

Financement de la santé : concepts de base

Le mode de financement des soins de santé à l'échelle nationale est d'une importance capitale dans l'amélioration progressive de la couverture santé universelle (CSU). Les systèmes de financement de la santé jouent sur la disponibilité des services, les bénéficiaires et la prise en charge des coûts. Outre les fonds disponibles, le financement de la santé englobe toutes les étapes allant de l'origine des fonds (d'où vient l'argent) au paiement des services de santé (où va l'argent), et tous les dispositifs compris entre les deux. Un système de financement de la santé performant veille, en premier lieu, à ce que les personnes puissent avoir accès aux services de santé de qualité dont elles ont besoin sans engager de dépenses insurmontables. Ce système doit également garantir une utilisation efficace et équitable des ressources. Dans bon nombre de pays, le gouvernement tend à jouer un rôle d'une importance croissante dans le financement des soins de santé, bien que le financement privé (par exemple les paiements directs des ménages ou un modèle basé sur les assurances privées) et les contributions des partenaires techniques et financiers jouent parfois un rôle non négligeable. Les trois fonctions clés d'un système de financement de la santé, soit la *mobilisation* et la *mise en commun* des ressources et l'*achat* des services, sont décrites dans la Figure 1.

Figure 1. Trois fonctions clés d'un système de financement de la santé



Mobilisation des ressources : comment le système de santé génère et collecte les fonds



Mise en commun : combinaison des ressources financières de multiples sources pour partager le risque financier occasionné par le coût des soins



Achat : mécanismes pour payer les services de santé aux prestataires

Mobilisation des ressources : Les pays doivent prendre en considération les trois questions suivantes :

1. **Quelles sont les sources de financement pour la santé ?** Le financement peut provenir de sources internes (par ex. les citoyens, l'État et les compagnies privées dans le pays) et de sources externes (par ex. les partenaires techniques et financiers). L'assistance extérieure peut prendre la forme de dons ou de prêts à des taux préférentiels.
2. **Comment les fonds sont-ils collectés ?** Les fonds pour les soins de santé peuvent être perçus par le biais d'impôts, de régimes privés d'assurance maladie, sur le lieu de prestation de services (par ex. paiements directs par le client), de prélèvements sur les salaires et d'autres mécanismes.
3. **Qui collecte les fonds ?** Les ressources pour la santé sont souvent collectées par le gouvernement ou une agence publique désignée. Mais elles peuvent également être obtenues par des régimes d'assurance privés ou directement par des prestataires.

Mise en commun : La mise en commun des ressources pour la santé a pour objectif de rendre les dépenses de santé davantage prévisibles et d'éviter que les familles aient à les couvrir dans leur ensemble sur le lieu de prestation de services au moment des soins. La mise en commun aide à promouvoir l'équité car les personnes étant davantage en mesure de payer et celles encourant un moindre risque de tomber malades subventionnent les personnes plus pauvres ou présentant des risques accrus. Pour être efficace, ce mécanisme doit s'appuyer sur un grand nombre de contributeurs issus de divers milieux. Les ressources pour la santé sont en général rassemblées par le biais de systèmes qui collectent les contributions du gouvernement à travers les revenus fiscaux et/ou d'autres institutions publiques et privés mettant en commun les fonds collectés par les régimes d'assurance maladie.

Achat : Le Ministère de la Santé, une agence de sécurité sociale, des prestataires d'assurance ou des individus peuvent tous acheter des services de santé. La conception des mécanismes d'achat est basée sur les quatre aspects suivants :

1. **Quels services acheter ?** Souvent, les gouvernements ou les prestataires d'assurance maladie identifient un paquet de soins qui spécifie les services de santé qui seront partiellement ou entièrement couverts. Le montage de ce paquet et le choix des services qu'il comporte sont généralement fondés sur le besoin de services de santé spécifiques, leur efficacité et leur coût.
2. **Pour qui acheter des services de santé ?** Dans les pays en développement, nombre d'individus paient directement les frais liés aux services de santé lors de la prestation de ces services au niveau des établissements. Les gouvernements essaient souvent de réduire les paiements directs des patients à l'aide de subventions ou en fournissant des services de santé gratuits à certains segments de la population. Par exemple, le gouvernement peut subventionner des services de santé pour les personnes démunies et vulnérables. Les personnes plus aisées ne peuvent prétendre à de telles aides mais peuvent choisir de souscrire d'autres régimes, tels que les assurances maladie privées.

- 3. À qui acheter ces services ?** Les soins de santé peuvent être achetés auprès de prestataires publics ou privés (à but lucratif et caritatif), y compris des pharmacies ou des points de vente de médicaments. Dans certains pays, les gouvernements peuvent acheter des services exclusivement auprès de prestataires publics, alors que d'autres peuvent passer des contrats avec des prestataires privés. L'engagement du secteur privé favorise l'élargissement de l'offre de services de santé. Un tel choix peut aboutir à une utilisation plus efficace et plus performante des ressources.
- 4. Comment payer les prestataires pour leurs services ?** L'achat peut être « passif » ou « stratégique ». Un achat passif se base sur un budget prédéterminé ou des paiements couvrant les coûts quand ceux-ci sont encourus. Un achat stratégique structure délibérément les mécanismes de paiement pour générer les meilleurs résultats possibles sur le plan de la santé, réduire les coûts et promouvoir la qualité. Il existe diverses méthodes de paiement des prestataires qui les incitent à fournir des services en grande quantité et de bonne qualité. Deux méthodes sont couramment utilisées, à savoir : la rémunération à l'acte (les prestataires sont payés pour le nombre et le type de services fournis) et la capitation (les prestataires sont payés à l'avance en fonction du nombre de patients ou de la taille de la population ayant droit à un service donné).

Incitations financières en matière de santé : Financement axé sur l'offre ou sur la demande

Les systèmes de financement doivent pouvoir motiver à la fois les utilisateurs pour qu'ils exigent les services de santé dont ils ont besoin et les prestataires pour qu'ils dispensent des services de santé de qualité. Les interventions dans le domaine du financement de la santé sont en général classées en les deux catégories de l'*offre* et de la *demande*. La différence se fait selon la personne bénéficiant de la motivation financière (l'incitation financière qui motive un certain comportement va-t-elle au patient ou au prestataire de soins ? - Voir Figure 2). Les interventions en matière de financement axées sur la demande encouragent l'utilisateur à l'aide



d'incitations financières directes (par ex. des bons de soins ou vouchers) tandis que les interventions en matière de financement axées sur l'offre incitent le prestataire à l'aide d'avantages financiers (par ex. la rémunération basée sur les résultats). Les programmes peuvent combiner les deux approches pour améliorer l'accès aux services et leur qualité.

Figure 2. Différence entre les interventions de financement axées sur l'offre ou sur la demande

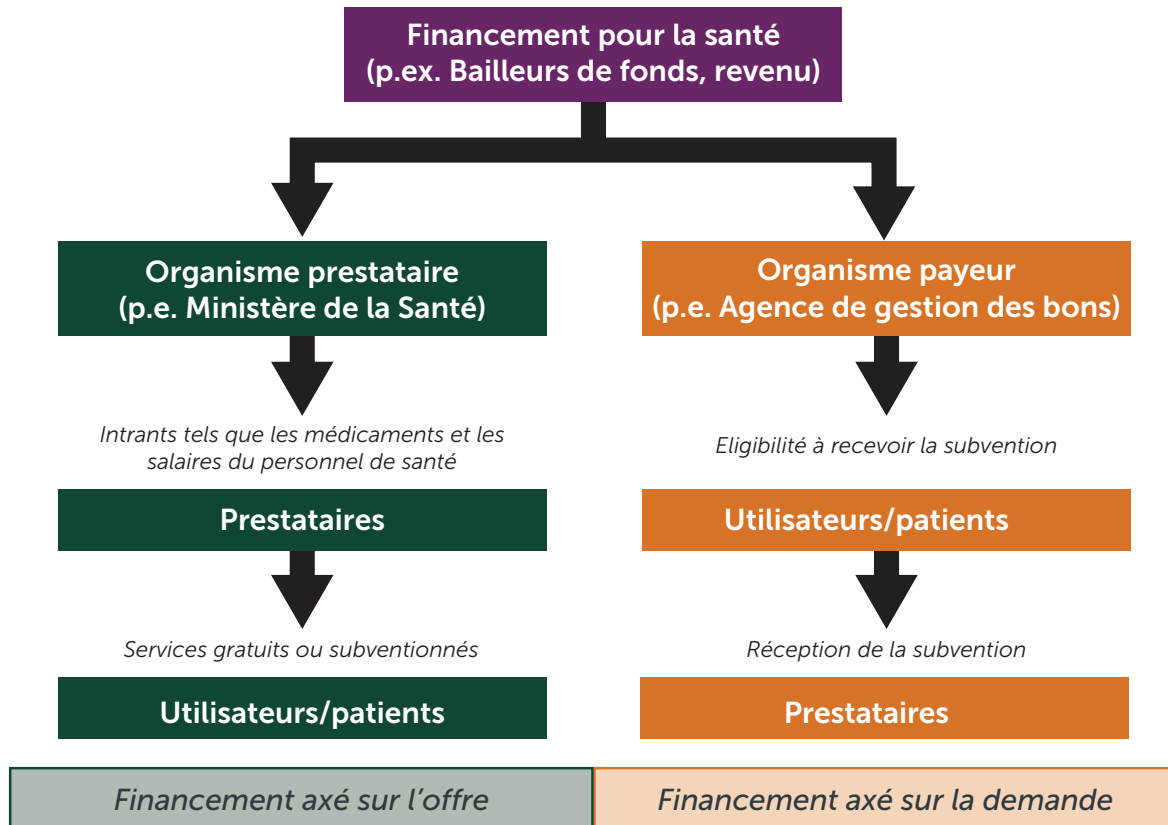


Image adaptée de Peter Berman. *Building Public/Private Partnership for Health Systems Strengthening: Vouchers: An Overview*. Banque Mondiale. Présentation du 21 au 25 juin 2010, Bali, Indonésie.

Une utilisation efficiente des ressources libère des moyens de financement pour la santé

Par ailleurs, l'obtention de ressources suffisantes pour la santé et l'élimination progressive du risque financier et des barrières à l'accès aux services ne suffisent pas pour financer le secteur de la santé. Il faut aussi promouvoir une utilisation efficiente des ressources et éliminer le gaspillage autant que possible. L'efficience peut être divisée en trois catégories :

1. **Efficience budgétaire :** indique dans quelle mesure les fonds sont alloués, débloqués et utilisés, à temps et comme prévu.
 - Par ex. un taux d'exécution du budget alloué élevé indique que les estimations budgétaires ont été réalistes et que le flux financier est efficient.

2. **Effizienz allocative** : Au-delà de la manière dont le budget est dépensé, l'efficacité allocative montre si les fonds sont alloués de manière appropriée en fonction des priorités et des besoins.
 - Par ex. La distribution équitable des ressources humaines pour la santé permet au système de santé de fonctionner à sa capacité la plus élevée et de répondre aux besoins de l'ensemble de la population.
 - Par ex. Les contributions des partenaires techniques et financiers doivent être prévisibles et s'aligner systématiquement sur les besoins des pays.
3. **Effizienz technique** : une fois les ressources affectées de manière appropriée, il est important qu'elles soient utilisées de manière efficace pour éviter les doublons ou le gaspillage et maximiser l'impact.
 - Par ex. La quantification correcte des médicaments et consommables réduit le gaspillage des produits.

Pour conclure : Le financement pour la santé est essentiel à la réalisation de la CSU

La CSU se réfère au concept selon lequel chacun peut avoir accès aux services et produits de santé dont il a besoin, sans que cela n'ait d'impact financier trop élevé sur le budget de chaque ménage. Les objectifs consistent à diversifier et à accroître les types de services disponibles, à augmenter le nombre de personnes couvertes (par ex. la proportion de la population ayant besoin d'un service qui y a effectivement accès) et protéger les ménages du risque financier d'une manière qui favorise l'équité et optimise les résultats en santé. L'accent mis sur la qualité des services et l'équité est le socle même de la CSU. Chaque pays doit suivre sa propre voie pour y parvenir, car chacun a des priorités sanitaires et un profil démographique, épistémologique, géographique et économique qui lui sont propres.

Atteindre les objectifs de la CSU requiert des approches qui vont au-delà du secteur sanitaire. Les approches multisectorielles qui améliorent l'infrastructure, l'éducation, l'agriculture, le bien-être social et d'autres domaines ont des impacts directs ou indirects sur la santé. Au sein du secteur de la santé, les pays vont souvent renforcer tous les aspects du système de santé – y compris le personnel de santé, l'infrastructure, les systèmes d'information, la gouvernance et la chaîne d'approvisionnement, le financement et la fourniture de services – pour répondre aux besoins de santé évolutifs de leurs populations.

Le financement de la santé est particulièrement pertinent pour la CSU dans la mesure où les pays doivent s'assurer de la quantité suffisante de fonds mobilisés pour appuyer le système de santé et protéger les individus et les ménages du fardeau financier. Il ne s'agit pas simplement de mobiliser des ressources supplémentaires pour la santé. Dans beaucoup de cas, il est possible de maximiser l'utilisation de financements existants et de redistribuer les ressources pour permettre une subvention croisée (les riches subventionnent les personnes les plus démunies et les personnes en bonne santé subventionnent les individus malades). Il est également important de veiller à ce que les services de santé soient conçus de manière à motiver les prestataires et les

encourager à offrir une gamme de services essentiels de haute qualité, à travers les mécanismes de financement axés sur l'offre. De multiples approches et mécanismes pour financer la santé existent en vue de réaliser progressivement la CSU. L'assurance maladie est souvent associée à la CSU car elle peut aboutir à des ressources accrues pour la santé, à une amélioration de l'équité par la subvention croisée, ainsi qu'à la mise en commun des fonds et l'achat efficace de services de santé. Toutefois, l'assurance maladie n'est pas la seule option et n'est pas toujours adaptée à certains contextes nationaux. Par exemple, les pays ayant de larges populations vivant sous le seuil de pauvreté et travaillant dans le secteur informel peuvent avoir des difficultés pour inscrire leur population à des régimes d'assurance maladie et identifier les personnes ayant besoin de subventions.

Ressources complémentaires

- Cotlear, Daniel, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, and Rafael Cortez. 2015. *Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0.

Ce livre décrit les expériences de 24 pays qui appliquent des réformes en vue de réaliser la CSU.

- Joint Learning Network. 2019. Disponible sur : <http://www.jointlearningnetwork.org/>

Un réseau en ligne de praticiens et de décideurs qui conçoivent ensemble des produits et partagent des expériences pour aider à combler le fossé entre la théorie et la pratique de la CSU. Traduction du site disponible.

- Kutzin, Joseph. 2012. « Financement des soins de santé pour une couverture santé universelle et résultats du système de santé : concepts et implications politiques ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738310/>.

Cet article présente un cadre conceptuel montrant comment la conception de systèmes de financement de la santé affecte les objectifs sanitaires, y compris la réalisation de la CSU.

- Organisation mondiale de la Santé. 2010. « Rapport sur la santé dans le monde 2010 ». Disponible sur : <https://www.who.int/whr/2010/fr/>

Ce rapport passe en revue les fonctions de financement de la santé qui soutiennent la CSU.

- Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale. 2017. « Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle ». Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf?ua=1>

Ce rapport examine le nombre de personnes à l'échelle mondiale qui n'ont pas accès aux services de santé essentiels et combien sont acculées à la pauvreté à cause de dépenses trop élevées en matière de soins de santé.

- Organisation mondiale de la Santé. « Cours en ligne sur la politique de financement de la santé et la couverture santé universelle (CSU) ». Disponible sur : https://www.who.int/health_financing/training/e-learning-course-on-health-financing-policy-for-uhc/fr/

Ce cours en ligne donne un aperçu détaillé des fonctions de financement de la santé.

- RESYST. 2014. "What is strategic purchasing for health?". Disponible sur : <https://resyst.lshtm.ac.uk/resources/what-is-strategic-purchasing-for-health>

Ce bref rapport fournit de plus amples informations sur le processus d'achat des services, une des trois fonctions principales du financement de la santé, et les conditions requises pour promouvoir un achat stratégique.

- USAID. 2015. "Demystifying Universal Health Coverage". Disponible sur : <https://www.hfgproject.org/universal-health-coverage-toolkit/>

Ce kit-outil inclut une série de diapositives sur la CSU, une bibliographie à jour des publications clés dans ce domaine et une page de questions fréquemment posées. (Choix en français disponible)

- USAID. 2019. Feuille de route du financement de la planification familiale. Disponible sur : <http://www.fppinancingroadmap.org/fr>

Ce web site répertorie des documents de référence sur les concepts de financement de la santé et un module interactif permettant d'examiner les options disponibles pour la mobilisation des ressources en matière de planification familiale selon le contexte du pays.

- World Bank. 2016. Universal Health Coverage (UHC) in Africa: a framework for action: Main report (en anglais). Washington, D.C.: World Bank Group. Disponible sur : <http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/Main-report>.

Ce cadre évalue la progression actuelle vers la CSU en Afrique et propose une série d'actions pour les pays et les parties prenantes impliquées dans le processus.

CONTACTEZ NOUS

Health Policy Plus
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
www.healthpolicyplus.com
policyinfo@thepalladiumgroup.com

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord No. AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août, 2015. HP+ est mis en oeuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, et l'Alliance du Ruban Blanc pour une Maternité sans Risque.

Cette présente publication a été conçue pour examen par l'United States Agency for International Development (USAID). Elle a été préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du gouvernement américain.

Photographies page 1 courtoisie de Water Alternatives, Pixabay, Free Images Live UK
Photographie page 3 courtoisie de Guido da Rozze

