent à l'établissement d'une couverture universelle de services de santé de qualité. La mise en oeuvre de la Stratégie réclamera sans doute une réforme du financement de la santé. Ce type de réforme exige, lui, un engagement fondé sur un consensus, des capacités nationales accrues, des modes de prises de décisions rendant celles-ci transparentes et responsables, et un suivi et une évaluation de la politique d'application de la couverture universelle et de la réglementation qui s'y rapporte. L'OMS s'engage à aider tous les États Membres à instaurer cette couverture universelle et à mettre en place des systèmes de santé plus équitables, efficaces et rentables afin d'obtenir la meilleure situation sanitaire possible pour la région Asie-Pacifique.

Annexe 1

1. Introduction

L'amélioration de la santé constitue le principal objectif des politiques de santé publique à travers la région Asie-Pacifique. De grands progrès dans ce domaine ont déjà été faits dans bon nombre de pays, surtout dans ceux dont le gouvernement s'emploie à assurer une couverture universelle de services de santé fondés sur les valeurs et les principes des soins de santé primaires, mais il reste encore beaucoup à faire. La promotion de l'équité en matière de santé par une couverture universelle des services est l'un des quatre points de la réforme des systèmes de santé qui vise à offrir des services centrés sur la personne et à renouveler les soins de santé primaires.¹ Des réformes de la prestation des services, l'élaboration de politiques publiques et une bonne direction sont également des éléments essentiels de la promotion et de la protection de la santé des populations, qui s'inscrivent dans l'orientation à nouveau dirigée vers les soins de santé primaires.

Le cadre d'action de l'OMS concernant le renforcement des systèmes de santé, *L'affaire de tous: renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires*, offre des perspectives d'analyse en référence à six piliers des systèmes de santé aux fins de la mise sur pied d'une action intégrée visant à obtenir les progrès sanitaires voulus.² Les participants à la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et à la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ont approuvé des résolutions distinctes préconisant le renforcement des systèmes de santé sur la base des valeurs et des principes des soins de santé primaires.^{3,4} L'objectif primordial qui s'en dégage est l'accès de tous à des services de santé de qualité, ou couverture universelle, sans que les ménages aient à supporter pour cela des charges financières trop lourdes.

1.1 Neuf cents millions de personnes vulnérables risquent de sombrer dans la précarité du fait de leurs dépenses de santé

Le développement économique de la région Asie-Pacifique a sorti des millions de gens de la pauvreté, mais 900 millions de personnes subsistent encore avec moins de deux dollars par jour. Le lien entre la bonne santé d'une population et son développement économique est largement admis. Les Objectifs du Millénaire pour le développement fixés par les Nations Unies centrent l'attention sur l'amélioration de l'état sanitaire et la réduction de la pauvreté. Les systèmes de santé qui offrent une couverture universelle et un accès abordable aux services aux pauvres et aux personnes défavorisées

¹ *Rapport sur la santé dans le monde 2008*. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais.

² *L'affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires*. Cadre d'action de l'OMS. OMS. 2007.

³ Résolution du Comité régional SEAR/RC61/R3.

⁴ Résolution du Comité régional WPR/RC59.R4.

contribuent à la fois à améliorer la santé et à lutter contre la pauvreté. L'absence de protection contre les risques financiers associés aux dépenses de santé entraîne une paupérisation de millions de gens obligés de trouver de l'argent pour se faire soigner. Elle empêche également des millions de gens d'avoir accès à des soins en raison de leur impossibilité de payer et de leur peur de devoir faire face à des dépenses écrasantes.

1.2 La récession mondiale et la santé

Le repli économique mondial actuel crée de nouveaux défis et aura des conséquences diverses. Les pays fortement tributaires des exportations de matières premières ou de produits manufacturés connaîtront des pertes d'emplois et des migrations internes. Ailleurs, il se peut que les virements d'argent envoyés par des nationaux travaillant à l'étranger diminuent. Il est à prévoir que les besoins sociaux augmenteront et que les États affecteront moins de fonds à la santé en raison de la baisse des revenus. Le chômage aussi causera une baisse des fonds disponibles pour le versement d'indemnités sociales de toutes sortes. Certains pays seront peut-être tentés de réduire leur protection financière sociale et le nombre de leurs activités de prévention sanitaire. Si la protection financière dans le domaine de la santé se réduit et si les gens commencent à épargner davantage en raison de l'incertitude du lendemain, la consommation des ménages diminuera, ce qui freinera la reprise économique. Les pays bailleurs de fonds risquent aussi de réduire leur contribution à l'aide pour le développement.

1.3 Raisons présidant à l'actualisation de la stratégie de financement de la santé

La *Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)* en vigueur a été approuvée par le Comité régional réuni en sa cinquante-sixième session en septembre 2005. Une évaluation à mi-parcours de sa mise en oeuvre a indiqué que les progrès vers la réalisation de la couverture universelle et l'accès à des services de santé de qualité exigeaient un soutien plus ferme et une plus grande promotion de cette cause dans la région. L'attention tournée récemment vers le renforcement des systèmes de santé et la réforme des soins de santé primaires a mis en évidence le rôle crucial du financement des soins de santé dans la mise en place de systèmes de santé équitables et rentables. La communauté internationale a accru l'assistance des bailleurs de fonds en faveur de la santé. Celle-ci est le plus judicieusement employée lorsqu'elle s'inscrit dans un cadre global de financement de la santé. En outre, la crise économique actuelle rend plus pressant le besoin d'interventions et d'octrois de fonds de l'État au profit des services de santé essentiels et de la protection sociale des populations les plus pauvres et les plus vulnérables. Ce sont ces changements qui font penser qu'il y a lieu d'actualiser la stratégie de financement de la santé. Le projet de *Stratégie de financement de la santé pour la région*

Annexe 1

Asie-Pacifique (2010–2015) s'appuie sur les constats faits lors de l'évaluation à mi-parcours dans les États et Territoires de la Région du Pacifique occidental,⁵ sur l'expérience et les perspectives des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, et sur les données factuelles recueillies dans le monde qui vont s'accumuler. Il conserve cinq des sept domaines stratégiques contenus dans la Stratégie 2006–2010, et y inclut trois nouveaux domaines d'intervention, destinés à prendre en compte l'évolution des priorités régionales et des conditions économiques.

Le principal objectif visé est la couverture universelle. De nombreuses données indiquent que cet objectif peut s'atteindre lorsque les gouvernements assument un rôle fort et dûment documenté dans l'établissement, la réglementation et le financement des systèmes de santé, et gardent leur attention concentrée sur les soins de santé primaires. L'OMS est déterminée à aider ses États Membres à s'employer à réaliser ces objectifs.

2. Problèmes associés au financement de la santé dans la région Asie-Pacifique

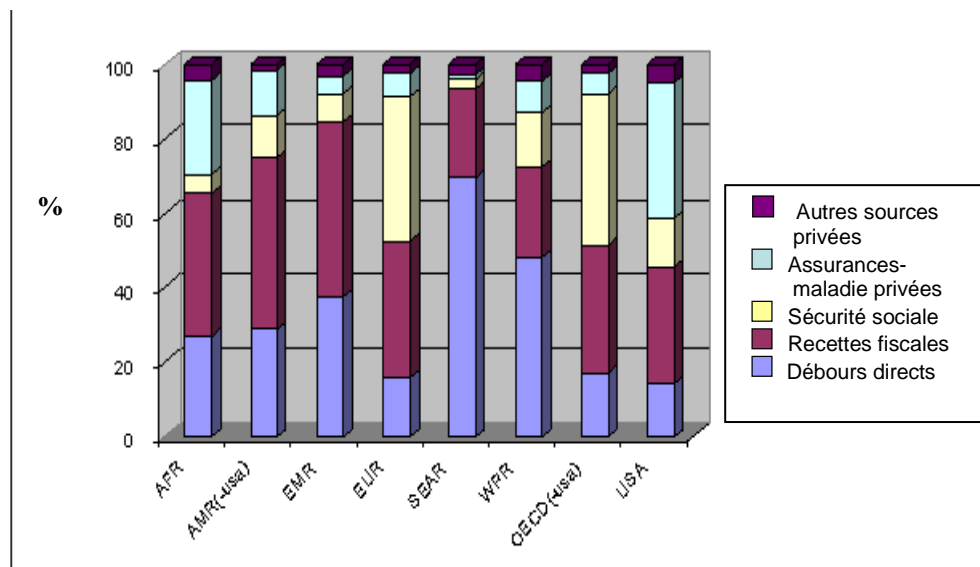
En 2008, le Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS a demandé que soit faite une évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre dans 14 pays de la *Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)*. Au début de 2009, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a examiné les expériences faites dans la Région lors d'un séminaire sur le financement de la santé. Un projet de stratégie actualisée sur le sujet a été élaboré et, en mars 2009, un groupe d'experts, venus de toutes les régions de l'OMS et de la plupart des principales organisations donatrices, ont étudié ce projet de stratégie et ont suggéré des modifications à y apporter. Ce projet a une nouvelle fois été revu à une seconde réunion à Manille, en avril 2009, par des représentants de 13 États Membres des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Leurs avis ont été pris en compte dans le présent cadre d'action de l'OMS visant au renforcement des systèmes de santé. Les principaux problèmes associés au financement de la santé sont examinés ci-après.

2.1 Sources de financement et paiements directs

Les débours effectués directement au titre des dépenses de santé par les personnes soignées sont en proportion beaucoup plus nombreux dans la région Asie-Pacifique que partout ailleurs dans le monde. Ils représentent plus de 40 % du total des dépenses de santé dans la Région du Pacifique occidental et plus de 60 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est (Figure 1).

⁵ *Évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre de la Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)* P. Annear, 31 août 2008.

Figure 1. Sources de paiement des dépenses de santé par région (2005)



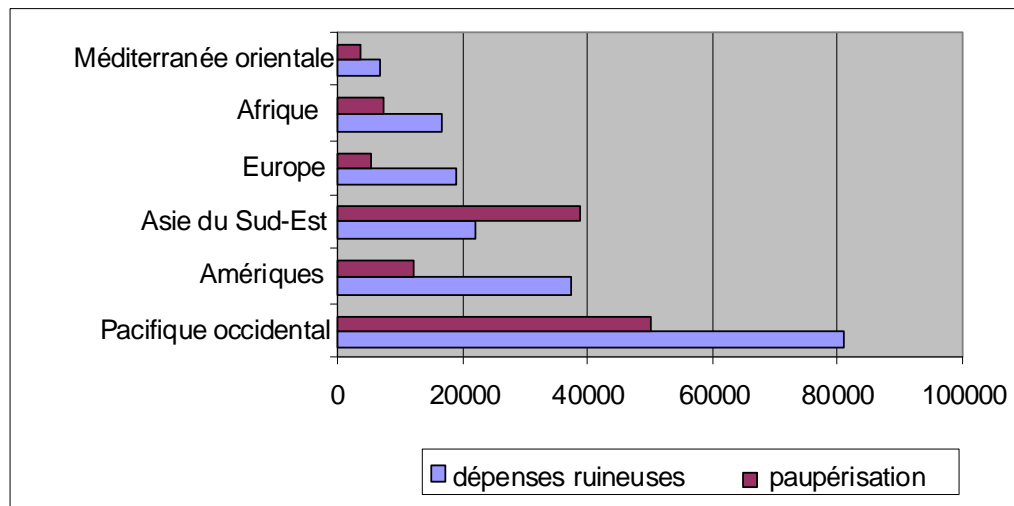
Source: WHO/EIP/HSF/CEP

| | | | | | |
|-----|---|------------------------|------|---|---|
| AFR | – | Afrique | SEAR | – | Asie du Sud-Est |
| AMR | – | Amériques | WPR | – | Pacifique occidental |
| EMR | – | Méditerranée orientale | OCDE | – | Organisation de Coopération et de Développement économiques |
| EUR | – | Europe | USA | – | États-Unis d'Amérique |

Dans l'absolu, les débours ruineux et la paupérisation causée par les dépenses de santé atteignent dans la région les taux qui figurent parmi les plus élevés du monde (Figure 2). Selon les estimations, en 2005, 80 millions de personnes ont dû faire face à des dépenses de santé écrasantes, et 50 millions ont été acculés à la misère du fait qu'elles ont dû payer de leur poche les frais engendrés par leur recours à des services de santé ou par les conséquences de leur mauvaise santé. Les niveaux de paupérisation dus aux dépenses de santé en Chine et au Viet Nam sont parmi les plus élevés du monde. En Inde, l'obligation de payer des sommes exorbitantes a fait tomber environ 39,5 millions de personnes au-dessous du seuil de pauvreté en l'espace d'une seule année.⁶ La crise économique actuelle risque d'aggraver encore cette vulnérabilité si les gouvernements n'assurent pas une protection sociale et ne prennent pas des mesures pour améliorer le système d'assurance-maladie.

⁶ Bonu, S. I. Bhushan, and D. Peters. 2007. Incidence, Intensity, and Correlates of Catastrophic Out-of-Pocket Health Payments in India. Economics and Research Department Working Papers Series 102. BAD, Manille.

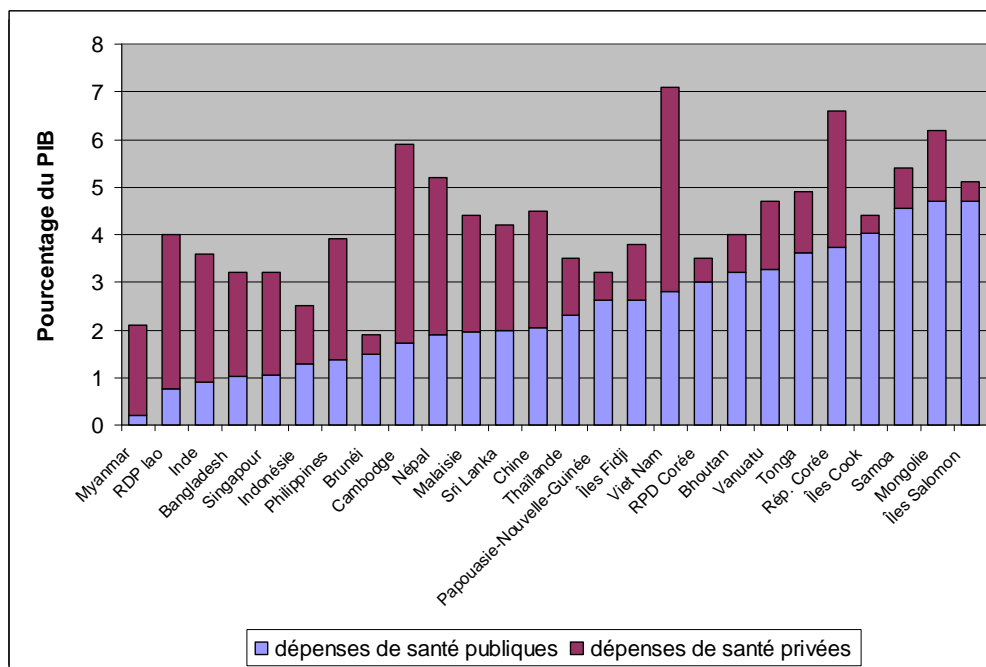
Figure 2. Paupérisation et dépenses ruineuses engendrées par le coût des services de santé par région de l’OMS



Source: K Xu, D Evans, G Carrin, A Aguilar, P Musgrove, T Evans. (2007). Protecting Households from Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*, 26, no.4 (2007): 972-983

Les données issues des comptes nationaux de la santé pour 2007 montrent que les dépenses de l’État pour la santé dans la plupart des pays en développement de la région Asie-Pacifique représentent moins de 5 % du PIB, et dans près de la moitié d’entre eux moins de 2 % (Figure 3).

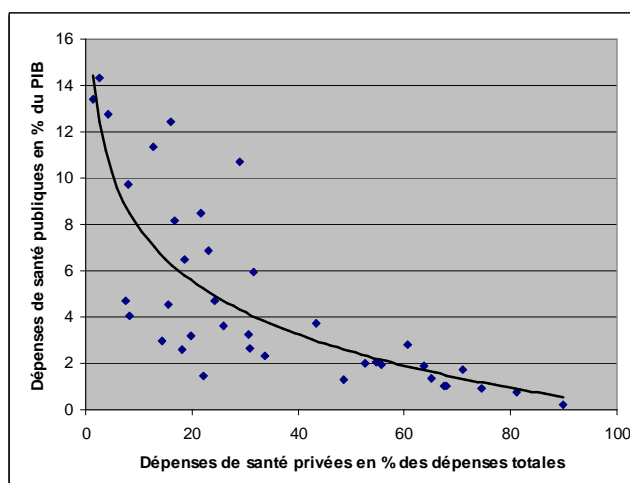
Figure 3. Pourcentages des dépenses publiques et privées et total des dépenses de santé par rapport au PIB dans la région Asie-Pacifique



Source: WHO Provisional 2007 NHA data

Les débours directs par les particuliers sont la principale source de financement des soins de santé dans la plupart des pays, surtout dans ceux où l'État contribue pour une faible part aux dépenses de santé. Les pays où la contribution de l'État est inférieure à 2 % accusent des dépenses de santé privées exceptionnellement élevées (Figure 4). Les pays de la région où la contribution de l'État aux dépenses de santé est supérieure à 5 % du PIB enregistrent pour la plupart une contribution de moins de 30 % de la part des particuliers. Ce rapport s'observe également ailleurs dans le monde.

Figure 4. Rapports entre les dépenses de santé privées et les dépenses de santé publiques dans les pays de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (2007)



Source: Provisional NHA data 2007

Annexe 1

La part des dépenses de santé assumées par l'État par rapport au total des dépenses est un indicateur significatif de l'engagement de l'État dans le domaine de la santé. Malgré les hausses observées dans plusieurs pays au cours de la période 2005–2007 (Figure 5), les dépenses de santé publiques représentent moins de la moitié des dépenses totales dans 16 des 48 États et Territoires de la région Asie-Pacifique, dont presque la totalité des pays les plus peuplés, et moins de 40 % au Bangladesh, au Cambodge, en Inde, au Myanmar, aux Philippines et en République démocratique populaire lao.

Il a été dit que les dépenses publiques de santé sont faibles dans la région, et même si on leur ajoute les dépenses privées, l'ensemble des dépenses de santé représente encore moins de 5 % du PIB dans 19 des 48 États et Territoires dans les deux régions de l'OMS qui, ensemble, forment la région Asie-Pacifique (Tableau 1). Néanmoins, des pays plus riches, comme Brunei Darussalam, la Malaisie et Singapour, fournissent des soins complets de qualité auxquels tout le monde a accès en raison de leur PIB par habitant plus élevé, les dépenses totales de santé par habitant approchant ou dépassant 500 dollars . La Malaisie possède également un système de sécurité sociale efficace.

Tableau 1 Groupement des pays de la région Asie-Pacifique en fonction de leur niveau de dépenses de santé (2007)

| Total des dépenses de santé des pays de la région Asie-Pacifique en % du PIB | | |
|--|---|--|
| Moins de 5 % | Entre 5 % et 7 % | Plus de 7 % |
| Bangladesh Bhoutan Brunéi Darussalam Chine Îles Cook Îles Fidji Inde Indonésie Malaisie Myanmar Papouasie-Nouvelle-Guinée Philippines République démocratique populaire lao République populaire démocratique de Corée Singapour Sri Lanka Thaïlande Tonga Vanuatu | Cambodge Îles Salomon Mongolie Népal République de Corée Samoa | Australie Îles Marshall Japon Kiribati Micronésie, États fédérés de Maldives Nauru Nouvelle-Zélande Nioué Palaos Timor-Leste Tuvalu Viet Nam |

Source: NHA data estimates, WHO 2007.

Les dépenses de santé par habitant (sur la base de taux de change moyens) sont encore inférieures à l'indicateur de référence de 35 dollars établi par la Commission Macroéconomie et santé de l'OMS dans cinq pays, et inférieures à 100 dollars dans 15 des 48 États et Territoires de la région Asie-Pacifique.

Certains gouvernements ont réduit les débours directs entre 2005 et 2007. Ainsi, les débours directs par rapport au total des dépenses de santé sont tombés de 54 % à 49 % en Chine, de 37 % à 28 % en Mongolie, et de 67 % à 62 % au Viet Nam. Les principales raisons à cela sont l'extension de la couverture de la sécurité sociale des populations urbaines et rurales en Chine, une augmentation des affectations budgétaires à la santé en Mongolie, et le versement de subventions publiques pour le paiement des cotisations de l'assurance-maladie en faveur des pauvres, au Viet Nam.

En Chine, la couverture de l'assurance-maladie est passée de 23 % en 2005 à 80 % en 2007, le système médical de coopérative rurale, financé par l'État, couvrant à lui seul 842 millions de personnes.⁷ Pendant la même période, la couverture de l'assurance-maladie est passée de 55 % à 77 % aux Philippines et de 34 % à 42 % au Viet Nam. La population couverte par une assurance-maladie a augmenté en République démocratique populaire lao, principalement par le biais de mécanismes de sécurité sociale communautaire financés par l'État. Tandis que certains pays, dont la population subsiste dans une forte proportion d'emplois informels et de cultures vivrières, commencent à peine à instaurer un système de sécurité sociale, la Mongolie, elle, s'efforce à présent de toucher les derniers 20 % de sa population qui ne sont pas encore inscrits au régime de la sécurité sociale.

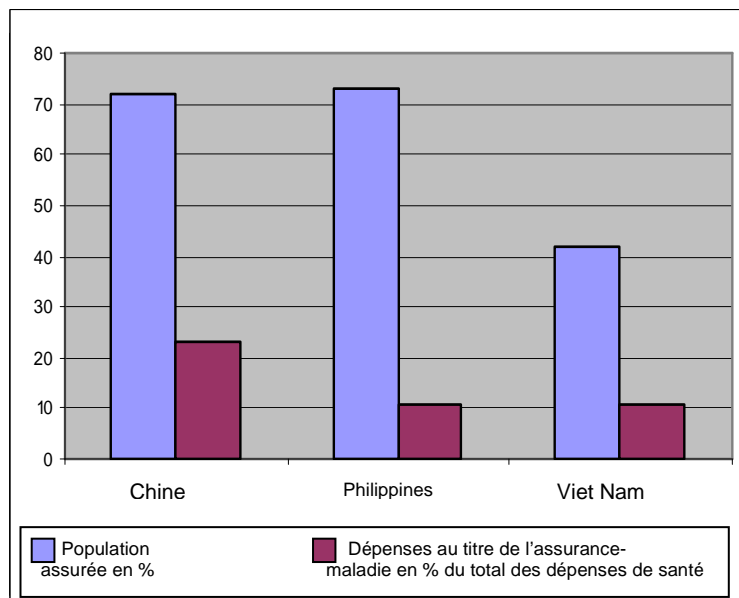
En Chine, aux Philippines et au Viet Nam, une assez large fraction de la population bénéficie d'une protection sociale mais ce que cette protection recouvre est limité (Figure 5). La limitation de la protection financière assurée par certaines caisses de sécurité sociale vient de ce que celles-ci réclament le paiement des dépenses « excédentaires » ou « déductibles » et de la fixation d'un plafond pour le total des remboursements. Il a été estimé que la sécurité sociale chinoise ne rembourse en moyenne que 30 %–40 % des frais hospitaliers. Seuls les assurés riches, qui ont les moyens de payer le complément à la charge du malade, y ont accès..

En plus de cette difficulté d'accès, les remboursements rétroactifs prévus par certaines caisses de sécurité sociale sont incertains et coûteux, ce qui dissuade la demande des prestations d'assurance et le recours aux services. La multiplicité des systèmes d'assurance, exigeant différentes participations aux coûts et offrant différents avantages sociaux, les rend aussi peu attractifs.

⁷ Shanlian Hu, Universal coverage and health financing from China's perspective. Bull. de l'OMS, novembre 2008, 86 (11)

Annexe 1

Figure 5. Rapport entre la population assurée et les dépenses au titre de l'assurance maladie (2006)



Source: Données issues des Comptes nationaux de la santé 2006

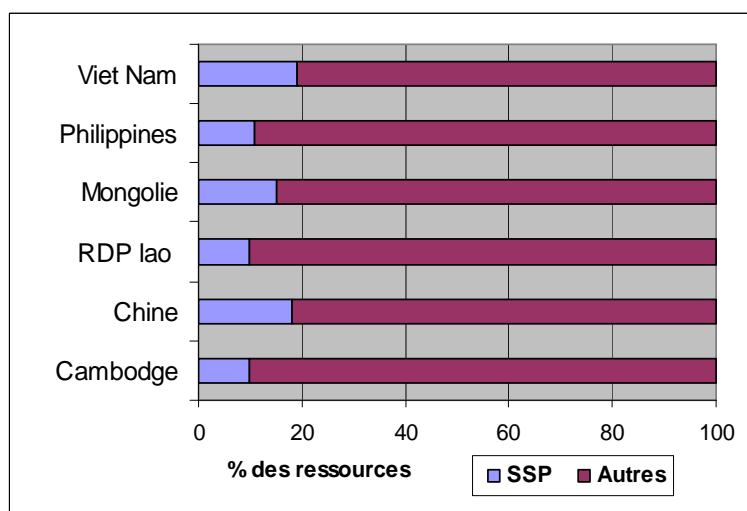
Certains pays se sont attachés à améliorer les mécanismes de sécurité sociale. En Chine, les nouveaux services médicaux coopératifs ont aujourd'hui la possibilité d'utiliser un fonds du ministère des Affaires sociales pour payer les primes d'assurance des personnes qui n'en ont pas les moyens. Au Cambodge, les fonds de placement pour la santé, destinés à mobiliser des ressources extérieures qui serviront à octroyer des sommes aux pauvres pour qu'ils puissent payer leurs frais d'hôpitaux, sont performants. Le Viet Nam, lui, possède un système de subvention qui assure à la plupart des personnes démunies une assurance-maladie.

2.2 Problèmes de rentabilité dans la région Asie-Pacifique

L'évaluation à mi-parcours a permis de constater qu'il est nécessaire et possible d'apporter des améliorations sur les plans de la prestation des services et de l'affectation des ressources, à l'échelon local. Peut-être 80 % des soins essentiels et 70 % des interventions sanitaires souhaitables pourraient être offerts au niveau primaire alors que seulement 10 % des ressources de la santé sont affectés aux soins de santé primaires en Asie.⁸ Selon l'évaluation à mi-parcours, six pays de la région Asie-Pacifique consacrent moins de 20 % de leurs ressources aux soins de santé primaires (Figure 6). À titre de comparaison, dans 11 pays de l'OCDE, les frais des traitements des malades ambulatoires correspondent en moyenne à 28 % du total des dépenses de santé.

⁸ *Health Sector reform in Asia and the Pacific: Options for Developing Countries*. BAD, 1999

Figure 6. Affectation des ressources financières aux soins de santé primaires (Estimations de 2005)



Source: *Évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre de la Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)*
P. Annear, 31 août 2008

Le Cambodge prévoit d'augmenter ses dépenses budgétaires en les faisant concorder avec les fonds octroyés par ses bailleurs afin de rendre les prestations de ses services plus rentables et plus efficaces. Après avoir utilisé des outils d'analyse, le Cambodge et la Chine ont donné la priorité aux interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Le programme de réforme du secteur de la santé des Philippines contient comme objectifs l'augmentation des ressources affectées à la santé publique, celles-ci devant passer de 11 % à 20 %, et la réduction de 79 % à 62 % des frais des soins de santé dispensés aux personnes hospitalisées, d'ici à 2010.⁹ Le plan cadre stratégique du secteur de la santé de la Mongolie accorde la priorité à l'augmentation de la contribution de l'État, ainsi que de son soutien financier aux activités de prévention et de promotion.¹⁰

Braquer à nouveau les projecteurs sur les soins préventifs pour combattre les maladies chroniques peut engendrer des économies importantes, mais c'est aux gouvernements qu'il incombe d'en prendre l'initiative. Plus de 90% des dépenses liées au diabète dans plusieurs pays insulaires océaniques ont concerné la prise en charge et le traitement des complications, alors qu'elles auraient dû être consacrées au dépistage précoce et à la prévention secondaire, plus rentables.¹¹

Les principaux modes de paiement des prestataires de services dans la région Asie-Pacifique sont les affectations budgétaires, les salaires du personnel et les honoraires à la prestation (Tableau 2).

⁹ Programme de réforme du secteur de la santé, Philippines, 2006.

¹⁰ Plan cadre stratégique du secteur de la santé, 2006-2015. Gouvernement de la Mongolie, 2005

¹¹ Diabetes and the Care Continuum in the Pacific Island Countries. Health Care Decision-making in the Western Pacific Region, WHO/WPRO 2003.

Annexe 1

Tous les pays étudiés dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours ont recours à divers types de rémunération des services, lesquels sont en général insuffisamment réglementés et peu contrôlés. Les honoraires à la prestation incitent les prestataires à vouloir augmenter leurs revenus par un plus gros volume de services et de produits, tels que des diagnostics de deuxième niveau et des produits pharmaceutiques.¹² Des modes de paiement plus rentables, tel le paiement par capitation, sont utilisés en Thaïlande et dans de nombreux pays de l'OCDE.¹³

Tableau 2 Principaux modes de rémunération des prestataires dans la région Asie-Pacifique

| Budgets/salaire | Honoraires à la prestation | Capitation/paiement par cas/ groupes de diagnostics | Composites |
|-----------------------------|--|--|---------------------|
| Bhoutan | Bangladesh | Australie | Indonésie |
| Brunei Darussalam | Cambodge | Nouvelle-Zélande | Japon |
| États fédérés de Micronésie | Chine | | Malaisie, |
| Îles Cook | Inde | | Mongolie |
| Îles Fidji | Myanmar | | Philippines |
| Îles Marshall | Népal | | République de Corée |
| Îles Salomon | République démocratique populaire lao | | Singapour |
| Kiribati | Viet Nam | | Sri Lanka |
| Maldives | | | Thaïlande |
| Nauru | | | |
| Nioué | | | |
| Palaos | | | |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | | | |
| RPD Corée | | | |
| Samoa | | | |
| Timor-Leste | | | |
| Tonga | | | |
| Tuvalu | | | |
| Vanuatu | | | |

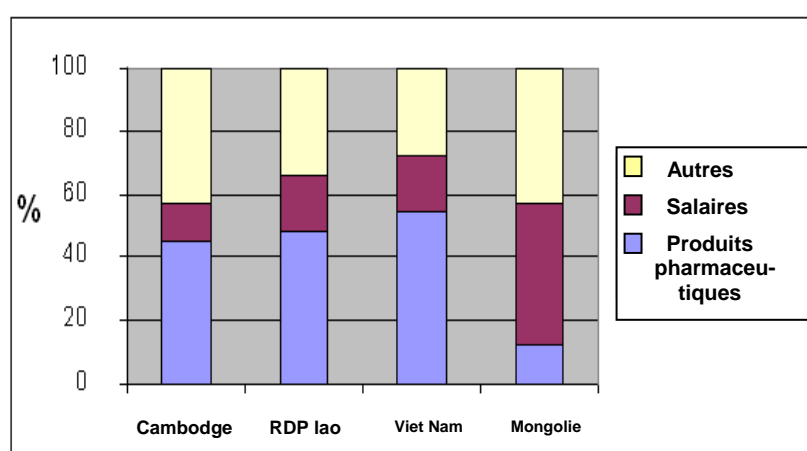
Les dépenses publiques servant à la rémunération du personnel de santé sont relativement faibles dans les pays continentaux étudiés. La part des salaires dans le total des dépenses de santé ne représentait au Cambodge que 15 %, 17 % au Viet Nam et 18 % en République démocratique populaire lao (Figure 7), mais la rémunération des agents de santé au moyen d'honoraires à la prestation n'a pas été prise en compte dans le calcul de ces pourcentages. Il est apparu, lors de

¹² *Activité de l'OMS dans le Pacifique occidental. Rapport du Directeur régional (1 juillet 2001–30 juin 2002)*. OMS, Manille, 2002.

¹³ *Rémunération des prestataires et endiguement des coûts de santé – Les leçons apprises de l'OCDE. Résumés techniques pour décideurs Numéro 2 2007*. WHO/HSF/HFP

l'évaluation, que le problème des paiements directs se manifestait de façon plus aiguë lorsque les salaires versés aux agents de santé ne suffisaient pas à satisfaire leurs besoins essentiels. De faibles affectations budgétaires à la rémunération des professionnels de la santé publique encouragent ces derniers à exercer de façon privée ce qui induit le versement d'honoraires échappant à tout contrôle dans des structures médicales publiques.

Figure 7. Composantes des dépenses de santé (2005)



Source: *Évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre de la Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)* P. Annear, 31 août 2008

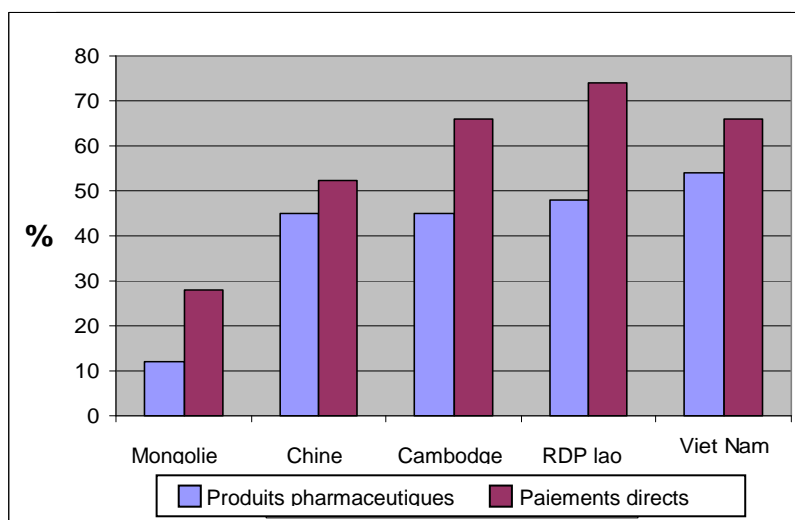
Il a été signalé que certains hôpitaux publics en Chine ne perçoivent que 30% environ de leurs revenus de l'État, ce qui les oblige à trouver par eux-mêmes ailleurs des ressources, en demandant des honoraires aux patients, en prescrivant des médicaments ou des diagnostics supplémentaires.¹⁴ Même si certains sont prêts à payer pour recourir à ces produits et services, les sommes induites peuvent constituer une part importante du total des dépenses de santé et représenter une lourde charge pour les personnes malades et les pauvres qui les déboursent.

Les dépenses en produits pharmaceutiques et en diagnostics représentent environ la moitié des dépenses totales de santé au Cambodge, en Chine, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. Ces pays enregistrent aussi de fortes proportions de paiements directs (Figure 8), ce qui laisse penser que les frais de pharmacie et de diagnostic correspondent à une grande part des salaires des prestataires. C'est l'inverse qui s'observe en Mongolie, où les produits pharmaceutiques ne représentent que 12 % du total des dépenses, et les débours directs 28 %.

¹⁴ Qingyue Meng et al. The impact of China's retail drug price control policy on hospital expenditure. *Health Policy and Planning* 20(3):185-196 2005; Oxford University Press.

Annexe 1

Figure 8. Composantes des dépenses de santé (2005)



Source : Évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre de la Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010), P. Annear, 31 août 2008

Bon nombre de ministères de la santé dans la région Asie-Pacifique ont de faibles capacités de gestion financière et ne jouent qu'un rôle insignifiant dans les affectations budgétaires globales au secteur de la santé. Ce sont les ministères des finances, de la planification économique et des investissements qui décident en la matière. Les rôles des gouvernements centraux et locaux dans le financement des soins de santé ont radicalement changé, surtout dans les pays où la réforme du secteur public a inclus la décentralisation. Alors des difficultés se sont posées pour ce qui concerne le suivi des allocations, le déblocage et l'utilisation des fonds aux différents niveaux. Les gouvernements centraux assument au premier chef la responsabilité des programmes de santé nationaux, mais sont souvent mal informés au sujet des budgets infranationaux de la santé.

Les gouvernements locaux des pays en développement n'ont souvent que des moyens limités pour mobiliser suffisamment de ressources financières pour satisfaire leurs besoins locaux. Les régions géographiques pauvres en ressources ont du mal à assurer une distribution et une utilisation équitables des ressources, y compris les subventions du gouvernement central. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, les dépenses de santé réelles s'écartent des plans initiaux du fait du retard des allocations de fonds. On y constate également la lenteur et le retard des dépenses budgétaires. Ce type de gestion nuit à la planification et à la bonne marche des cycles budgétaires, ce qui entrave l'offre de soins de santé de qualité et risque également de faire peser plus lourdement les dépenses de santé sur les ménages.

3. Comment financer les soins de santé pour en assurer une couverture universelle

Assurer une couverture universelle est l'objectif majeur du financement des systèmes de santé. Il est atteint lorsque tous ont accès à un éventail complet de services de santé personnels et préventifs de bonne qualité, sans devoir supporter une charge financière excessive. Dans la région Asie-Pacifique, tous les gouvernements s'emploient à offrir des soins de santé de bonne qualité à leur population à des prix abordables.

3.1 Il est difficile d'assurer une couverture universelle si les paiements directs sont supérieurs à 30 %

Il est aujourd'hui possible, en se référant aux différents systèmes appliqués dans le monde pour financer la santé, de comparer les diverses méthodes employées pour offrir une couverture universelle, notamment en faveur des populations les plus pauvres et les plus vulnérables. Les faits montrent qu'il est indispensable que l'État assume un rôle déterminant dans le financement de la santé, soit par le paiement de salaires, soit par l'utilisation des recettes fiscales, pour que les systèmes de santé protègent les pauvres.¹⁵ Ils démontrent également que les systèmes de santé dans lesquels l'État joue un rôle effectif sont sans doute les plus équitables et ceux qui obtiennent les résultats sanitaires cumulés les meilleurs.^{16, 17}

Les pays à revenu faible ou moyen, où les dépenses publiques dans la santé sont réduites, tendent à imposer dans une forte proportion des débours directs, tels que des honoraires à payer au prestataire ou des paiements directs privés non remboursables. Il semble difficile d'assurer une couverture universelle si ces débours directs dépassent les 30 % du total des dépenses de santé. L'obligation de payer directement ses soins crée un obstacle financier de taille à l'accès aux soins de santé, et les ménages à faible revenu doivent faire face à des dépenses exorbitantes lorsque ces paiements représentent plus de 30 % du total des dépenses de santé. Les données mondiales illustrant cette relation sont reproduites à la Figure 9. Des relations semblables s'observent entre les taux de paupérisation des ménages et la part des dépenses privées dans le budget santé.

¹⁵ Gilson L, et al. Challenging inequity through health systems. Final report. Knowledge Network on Health Systems. 2007. WHO Commission on the Social Determinants of Health.

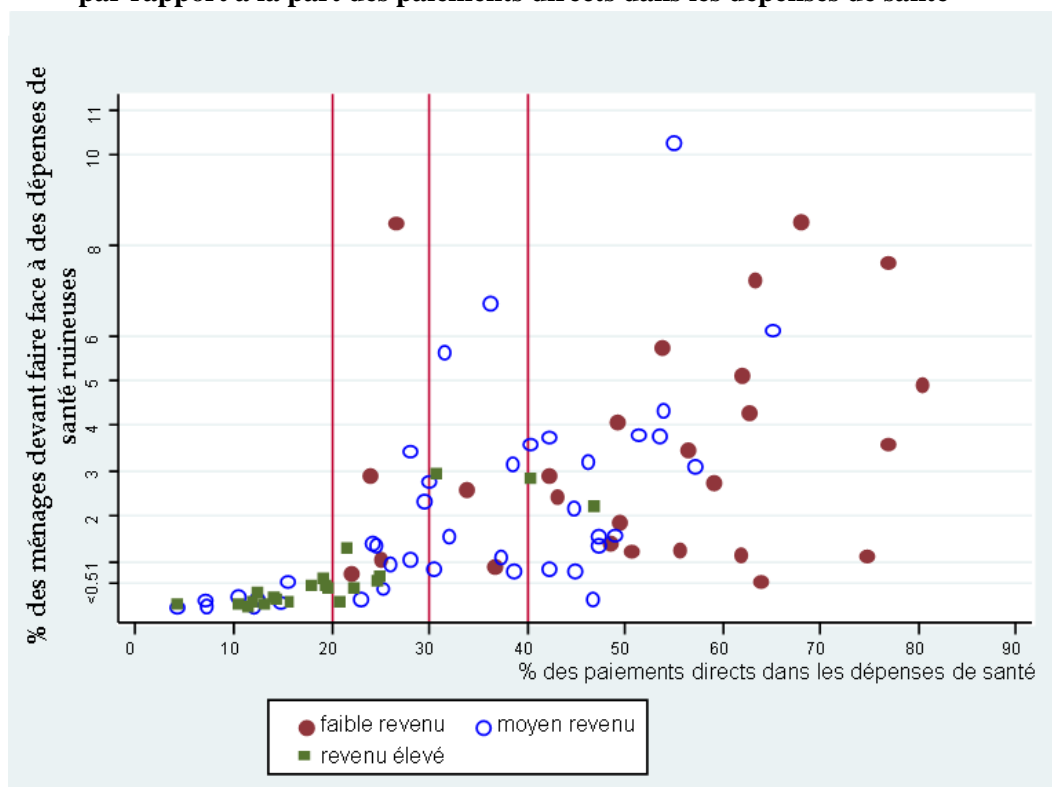
¹⁶ Rannan-Eliya R, Somanathan A. Equity in health and health care systems in Asia. In: The Elgar companion to health economics. Jones AM, editor. Cheltenham: Edward Elgar; 2006.

¹⁷ Mackintosh M, Koivusalo M. Health systems and commercialisation: In search of good sense. Commercialisation of health care: Global and local dynamics and policy responses. In: Mackintosh M, Koivusalo M, . Basingstoke: Palgrave; 2005.

Annexe 1

La plupart des pays de l'OCDE ont réussi à offrir une couverture universelle lorsqu'ils ont limité les paiements directs à 20%–30% du total des dépenses de santé.¹⁸ Toutefois, la limitation des paiements directs ne saurait être un indicateur absolu du financement favorable à la couverture universelle. Dans certains pays relevant de l'OCDE, comme le Mexique, la République de Corée et la Suisse, ou dans des pays en développement comme la Malaisie et la Thaïlande, les paiements directs occupent une forte proportion et pourtant ces pays ont presque atteint l'objectif d'une couverture universelle. Dans ces pays, les paiements directs sont principalement alimentés par un système de participation aux coûts au titre de polices d'assurance ou par des groupes de personnes à revenu élevé, qui ont les moyens de s'adresser à des prestataires privés.¹⁹ Par conséquent, il importe d'étudier les principales composantes et les raisons des taux élevés des paiements directs, ainsi que leur impact sur les personnes vulnérables et à faible revenu, lorsque les gouvernements formulent des stratégies de financement de la santé visant à réduire ces paiements directs.

Figure 9. Pourcentage des ménages devant faire face à des dépenses de santé ruineuses par rapport à la part des paiements directs dans les dépenses de santé



Source: K Xu, et. al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26, No. 4 (2007): 972-983

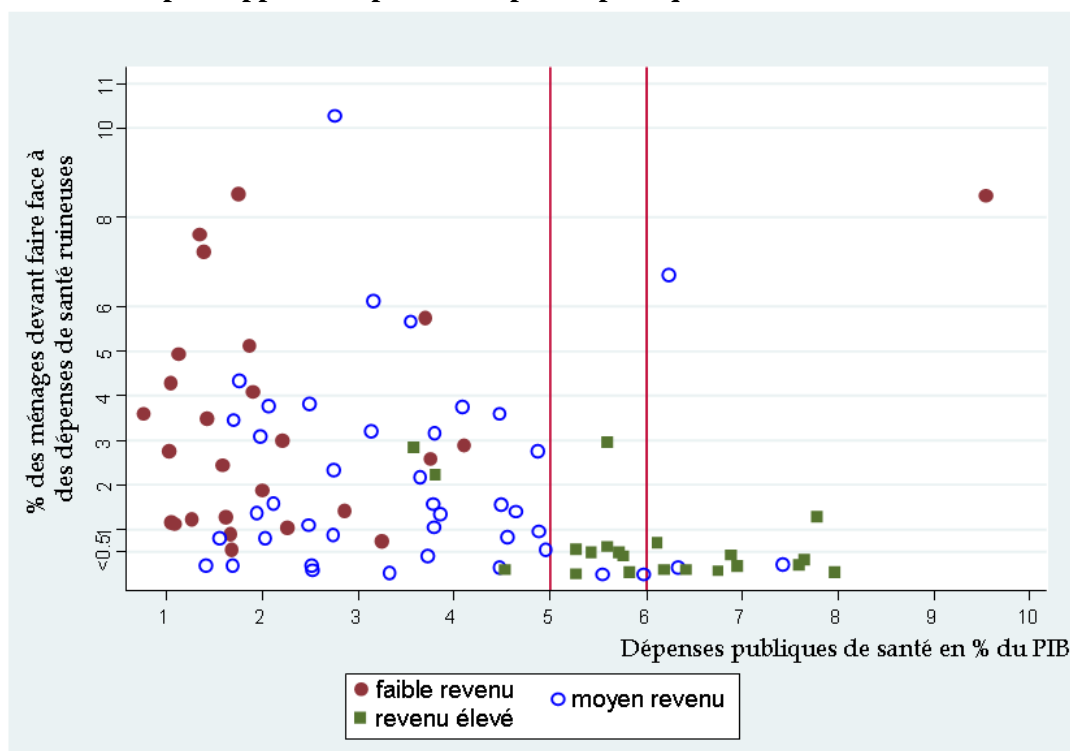
¹⁸ Elizabeth Docteur and Howard Oxley. *Systèmes des soins de santé: les enseignements à tirer des réformes entreprises*. Document de travail de l'OCDE, 2003.

¹⁹ Bonu, S. I. Bhushan, and D. Peters. 2007. *Incidence, Intensity, and Correlates of Catastrophic Out-of-Pocket Health Payments in India*. Economics and Research Department Working Papers Series 102. ADB Manila.

3.2 Il est difficile d'assurer une couverture universelle avec des dépenses publiques inférieures à 5 %

Les données recueillies à travers le monde démontrent que les pressions financières sur les ménages et la paupérisation due à des soins de santé dispendieux sont faibles lorsque la contribution de l'État aux dépenses de santé avoisine les 5 %–6 % du PIB (Figure 10.) Des contributions publiques plus élevées permettent généralement l'installation d'infrastructures de qualité et des prestations médicales à des prix subventionnés. Il est donc moins nécessaire pour accéder à des services de santé de recourir au secteur privé, qui réclame habituellement le paiement de la prestation au moment de l'acte. Le contraire s'avère si les sommes affectées par l'État à la santé sont peu importantes. L'accès et le principe d'équité sont mis à mal lorsque c'est le système des débours directs qui prédomine.

Figure 10. Pourcentage des ménages devant faire face à des dépenses de santé ruineuses par rapport à la part des dépenses publiques de santé en % du PIB



Les financements publics, issus principalement des recettes fiscales ou des caisses d'assurance-maladie, ou d'une combinaison des deux, est le mode de financement des prépaiements prédominant dans les pays approchant l'objectif de la couverture universelle. Les financements s'appuyant sur les recettes fiscales et les caisses d'assurance-maladie ont des avantages et des inconvénients, mais les deux sources permettent une mutualisation des risques et des subventions croisées, éléments essentiels

Annexe 1

d'une couverture universelle, de l'accès aux soins et de la protection financière.²⁰ Un système composite de financement de la santé combinant un certain degré de fiscalité, de contributions sous forme de prépaiements, de participation aux coûts, de paiement d'honoraires par les usagers, de subventions ciblées et d'autres éléments de protection sociale, peut offrir une bonne couverture des services et un accès équitable. Il est essentiel que le financement de la santé dans les pays en développement ne porte pas atteinte à l'accessibilité ni à l'utilisation des services de santé aux dépens des populations pauvres et vulnérables, ni n'expose les ménages à faible revenu au risque de paupérisation. Les financements publics doivent être suffisants pour fournir au moins l'ensemble de base des services de santé nécessaires et mettre les ménages à faible revenu à l'abri de dépenses de santé ruineuses.^{21, 22, 23}

3.3 Latitude fiscale, efficacité de l'aide et gains de rentabilité

L'insuffisance des dépenses de santé assumées par l'État fait barrage à la couverture universelle. La Commission de l'OMS « Macroéconomie et santé » a estimé que le minimum de dépenses nécessaires à l'amélioration de la qualité d'un ensemble d'interventions essentielles, qui profiterait notamment aux pauvres, était en 2001 d'environ 34 dollars par habitant. Ce montant peut aller jusqu'à 100 dollars si l'on s'attache à corriger les imperfections du système de santé.^{24,25} Il faut donc s'employer à la fois à augmenter les ressources publiques consacrées à la santé et à utiliser ces ressources de façon plus rentable.

Les données relatives à la région indiquent qu'à l'exception de certains pays insulaires océaniques, les recettes fiscales dans la région Asie-Pacifique—13,2% du PIB, les recettes totales du Trésor public s'élevant à 16,6 % of du PIB²⁶—sont les plus faibles que dans n'importe quelle autre région du monde. Il y a donc lieu de penser qu'il est possible d'augmenter ces recettes pour financer les dépenses dans une plus grande proportion du PIB, surtout dans les pays qui connaissent une croissance économique.

²⁰ Technical Briefs for Policy-Makers. Achieving Universal Health Coverage: Developing Health Financing Systems.

²¹ *Investir dans la santé OMS Rapport final de la Commission Macroéconomie et santé*. 2003.

²² Des calculs du coût de revient des activités à mener pour atteindre les OMD relatifs à la santé au Cambodge et les études faites dans d'autres pays à faible revenu ont confirmé la validité des estimations de \$35-\$100.

²³ Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. van Damme, W. Leemput, L. van, Por, I., Hardeman, W., Meessen, B. *Tropical Medicine & International Health Volume 9 Issue 2*, Pages 273 – 280
Publié en ligne: 3 février 2004

²⁴ *Investir dans la santé OMS Rapport final de la Commission Macroéconomie et santé*. 2003.

²⁵ Des calculs du coût de revient des activités à mener pour atteindre les OMD relatifs à la santé au Cambodge et les études faites dans d'autres pays à faible revenu ont confirmé la validité des estimations de \$35-\$100.

²⁶ Global Health Disparities: the role of health financing, donor assistance, and human resources. Colloque du CGFNS
Philadelphie, décembre 2007 Marko Vujicic La Banque mondiale

Accroître les ressources budgétaires consacrées à la santé sans pour autant mettre en péril la situation financière de l'État, c'est ce vers quoi tendent les efforts de financement de la santé. Le recours aux recettes fiscales pour accroître les dépenses de la région pourrait s'appuyer sur diverses mesures : augmenter les taxes intérieures, élargir l'assiette fiscale, établir des caisses d'assurance-maladie, emprunter à l'extérieur ou essayer d'obtenir un allègement du remboursement de la dette.

L'efficacité de l'aide, notamment la mise en concordance et l'harmonisation de l'aide au développement offerte par des institutions étrangères avec les priorités nationales, revêt une grande importance pour la région. Le niveau moyen de cette aide apportée dans la région ne représente qu'environ 11 % des dépenses de santé, mais il est bien plus élevé dans certains pays à faible revenu.

Il faudrait donc que les pays s'efforcent d'accroître cette aide en faveur du secteur de la santé tout en renforçant l'efficacité.²⁷

Il est possible d'utiliser à meilleur escient toutes les ressources à la disposition des gouvernements. Les dépenses publiques doivent être principalement axées sur la réalisation des objectifs sanitaires nationaux, en particulier la satisfaction des besoins des pauvres mais aussi l'amélioration de la qualité des services publics, à tous les niveaux. Les moyens de mieux rentabiliser ces ressources : les allouer et les distribuer de façon plus rationnelle, en faire un usage technique approprié, et les gérer en fonction des résultats.

La séparation du financement public et de la prestation des services de santé par l'engagement du secteur privé pourrait être une option à considérer dans les pays où le secteur privé joue un rôle important dans la fourniture des services. Les efforts nationaux en faveur de la santé pourraient aussi impliquer les acteurs non étatiques, ressources utiles pour la santé, à condition que les normes en matière de réglementation et de qualité soient observées.

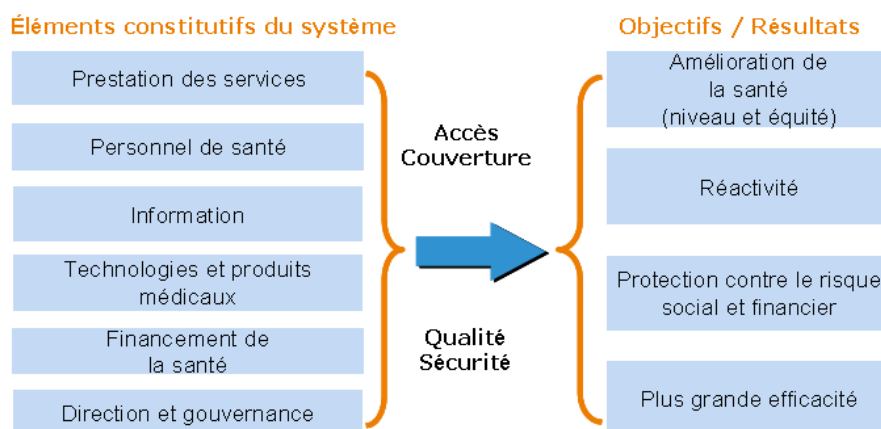
3.4 Renforcement des systèmes de santé et financement de la santé

Le financement de la santé doit se placer dans le contexte d'un renforcement des systèmes de santé global, conduisant à la couverture universelle des soins de santé. Le cadre d'action de l'OMS visant à renforcer les systèmes de santé afin d'en améliorer les résultats cite six domaines formant les piliers de cette action, dont l'un est le financement de la santé, comme le montre la Figure 11.

²⁷ Fiscal Space for Health: Use of Donor Assistance. Dr. P Gottret, South Région de l'Asie du Sud, La Banque mondiale, Colombo, 18 mars 2009

Annexe 1

Figure 11 : Les six piliers du renforcement des systèmes de santé



Le financement de la santé joue un rôle central tant dans le succès des efforts déployés que dans la réalisation des objectifs généraux des systèmes de santé que sont un accès plus équitable, la protection contre les risques et la rentabilité. Il y a des liens essentiels et des interactions dynamiques entre le financement de la santé et les autres fondements des systèmes de santé. Ceux-ci sont décrits ci-après :

3.4.1 Prestation des services

Les politiques de financement de la santé doivent garantir un ensemble d'avantages convenu pour satisfaire les besoins de la population en matière sanitaire, en particulier les besoins des personnes démunies, et incluant tous les types de soins, prévention, dépistage, traitement et réadaptation fonctionnelle. Des gains de rendement du financement de la santé, sur le plan des affectations budgétaires, des améliorations techniques et de la répartition des ressources, pourraient grandement contribuer à l'amélioration des systèmes de santé, ceux-ci bénéficiant d'une structure, d'une organisation et d'une gestion plus rationnelles, ainsi que d'un meilleur rapport coût-efficacité de la prestation des services. Le financement de la santé doit fournir des incitations à augmenter la qualité des services.

3.4.2 Personnel de santé

Les systèmes de santé sont des structures à fort coefficient de main-d'oeuvre, et la rémunération des agents de santé représente une grande part des dépenses de santé dans la plupart des pays. Il convient de recourir à bon escient aux divers modes de paiement des prestations prévus dans les mécanismes de financement pour accroître la motivation du personnel de santé. On pourrait ainsi influencer sur le potentiel humain contenu dans les ressources

humaines pour offrir des services de santé prioritaires, redéployer le personnel, le retenir et assurer des services performants dans les zones de population négligées. Le recours à ces mécanismes pourrait aussi servir à impliquer le secteur privé dans les programmes de santé nationaux.

3.4.3 Information sanitaire

Il est utile de disposer d'informations relatives au financement et aux dépenses de la santé, judicieusement ventilées, en relation avec les données concernant les résultats des services épidémiologiques et sanitaires, pour être à même d'établir des politiques et de conduire des évaluations techniques. Ces données doivent porter sur l'origine des fonds, le recours aux prestataires de services de santé par les différents segments de la population, et la portée de la protection financière dans le domaine de la santé, en termes de nombre d'habitants ayant accès aux soins, de cas où les frais médicaux sont exorbitants et de conséquences des dépenses de santé sur la pauvreté.

3.4.4 Technologies et produits médicaux

Les dépenses afférentes à l'achat de médicaments et de produits médicaux constituent la plus grande part des paiements directs dans la région Asie-Pacifique. Les données factuelles montrent qu'il est fait un usage déraisonnable de plus de la moitié des produits médicaux. Une politique de financement de la santé, de même que des politiques de prescription des médicaments, pourraient corriger notablement ces erreurs.

3.4.5 Direction et gouvernance

Une gouvernance sensée et une bonne direction sont nécessaires si l'on veut augmenter les dépenses publiques en faveur de la santé et ne pas perdre de vue l'objectif fixé qui est d'assurer une couverture universelle. Ces deux fonctions doivent être appuyées par des cadres législatifs et réglementaires favorables aux prépaiements et aux mécanismes de mutualisation des risques, et rationaliser les dépenses de santé dans les secteurs tant public que privé. Une direction éclairée est nécessaire pour rendre le financement de la santé plus transparent pour le public, en particulier au regard des paiements illicites.

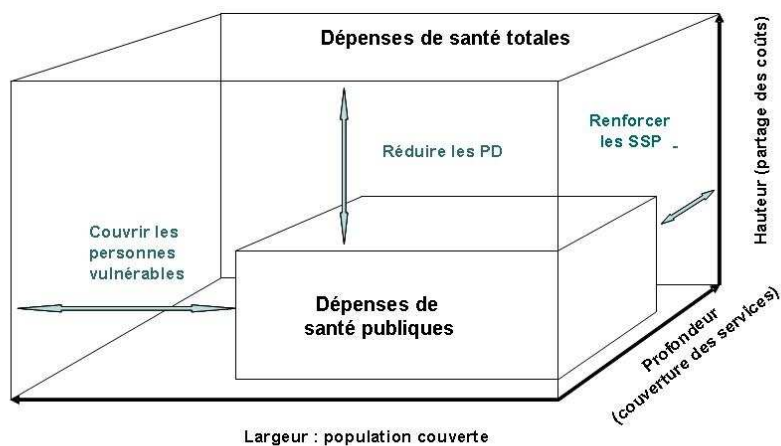
Annexe 1

4. *Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015)*

4.1 **Vers la réalisation de la couverture universelle**

Cette stratégie a pour but d'aider les États Membres à mettre en place la couverture universelle des soins de santé grâce à un financement de la santé efficace. Le croquis ci-dessous illustre de façon schématique cette stratégie.

Figure 12. Réalisation de la couverture universelle



PD – paiements directs
SSP – soins de santé primaires

Une augmentation des ressources financières et une rentabilisation de l'emploi de toutes les ressources permettront une expansion des services, en particulier dans le domaine des soins de santé primaires. Une plus grande part des prépaiements, la mutualisation des risques et une protection sociale efficace permettront une extension des services aux personnes ne bénéficiant pas encore d'une couverture sociale et aux populations vulnérables, et auront également pour effet de réduire les paiements directs. Ces données appellent chaque pays à lancer des interventions ciblées, à la mesure de ses capacités, dans les huit domaines stratégiques suivants :

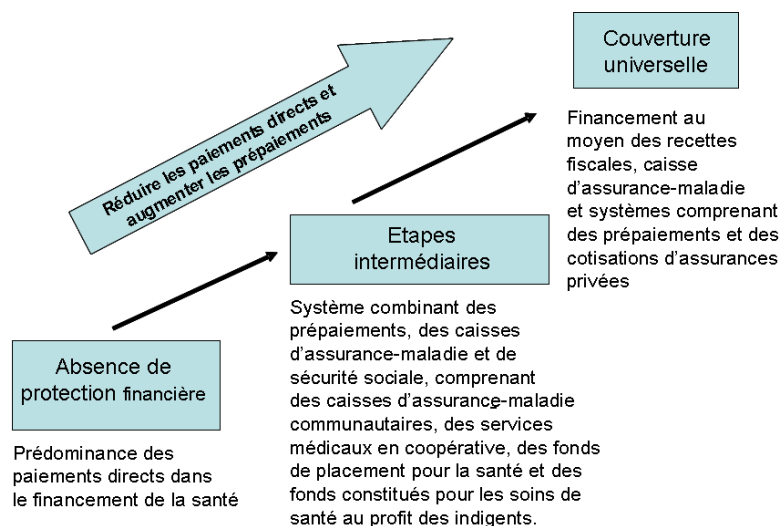
- 1) augmenter les investissements et les dépenses publiques de santé
- 2) améliorer l'efficacité de l'aide en faveur de la santé
- 3) améliorer la rentabilité en rationalisant les dépenses de santé
- 4) accroître l'usage des prépaiements et la mutualisation des risques

- 5) améliorer les modes de paiement des prestataires de services
- 6) renforcer les mécanismes de protection sociale en faveur des personnes démunies et vulnérables
- 7) améliorer les données factuelles et l'information à l'appui de l'élaboration des politiques
- 8) améliorer le suivi et l'évaluation des changements d'orientations politiques.

Ce projet de stratégie contient trois domaines réclamant une attention particulière qui ne figurent pas dans la *Stratégie de financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est (2006-2010)*. Ce sont : 1) améliorer l'efficacité de l'aide ; 2) améliorer la rentabilité en rationalisant les dépenses de santé ; et 3) améliorer les modes de paiement des prestataires de services.

Le croquis suivant montre comment cette stratégie sera mise en oeuvre progressivement, par étapes. Le système de financement passera des paiements privés et directs aux prépaiements et à la mise en commun des risques. Finalement, les fonds regroupés dans une caisse commune suffiront à financer la couverture universelle.

Figure 13. Les étapes de l'établissement de la couverture universelle



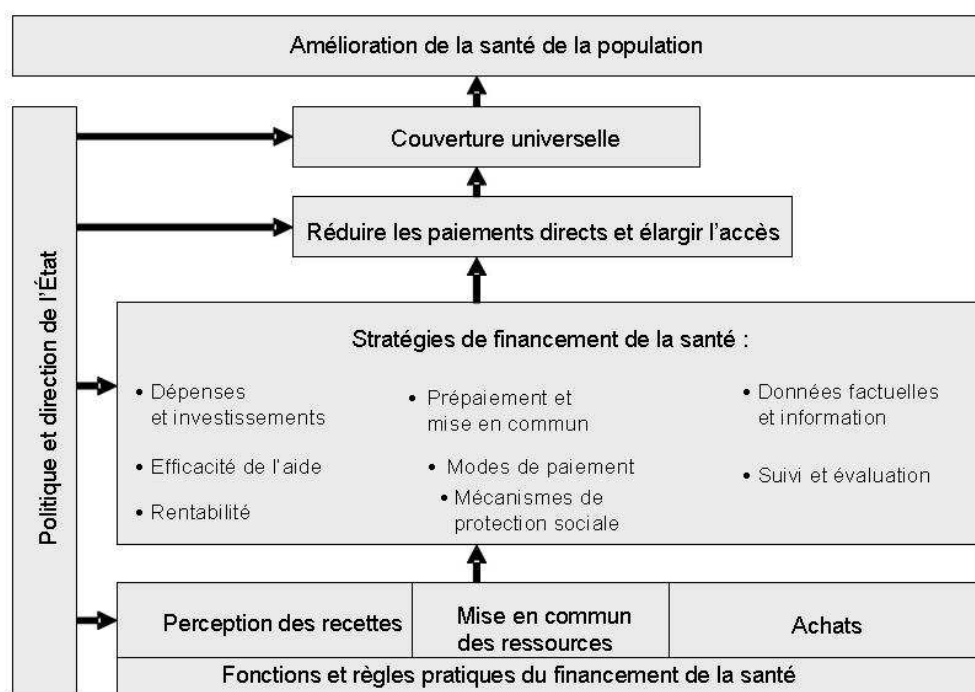
La Figure 14 montre les liens qui existent entre les activités associées à ces domaines stratégiques, les objectifs intermédiaires du renforcement des systèmes de santé, la réalisation de la couverture universelle et les avantages qu'en retire la population sur le plan de la santé.

Annexe 1

4.2 Buts et cibles

Le but de cette stratégie est d'aider les pays à offrir une couverture universelle de manière à assurer l'accès de leur population à des services de santé de qualité pour un meilleur état sanitaire. Les données factuelles amènent à penser que la couverture universelle est le plus facilement réalisable dans les pays où le financement de la santé par l'État, y compris le financement issu des recettes fiscales et des cotisations de la sécurité sociale, avoisine les 5 % du PIB. Ce pourcentage est donc un objectif à atteindre par tous les pays de la région Asie-Pacifique désireux de réaliser la couverture universelle des services de santé. Il y a des exceptions. Certains pays y sont presque parvenus alors que les dépenses publiques de santé représentent une plus faible proportion. D'autres pays n'assurent qu'un début de couverture universelle alors que leurs dépenses publiques de santé sont élevées. La Stratégie encourage donc les pays à fixer leurs propres buts de façon réaliste, avec une politique d'action claire à suivre pour accroître les dépenses publiques et leur part dans le total des dépenses de santé.

Figure 14. Liens entre la stratégie de financement de la santé et l'amélioration de la santé de la population



Les cibles suivantes sont proposées pour le suivi et l'évaluation des progrès :

- Les dépenses supportées par les paiements directs ne devraient pas dépasser 30 % à 40 % des dépenses totales de santé
- Les dépenses totales de santé devraient représenter au moins 4 % à 5 % du PIB
- Plus de 90 % de la population devraient être couverts par les prépaiements et les mécanismes de mutualisation des risques
- La couverture des populations vulnérables au moyen des mécanismes de sécurité sociale et de protection financière devrait approcher des 100 %.

4.3 Contexte favorable aux réformes du financement de la santé

La mise en oeuvre de la Stratégie devra bénéficier d'un engagement ferme et actif de toutes les parties prenantes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. Pour que le contexte soit favorable à ces réformes et contribue à leur réalisation il faudrait réunir les conditions suivantes :

- 1) un consensus et un engagement à l'égard de la couverture universelle, notamment :
 - a) un consensus plurisectoriel et des différentes parties prenantes sur les buts à atteindre ;
 - b) un engagement vis-à-vis des rôles et des responsabilités à assumer en vue de la réalisation de la couverture universelle ;
 - c) la disponibilité de données factuelles sur les retombées des investissements publics sur la santé ;
 - d) l'organisation de forums pour faire connaître les analyses stratégiques et mobiliser des appuis de haut niveau, en particulier au niveau des ministères de la santé et des finances ; et
 - e) l'élaboration de plans pour prendre en compte les préoccupations des parties prenantes pouvant exprimer des avis opposés.
- 2) l'élaboration et l'application des mesures de mise en oeuvre, portant notamment sur les aspects suivants :
 - a) la capacité technique de rassembler des informations et de formuler des politiques d'action ;
 - b) la capacité d'étudier et de faire respecter la législation et la réglementation ; et
 - c) les moyens administratifs et de gestion à l'échelon national et infranational.

Annexe 1

- 3) la transparence et la faculté de rendre compte des décisions prises à toutes les étapes des réformes, notamment en ce qui concerne :
 - a) la gestion des ressources ;
 - b) le suivi et l'évaluation des politiques ; et
 - c) la façon dont les fonctions et les responsabilités attribuées sont assumées.

Les activités menées dans le cadre de la Stratégie devraient être guidées par le respect des règles pratiques du financement de la santé, applicables aux trois principales fonctions entrant dans ce processus, la perception des recettes, la mise en commun des ressources et l'achat des services.

4.4 Domaines stratégiques d'action en matière de financement de la santé destiné à établir une couverture universelle

4.4.1 Domaine stratégique 1 : augmenter les investissements et les dépenses publiques de santé

Ce premier domaine d'action s'attaque à la nécessité importante de consacrer des sommes suffisantes aux services de santé, en particulier dans un contexte de crise financière et économique. Il fait valoir l'importance d'un financement public adéquat, le présentant comme le moyen de financement le plus efficace pour favoriser l'équité. Les actions qui lui sont associées sont les suivantes :

- 1) Accroître l'engagement du gouvernement, engagement manifesté par l'élaboration de politiques appropriées, assorties de cibles et de plans à moyen et à long terme.
- 2) Analyser, faire une estimation chiffrée et planifier les besoins d'investissement du système de santé en vue de l'établissement d'une couverture universelle.
- 3) Créer une synergie plurisectorielle par une planification intégrée, englobant des secteurs ayant des liens avec la santé, des secteurs non étatiques et des programmes de portée mondiale.
- 4) Renforcer les capacités, nationales et infranationales, pour la mobilisation de ressources, en s'appuyant à la fois sur des options nationales et internationales.
- 5) Rassembler et diffuser des données factuelles sur les incidences des investissements publics dans la santé sur la performance des services de santé, le développement social et global, en particulier à l'adresse des ministères de la santé, des finances et de la planification.

4.4.2 Domaine stratégique 2 : améliorer l'efficacité de l'aide en faveur de la santé

Le financement national des systèmes de santé sur la base de la mise en commun des ressources et d'importantes contributions de l'État, est la meilleure option en matière de financement. L'aide extérieure continuera néanmoins de jouer un rôle complémentaire non négligeable, surtout dans les pays à faible revenu. Ce deuxième domaine stratégique promeut une utilisation de l'aide efficace et rentable, apte à contribuer à l'établissement durable de la couverture universelle. Cette position va dans le sens des cinq piliers de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Les actions qui lui sont associées sont les suivantes :

- 1) Soumettre une demande de financement à des institutions étrangères d'aide au développement internationale en présentant un plan stratégique d'utilisation des ressources orienté vers des résultats, en faisant valoir les efforts qui sont faits sur le plan national pour accroître le financement, en particulier dans le budget de l'État pour la santé.
- 2) Recourir à des plans nationaux pour réduire la fragmentation de l'aide extérieure et la faire mieux concorder avec le programme national en faveur de la santé et les mécanismes de coordination nationale.
- 3) Renforcer l'efficacité de l'aide extérieure au développement en réduisant au minimum les frais de transaction et en y augmentant la part consacrée à la santé, dans la ligne du budget général de l'État.
- 4) S'employer avec tous les partenaires à accroître la prévisibilité des aides et à en réduire l'irrégularité.
- 5) Mettre en place des mécanismes de suivi simples et partagés, aptes à rendre l'information transparente et actuelle.

4.4.3 Domaine stratégique 3 : améliorer la rentabilité en rationalisant les dépenses de santé

Ce troisième domaine incite à obtenir un meilleur rendement de l'argent investi en rationalisant les dépenses de santé. En employant les ressources nationales comme les ressources extérieures, il faut essentiellement viser à obtenir de meilleurs résultats sanitaires, tout en s'attaquant aux défaillances actuelles, à savoir, le manque d'équité, de rentabilité et de qualité des services. Les principales actions qui lui sont associées sont les suivantes :

- 1) Fonder la planification nationale et infranationale sur les priorités établies : améliorer les résultats sanitaires et instaurer la couverture universelle par une distribution équitable des allocations entre les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Annexe 1

- 2) Faire un calcul des prix de revient et une analyse du rapport coût-efficacité, établir des cadres des dépenses à moyen terme, faire des évaluations des dépenses publiques de santé et une budgétisation fondée sur les résultats, et user de tout autre outil approprié pour mieux rentabiliser les dépenses publiques.
- 3) Élever le niveau des compétences qui permettront d'employer les ressources plus efficacement, notamment en matière de gestion du personnel de santé, de prestation des services, de financement et de réglementation du secteur de la santé. Il conviendra de faire obstacle à la pratique du versement clandestin d'honoraires et d'autres moyens de rémunération détournés, et de promouvoir des mesures ayant un bon rapport qualité-prix, tels les soins à domicile.
- 4) Assurer une allocation des ressources en temps opportun, équitable et rentable, aux soins de santé primaires et aux autres services essentiels, en veillant à offrir une couverture sociale aux personnes démunies et vulnérables et aux zones reculées et négligées.
- 5) Réduire les coûts de la fourniture et de la distribution des produits pharmaceutiques, en particulier au sein du secteur privé, en mettant en oeuvre des politiques favorisant un usage rationnel des médicaments essentiels, en concevant des mesures incitant les praticiens à faire des prescriptions raisonnables, en affaiblissant les monopoles lorsque ceux-ci ont pour effet d'augmenter les coûts, et en améliorant le marketing social en vue de réduire les demandes non fondées de médicaments et de diagnostics.
- 6) Inciter les acteurs non étatiques à rationaliser les dépenses de santé en vue de mettre en place une couverture universelle et de donner plus de moyens aux soins de santé primaires.

4.4.4 Domaine stratégique 4 : accroître l'usage des prépaiements et la mutualisation des risques

Ce quatrième domaine vise à augmenter la part des prépaiements et les mécanismes de mutualisation des risques pour favoriser l'équité, l'accès et la protection sociale contre les risques financiers associés à un mauvais état de santé. Les mesures stratégiques destinées à accroître le nombre d'habitants bénéficiant des mécanismes de prépaiement et de mutualisation des risques sont les suivantes :

- 1) Définir des modes de prépaiement appropriés, notamment des polices d'assurances-maladie, prévoyant des cotisations et des avantages équitables, et élaborer des politiques réalisables, assorties de cibles et de plans d'action.
- 2) Promouvoir l'accès universel, sensibiliser l'opinion et réunir un consensus à son égard, en mettant au point un système de financement composite mettant en jeu toutes les parties

prenantes, les décideurs et les planificateurs, les prestataires de services, le personnel de santé et les usagers.

- 3) Renforcer l'engagement de l'État pour assurer un système de prépaiement et de mutualisation des risques efficace.
- 4) Mettre en oeuvre des plans d'action destinés à étendre la couverture sociale et l'accès aux services par une combinaison d'impositions fiscales, de cotisations d'assurance-maladie et d'autres mécanismes de prépaiement.
- 5) Prendre des mesures destinées à augmenter le rendement et l'efficacité des services, appuyées par des règles et des normes, des instruments législatifs et d'agrément, applicables tant au secteur public que privé.

4.4.5 Domaine stratégique 5 : améliorer les modes de paiement des prestataires de services

Ce domaine d'action porte sur les modes de paiement des prestataires de services, élément clé des achats propre à influencer le comportement des prestataires et des usagers et à améliorer les résultats des systèmes de santé. On peut jouer sur les modes de paiement des prestataires pour aménager la combinaison de l'offre des services, contenir les coûts du côté des prestataires et modifier la demande des usagers. Il est ainsi possible de faire des gains de rendement et de mieux agir sur le type et le niveau souhaité de soins, dans la ligne d'une approche des soins de santé primaires. Rien que par les modes de paiement des prestataires de service on peut inciter le secteur privé à s'engager de façon concrète. Associés à des régimes contractuels appropriés, les modes de paiements des prestataires peuvent servir à améliorer les résultats tant du secteur public que privé. Les mesures s'inscrivant dans le cadre de cette action sont les suivantes :

- 1) Évaluer les modes de paiement des prestataires en vigueur et leurs incidences sur les systèmes de santé et leur financement.
- 2) Examiner les données factuelles relatives à chaque mode de paiement au regard de sa capacité de mettre en concordance la prestation des services et les objectifs stratégiques à atteindre, de contenir les coûts, de diminuer le risque de dépenses de santé ruineuses et d'effets pervers quant aux motivations des prestataires.
- 3) Examiner les motivations sous-jacentes à la rémunération des prestataires eu égard à la volonté d'impliquer de façon concrète le secteur privé.
- 4) Appuyer la mise en oeuvre de politiques confortées par des instruments législatifs et réglementaires, notamment celles qui visent à préserver les intérêts des pauvres.

Annexe 1

- 5) Inclure des modes de paiement des prestataires dans le regroupement, le suivi et l'évaluation des services.

4.4.6 Domaine stratégique 6 : renforcer les mécanismes de protection sociale en faveur des personnes démunies et vulnérables

Les mécanismes de sécurité sociale visent à accroître la protection sociale en abaissant les barrières empêchant les populations pauvres et vulnérables d'accéder aux services de santé. Ces barrières peuvent être d'ordre économique, politique, social et culturel, ou une interaction complexe de tous ces facteurs. Le financement de la santé orienté vers les pauvres a pour but de lever les barrières financières de l'accès aux soins en réduisant les paiements directs et en promouvant la mutualisation des risques qui permet d'offrir un accès subventionné aux pauvres. Les mesures propres à faire avancer la protection sociale et à mettre un place des mécanismes de sécurité sociale sont les suivantes :

- 1) Recueillir et analyser des données factuelles sur les déterminants sociaux et financiers de la santé.
- 2) Veiller à ce que les mécanismes de sécurité sociale qu'il est prévu de mettre en place, comme l'exonération d'honoraires et l'allègement des cotisations, soient pleinement financés. Les canaux de ce financement peuvent être, entre autres, les impôts, l'imposition de taxes pour des buts précis, des subventions croisées à la caisse de sécurité sociale, des contributions de l'aide au développement extérieure, et des contributions volontaires du secteur privé, par exemple, dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises.
- 3) Accorder des subventions ciblées destinées à répondre à des besoins de groupes vulnérables spécifiques ou à réaliser des objectifs sociaux particuliers, tels que l'offre de soins de santé maternelle au profit de minorités négligées ou pour la responsabilisation des femmes.
- 4) Renforcer le cadre législatif et réglementaire visant à mettre les pauvres à l'abri du besoin au moyen de mécanismes de financement établis.
- 5) Suivre régulièrement et évaluer la situation des populations pauvres et vulnérables sur le plan de la protection sociale et financière.

4.4.7 Domaine stratégique 7 : améliorer les données factuelles et l'information à l'appui de l'élaboration des politiques

Ce domaine met en relief le fait que les données factuelles et l'information constituent la pierre angulaire de la prise de décisions et de l'élaboration de politiques. Il importe d'intégrer dans les systèmes d'informations sanitaires courantes des données fiables pertinentes. Les mesures servant ce besoin de fonder les politiques sur des données factuelles sont les suivantes :

- 1) Répertorier les données à disposition et déceler où il y a des lacunes ou des défauts dans l'information.
- 2) Développer les capacités de recherche pour répondre aux besoins de données et d'informations périodiques.
- 3) Établir des centres de documentation de qualité internationale qui pourraient centraliser le recueil, l'analyse et la diffusion de données liées aux politiques suivies.
- 4) Renforcer les capacités d'utilisation des outils et techniques de l'analyse des politiques, notamment les évaluations d'impact fondées sur les renseignements sur les coûts, les évaluations macroéconomiques et le recours à bon escient des informations épidémiologiques.
- 5) Renforcer les capacités d'amélioration de la gestion financière axée sur la mise en oeuvre des politiques au moyen d'outils de budgétisation et de suivi des ressources, tels que les comptes nationaux de la santé et les cadres de dépenses à moyen terme.

4.4.8 Domaine stratégique 8 : améliorer le suivi et l'évaluation des changements d'orientations politiques

Le projet de Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015) vise à guider les futures activités relatives au financement de la santé et au renforcement des systèmes de santé dans la région Asie-Pacifique. Les politiques, interventions et mesures stratégiques devront être spécifiques et adaptées à chaque pays. Le domaine stratégique 8 appelle à suivre et à évaluer l'avancement de la mise en oeuvre de la Stratégie à l'échelon régional et national. Les indicateurs fixés pour le suivi devront concerner concrètement les politiques engagées, avoir une utilité technique et ne pas être trop nombreux. Il est intéressant d'adopter un ensemble uniforme d'indicateurs de manière à pouvoir comparer les progrès accomplis dans toute la région. Les mesures à prendre dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) Déceler les besoins d'information, les lacunes dans les compétences en matière de gestion et d'analyse, et les sources de financement du suivi et de l'évaluation des politiques.

Annexe 1

- 2) Renforcer les capacités de suivi et d'évaluation des politiques sanitaires à l'aune des principes économiques.
- 3) Intégrer les indicateurs du financement de la santé dans les programmes de suivi et d'évaluation de la santé en général, l'accent étant mis sur l'équité, la rentabilité, la couverture et l'accessibilité des services, ainsi que sur la réduction des paiements directs.
- 4) Encourager des évaluations et un suivi participatifs, faisant intervenir le plus grand nombre de parties prenantes possible.
- 5) Lier le suivi et l'évaluation à l'examen des politiques en fournissant en temps opportun des rapports aux planificateurs des services de la santé.

5. Conclusions

Le projet de *Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015)* soutient l'établissement d'une couverture universelle et l'accès à des services de santé de qualité en vue de l'amélioration des résultats des services sanitaires dans la région Asie-Pacifique. Cette stratégie est fondée sur les actions menées par les pays, les mesures et les constats contenus dans les évaluations régionales du financement de la santé, l'évolution du contexte mondial et un corpus croissant de données factuelles, et elle tient compte de l'importance accordée à l'approche des soins de santé primaires dans le renforcement des systèmes de santé pour favoriser l'instauration de la couverture universelle.

Vouloir instaurer la couverture universelle, c'est vouloir améliorer l'état de santé des personnes pauvres et vulnérables, en particulier des femmes et des enfants. Cela exige une attention et des interventions urgentes de l'État. Dans leur majorité, les pays qui réussissent le mieux à protéger les segments les plus pauvres et vulnérables de leur population et à obtenir les meilleurs rendements de leurs ressources disponibles pour la santé sont ceux qui s'emploient depuis longtemps à agir en faveur des soins de santé primaires, de la couverture universelle et de la sécurité sociale dans le domaine de la santé.

Le projet de *Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010–2015)* peut aider l'OMS et ses États Membres à avancer plus rapidement vers l'instauration de la couverture universelle. La stratégie préconise des réductions substantielles des paiements directs, qui demeurent la principale cause de la paupérisation des ménages et un obstacle financier à l'accès aux services de santé. Elle appelle les gouvernements à accroître les dépenses publiques pour la santé et à renforcer les mécanismes de protection sociale pour étendre la couverture et l'accessibilité des soins

subventionnés, en particulier en faveur des pauvres. Elle souligne aussi l'absence d'efficacité dans l'emploi des ressources et donne des orientations quant aux mesures à prendre pour augmenter tant la rentabilité que l'efficacité des services de santé.

La couverture universelle représente un objectif ambitieux. Il a toutefois été démontré qu'il est possible de le réaliser, à court et à long terme. La Stratégie incite chaque pays à examiner sa propre situation pour ce qui concerne le financement de la santé et à prendre des mesures conduisant à une couverture des services de santé plus étendue, à un degré plus élevé de protection financière, à des systèmes de santé plus fiables et, au bout du compte, à un meilleur état de santé de la population. Elle guidera les pays dans leurs efforts destinés à offrir à tous des services de santé plus complets et de meilleure qualité, y compris aux segments de la population encore défavorisés dans ce domaine. C'est à ce prix que la qualité de la vie s'améliorera dans toute la région Asie-Pacifique.

Annexe 1

Glossaire des termes utilisés dans la Stratégie de financement de la santé

| | |
|---|---|
| Accès | Faculté d'utiliser les services de santé offerts, entravée par aucune barrière ni aucun obstacle important. |
| Achat de services | L'une des fonctions des organismes de financement et de gestion de la santé. On peut l'exercer soit en étant le propriétaire de centres de soins et en employant du personnel de santé, soit en payant une entité indépendante pour la fourniture d'un ensemble de services à une population donnée. |
| Aide au développement | Il s'agit de l'aide et de l'assistance provenant de bailleurs de fonds en faveur de pays tiers. |
| Assurance maladie communautaire | Micro-assurance sociale facultative. Désigne généralement un contrat passé entre un centre de santé local et une caisse de sécurité sociale au titre de la prestation de services. Considérée comme une première étape avant une couverture sociale plus étendue. |
| Budget global | Mode de paiement pour le financement des services de santé au moyen d'allocations forfaitaires, laissant la décision quant à leur emploi à l'organisme de gestion décentralisé. |
| Budgétisation fondée sur les résultats | Processus budgétaire impliquant la formulation de programmes autour d'un ensemble d'objectifs prédéfinis et de résultats escomptés, ces derniers justifiant les demandes de ressources calculées d'après les apports nécessaires pour parvenir aux résultats voulus. |
| Cadre de dépenses à moyen terme | Mode de planification budgétaire faisant référence à l'exercice en cours et aux deux exercices suivants, qui incite les ministères à coopérer et à planifier leur budget sur une période plus longue que d'habitude. |
| Charge financière | Montant à payer par un ménage au titre des soins de santé en relation avec ses revenus ou avec sa solvabilité. |
| Comptes nationaux de la santé | Base de données informatisée fournissant des informations sur les ressources financières affectées à la santé, leur origine, et la façon dont elles sont utilisées. Elle permet de suivre l'évolution des dépenses de santé afférentes au secteur public et au secteur privé, aux différentes activités associées aux soins de santé, aux prestataires de services, aux maladies, aux groupes de population et aux régions. |
| Couverture | Proportion de la population ayant accès à des services de santé, recouvrant souvent trois dimensions: largeur, soit le nombre de personnes couvertes, profondeur, soit les types de prestations couverts, et hauteur, ou degré de partage des coûts. |
| Couverture universelle | Accès à des services nécessaires de bonne qualité par la quasi-totalité de la population sans que cela implique pour celle-ci des dépenses ruineuses. |
| Crise économique ou récession mondiale | Repli économique subi par de nombreux pays au même moment, entraînant des suppressions d'emplois dans les pays producteurs en raison de la réduction des prêts et de la baisse du pouvoir d'achat dans les pays développés. |
| Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide | Accord international, entériné en 2005, par lequel plus de 100 ministres, directeurs d'institutions d'aide au développement, et hauts fonctionnaires se sont engagés au nom de leur pays ou de leur organisation à accroître les efforts visant à harmoniser, à aligner et à gérer l'aide pour en obtenir des résultats, et ont fixé un train de mesures vérifiables à prendre et d'indicateurs. |
| Dépenses de santé de l'État | Désignent les apports de l'État au financement de la santé, depuis tous les niveaux ; ils peuvent inclure les assurances-maladie et l'aide extérieure, auquel cas le terme « financement public » est plus approprié. |
| Dépenses de santé ruineuses | Dépenses de santé excédant 40 % des dépenses des ménages autres que leurs dépenses de nourriture. |
| Dépenses publiques de santé | Désignent les débours effectués pour la santé à partir du budget de l'État ainsi que d'autres sources « publiques », telles que les caisses d'assurance-maladie et les fonds octroyés par des bailleurs de pays tiers. |

Annexe 1

| | |
|---|---|
| Données factuelles | Informations impartiales, reposant sur des faits irréfutables, pouvant servir de fondement à l'élaboration de politiques. |
| Efficacité | Degré de réalisation des objectifs et portée de la résolution des problèmes ciblés. Contrairement à la rentabilité, la détermination de l'efficacité ne se fonde pas sur les coûts. |
| Efficacité de l'aide | Propriété de l'aide au développement permettant d'améliorer une situation économique ou humaine (c'est-à-dire d'atteindre les objectifs de développement). |
| Équité en matière de santé | Désigne selon le cas l'égalité de statut des différents groupes de revenus face aux services de santé, ou l'égalité en matière d'accès aux soins, de paiement des soins de santé, de perception des subventions publiques, etc. |
| Etablissement des priorités | Procédure par laquelle les gouvernements dont le budget de la santé est limité, indiquent leurs priorités en augmentant les dépenses pour les services de santé auxquels ils accordent la plus grande importance. |
| Examens des dépenses publiques | Analyses des affectations et de la gestion des dépenses publiques. Elles peuvent servir à étayer la planification stratégique et l'établissement du budget, ainsi qu'à déterminer les moyens d'améliorer le rendement et l'efficacité. |
| Financement fondé sur les résultats | Mode de financement propre à aider les gouvernements à réaliser les objectifs du secteur de la santé du fait qu'il considère les systèmes de santé différemment, l'accent passant de la distribution et de l'emploi des ressources à l'obtention de résultats. |
| Fonds de placement pour la santé | Subvention ciblée servant à payer une part des frais hospitaliers et autres dépenses de santé au profit des pauvres. |
| Honoraires à la prestation | Paiement effectué à l'ordre d'un prestataire, généralement au moment de l'acte, correspondant au coût des prestations. |
| Latitude fiscale | Réserve dans le budget de l'État permettant à celui-ci d'allouer des ressources à un but précis sans compromettre pour autant la solidité de sa situation financière ni la stabilité de l'économie. |
| Marketing social | Planification et mise en oeuvre de programmes destinés à provoquer des progrès sociaux et employant les concepts du marketing commercial. |
| Mécanismes de protection sociale | Facilités offertes par l'État, telles que l'aide sociale, les allocations de chômage, la gratuité des soins et autres subventions, destinées à empêcher les personnes de sombrer dans la pauvreté au-dessous d'un certain seuil. |
| Montant excédentaire ou déductible | Part d'une demande de remboursement non couverte par une assurance. Il s'agit du montant des dépenses devant être payé directement avant que les avantages de la prime d'assurance ne s'appliquent. |
| Mutualisation des risques | Mise en commun des risques de santé par les jeunes et les moins jeunes, les personnes en bonne santé et celles de santé plus fragile, dans le cadre d'un système d'assurance ayant pour but de réduire le risque financier moyen supporté par l'assureur. |
| NCMS (New Cooperative Medical Scheme) | Système d'assurance-maladie facultatif, offrant une couverture sociale financée par des subventions de l'État, à presque toutes les populations rurales en Chine. |
| Objectifs du Millénaire pour le développement | Huit objectifs, allant de la réduction de moitié de l'extrême pauvreté à l'arrêt de l'extension du VIH/sida et à l'éducation primaire pour tous, dont la date limite de réalisation a été fixée à 2015. Trois de ces objectifs sont liés à la santé. Ils forment un plan directeur auquel les principales institutions d'aide au développement dans le monde et tous les pays ont adhéré. |

Annexe 1

| | |
|---|--|
| Paielement par capitation | Montant fixé, calculé par malade et pour une certaine période, payé à un prestataire à l'avance, au titre de la prestation de services de santé. Ce montant est principalement déterminé sur la base de l'éventail de prestations fournies. Permet de contrôler l'utilisation qui est faite des ressources affectées aux soins de santé en exposant le prestataire à un risque financier en rapport avec les services qu'il fournit. |
| Paielements directs | Acquittement des frais des soins de santé par des particuliers au moment de la prestation, par le biais d'honoraires, de quotes-parts et de débours directs, par exemple pour l'achat des médicaments. |
| Prestations d'assurance | Ensemble de services de santé auquel ont accès les adhérents à une caisse d'assurance-maladie. |
| Produit intérieur brut | Valeur totale des biens et services produits dans un pays, généralement en une année. |
| Protection financière | Effet ultime visé par les mécanismes de financement de la santé éliminant ou diminuant de façon sensible les sommes que les malades doivent payer de leur poche. |
| Quote-part | Part des frais facturés au titre des prestations, payée au moment de l'acte par les malades assurés ; sert principalement au contrôle des coûts. |
| Regroupement de diagnostics | Forme de paiement par groupe, défini par des interventions médicales semblables réclamant en principe les mêmes ressources hospitalières. |
| Remboursement rétroactif | Remboursement payé à un malade, après le débours par celui-ci des frais afférents aux services de santé qu'il a reçus. |
| Rémunération au rendement | Virement d'argent ou envoi de biens matériels conditionnés par la conduite d'activités mesurables ou la réalisation d'un objectif de résultat fixé à l'avance. Cette expression se réfère parfois à un financement fondé sur les résultats. |
| Rémunération des prestataires | Mode de paiement des prestataires de soins de santé au titre des services qu'ils rendent. Honoraires à la prestation, capitation, salaire, part du budget global sont les modes de rémunération les plus courants. |
| Rendement technique | Rapport quantitatif entre un niveau de ressources donné et le produit maximal d'une activité; revêt le même sens que la productivité. |
| Rentabilité des allocations | Qualité de la répartition des ressources entre les multiples activités d'un secteur ou d'un programme maximisant l'obtention des résultats escomptés. |
| Résultats sanitaires | État de santé de la population, tenant compte des taux de mortalité infanto-juvénile, tels que l'espérance de vie à la naissance, et les taux de mortalité maternelle. |
| Sécurité sociale | Système d'assurance offrant un ensemble d'avantages dans le domaine de l'assurance-maladie, généralement obligatoire pour les salariés, les cotisations n'étant fondées que sur les salaires. |
| Seuil de pauvreté | Niveau de revenu défini sur la base des prix des aliments de base. Le seuil de pauvreté fixé par les instances internationales est de 1,25 dollar par jour. |
| Système de santé centré sur la personne | Qualité d'un système de santé qui appuie le droit et le devoir des personnes de participer aux prises de décisions au sujet des soins de santé auxquels elles ont accès, pour ce qui concerne non seulement les traitements mais aussi les questions de portée plus générale telles que la planification des services de santé et sa mise en oeuvre. |
| Total des dépenses de santé | Cumul des dépenses de santé du secteur privé, du budget de l'État pour la santé, et d'autres sources de financement telles que les caisses d'assurance-maladie. Ces dépenses portent sur les soins de santé dispensés aux particuliers, les services de santé collectifs, le fonctionnement des systèmes de santé et les investissements en capital. |