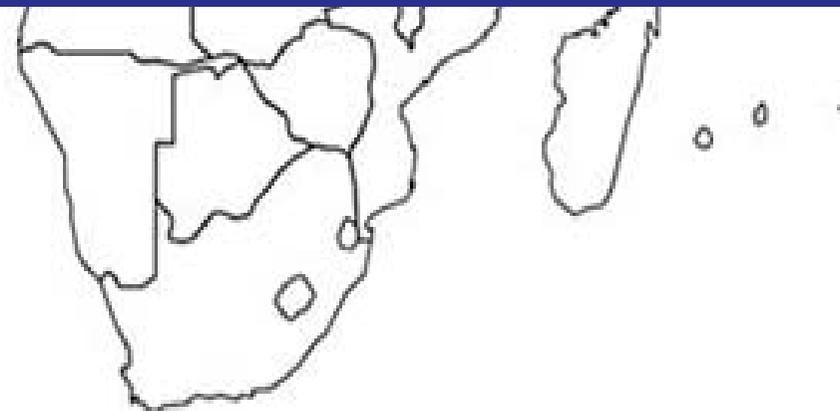




**LA PROTECTION FINANCIÈRE ET L'ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SOINS DE SANTÉ :
APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS
TROUVER DES SOLUTIONS AUX DÉFIS COMMUNS
DU 15 AU 19 FEVRIER 2016
ACCRA, GHANA**

Jour II, Session I



HEALTH SYSTEMS
GOVERNANCE &
FINANCING



Financement de la santé pour la CMU – les deux côtés de la médaille

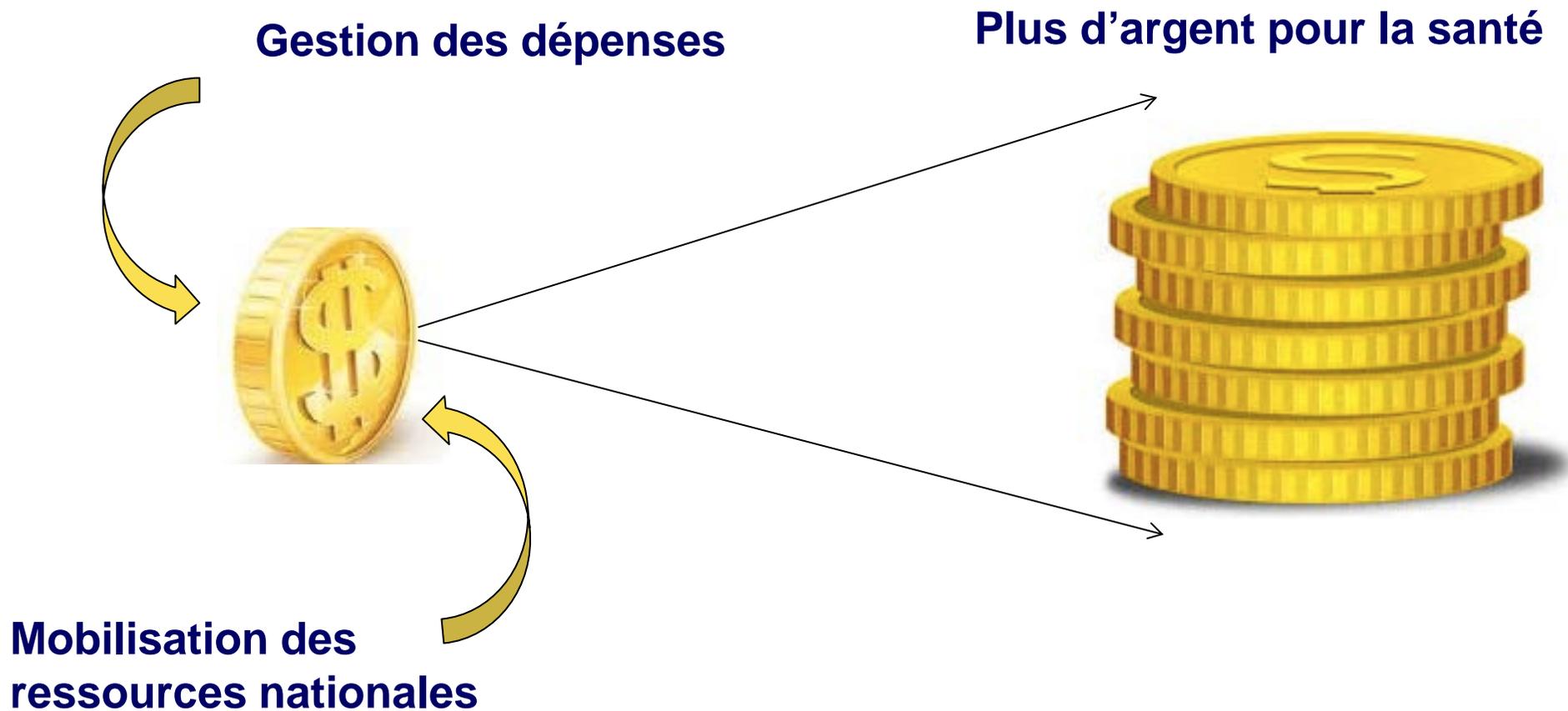
**Joseph Kutzin, Coordinateur
Politique de financement de la santé, OMS**

Protection financière et amélioration de l'accès aux soins de santé
Atelier d'apprentissage entre égaux

15-19 février 2016, Accra, Ghana



Que veut-on dire par « les deux côtés de la médaille » ?



Les messages clés dès le début

- Étant donné ce que nous savons sur le financement de la santé, il est essentiel de s'appuyer davantage sur des mécanismes (publics) de collecte de revenus à caractère obligatoire
 - Pour les PRITI, cela signifie les recettes du budget général
 - Beaucoup d'idées pour de nouvelles sources, mais ne perdez pas de vue 'big picture'
- Mais vous n'arriverez pas à la CMU simplement en dépensant plus d'argent
 - L'efficacité est la clé pour obtenir des résultats tout en limitant la croissance des dépenses
- Il est essentiel de passer à un modèle d'achat stratégique
 - Mais de nombreux obstacles - notamment la gestion des finances publiques (GFP) règles - à l'aide fonds budgétaire pour "acheter" des services
- Une collaboration étroite de la Santé avec les Finances est donc essentielle à la fois en termes de financement budgétaire et de fixation des règles d'utilisation

LA CMU ET LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ : LES PRINCIPAUX CONCEPTS

Le concept de la CMU incorpore des objectifs spécifiques (buts de la CMU)

- **Équité dans l'utilisation des services** (réduction de l'écart entre le besoin et l'utilisation) ;
- **Qualité** (suffisante pour faire une différence) ; et
- **Protection financière**
- De l'aspiration à une orientation de politique concrète
 - **évolution vers la couverture universelle**, c.-à-d. améliorations en liaison avec ces buts
 - Pertinence pour le monde entier (des améliorations sont possibles dans tous les pays)

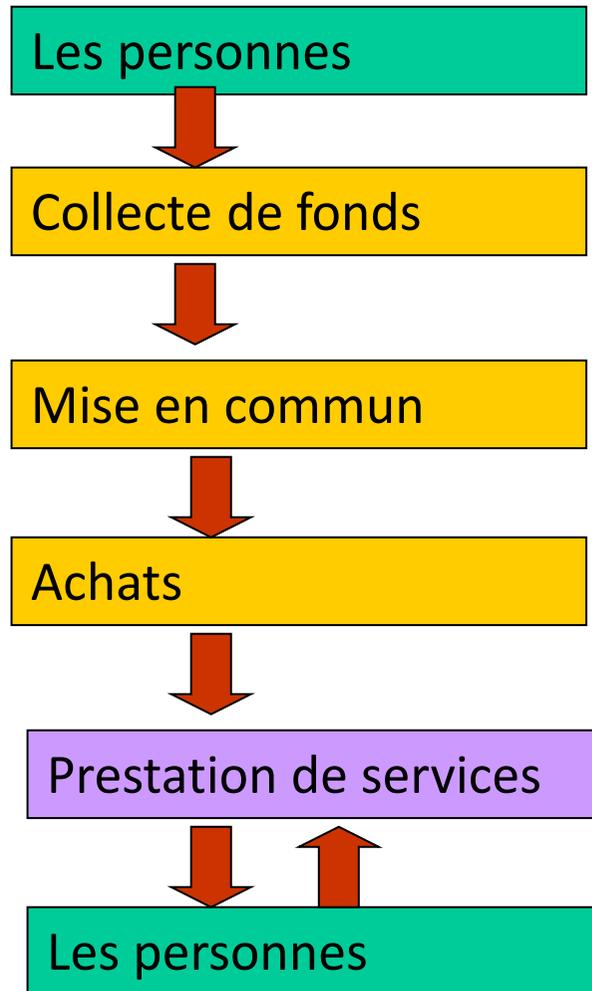
Ce que la CMU apporte à la politique publique en termes de couverture de santé

- La couverture en tant que « droit » (basé sur la citoyenneté, la résidence) plutôt qu'une condition d'emploi
 - La reproduction de l'expérience historique européenne (en commençant par le secteur formel) **n'est pas appropriée**
 - Implications extrêmement importantes pour les choix concernant les **sources de revenus et le fondement du droit aux services**
- Unité d'analyse : un système, pas un plan
 - Les effets d'un « plan » ou d'un « programme » ne sont pas intéressants à proprement parler ; **ce qui compte, c'est l'effet sur les buts de la CMU au niveau de l'ensemble du système et de toute la population**
 - Ceci est également pertinent en termes d'efficacité

Plus concrètement, pour les stratégies nationales de financement de la santé

- Transformation des objectifs de la CMU en « défis »
 - Quels sont les problèmes rencontrés par notre système en liaison avec ces objectifs ? Quelles manifestations spécifiques de ces problèmes constate-t-on dans notre pays ?
 - Pourquoi ? (quelles sont les raisons ?) – trouver des causes auxquelles il pourrait être possible de remédier par des réformes
- Stratégie : que pouvons-nous faire au cours des 5-10 prochaines années pour résoudre les problèmes prioritaires et créer les bases du développement à l'avenir ?
- Une stratégie de financement de la santé doit viser à résoudre des problèmes – pas à choisir un « modèle »

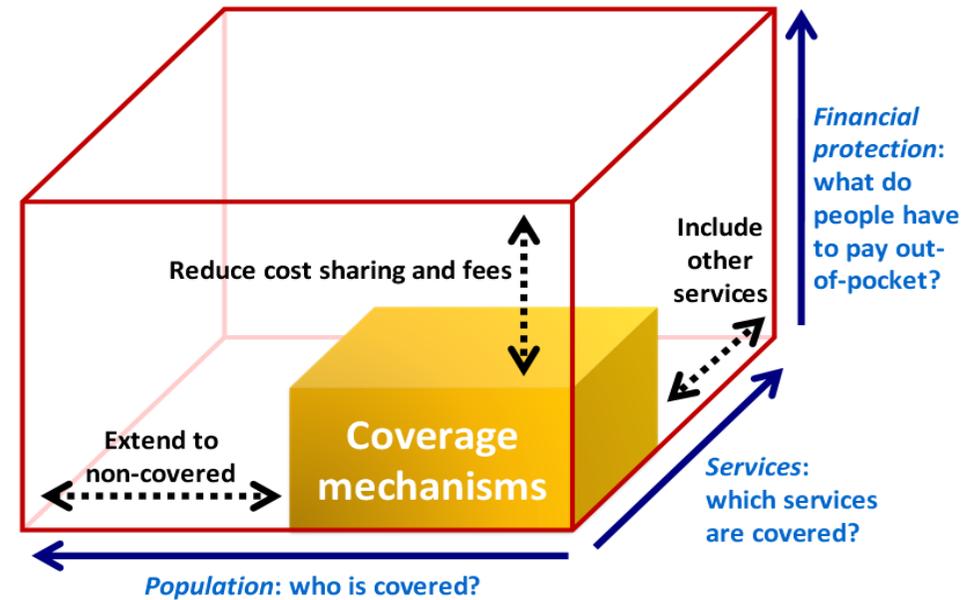
Les problèmes que la politique de financement de la santé doit résoudre



et également ceci :

Réformes pour améliorer le fonctionnement du système de financement de la santé

Ceci



Priorités et compromis concernant la population, les services et la couverture des coûts

UHC ET FINANCEMENT DE LA SANTÉ : CE QUE NOUS VOULONS DE LA PRODUCTION DES RECETTES



Les réalités de la vie (du financement de la santé)

- « Aucune nation n'atteint la couverture universelle sans **subventions et obligations.** »
 - Victor Fuchs (1996). « What every philosopher should know about health economics » *Proceedings of the American Philosophical Soc* 140, p.188.
 - « Obligation » fait référence aux sources de revenus (c.-à-d. une forme d'imposition) et le fondement du droit aux services (obligatoire/automatique)
- Par conséquent, **aucun pays n'arrive à la CMU en s'appuyant principalement sur une assurance maladie volontaire (AMV)**
 - L'antisélection fait partie de la « physique » des politiques de financement de la santé
 - Le caractère obligatoire ou le droit automatique aux services est essentiel
 - Le choix est entre obligatoire et volontaire, pas entre public et privé (l'insertion du terme « communauté » n'est pas suffisante pour combattre l'antisélection)

Un défi fondamental à relever pour les pays à faibles revenus/revenus intermédiaires (tranche inférieure) : l'imposition

- Ces pays ont tendance à souffrir d'un recouvrement inadéquat des impôts
 - Problème : la population rurale et le secteur informel
- Implications pour les dépenses de santé :
 - Plus de privé ; plus de dép. à la charge des patients ; plus régressif

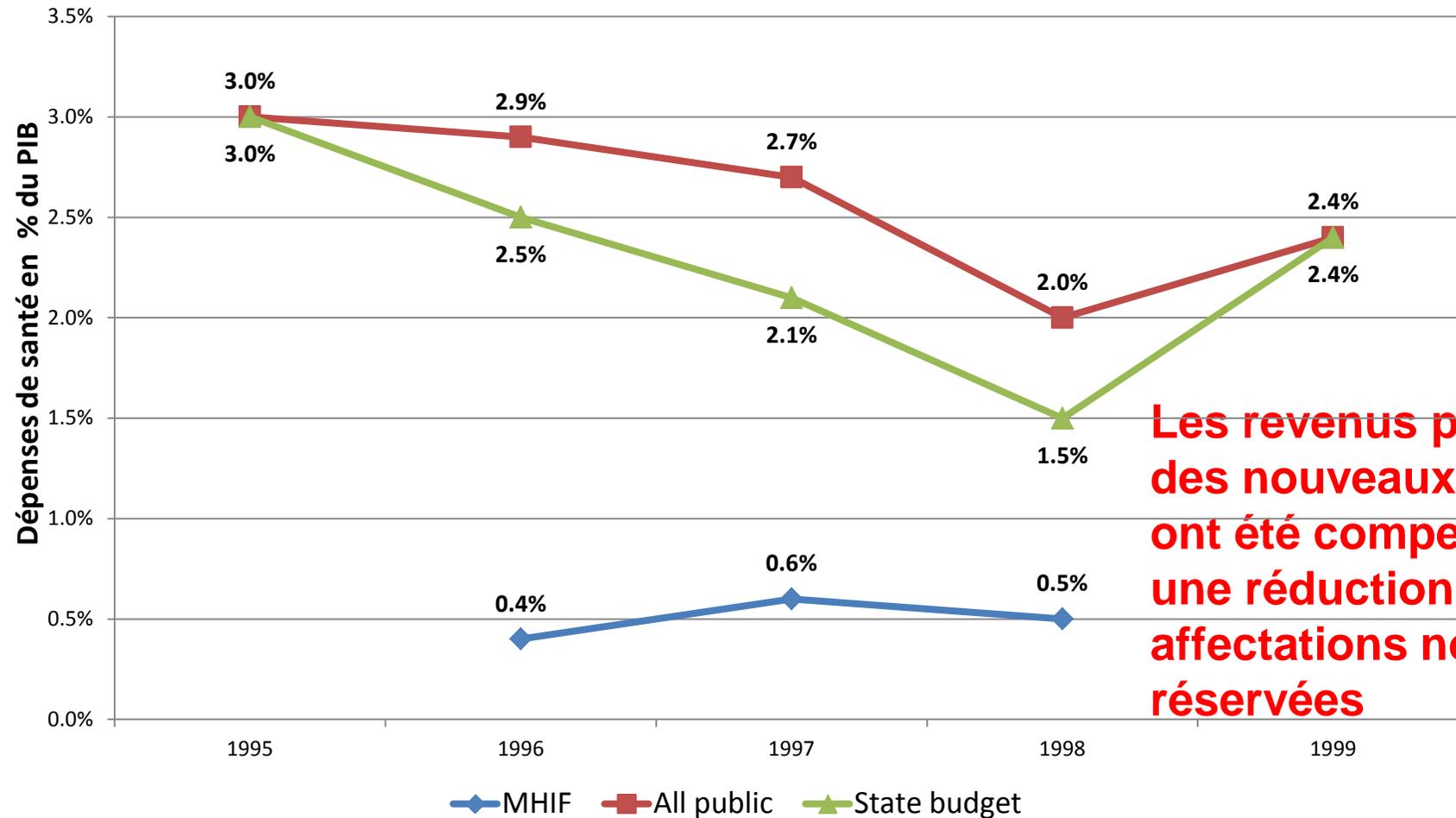
Données de 2013

Groupe de revenus du pays	Dépenses totales de l'État en % du PIB	Privé en % du total des dépenses de santé
Faibles	25%	59%
Interm./inf.	29%	51%
Interm./sup.	35%	40%
Élevés	42%	30%

Source : WHO Global Health Expenditure Database, countries w/ population > 600,000

Nouveaux impôts ? Vont-ils toujours apporter plus de fonds au système ?

Kazakhstan : Tendances des dépenses de santé de l'État par source



Les revenus provenant des nouveaux impôts ont été compensés par une réduction des affectations non réservées

Comptabilisation des dépenses de l'État pour la santé (en une quelconque année)

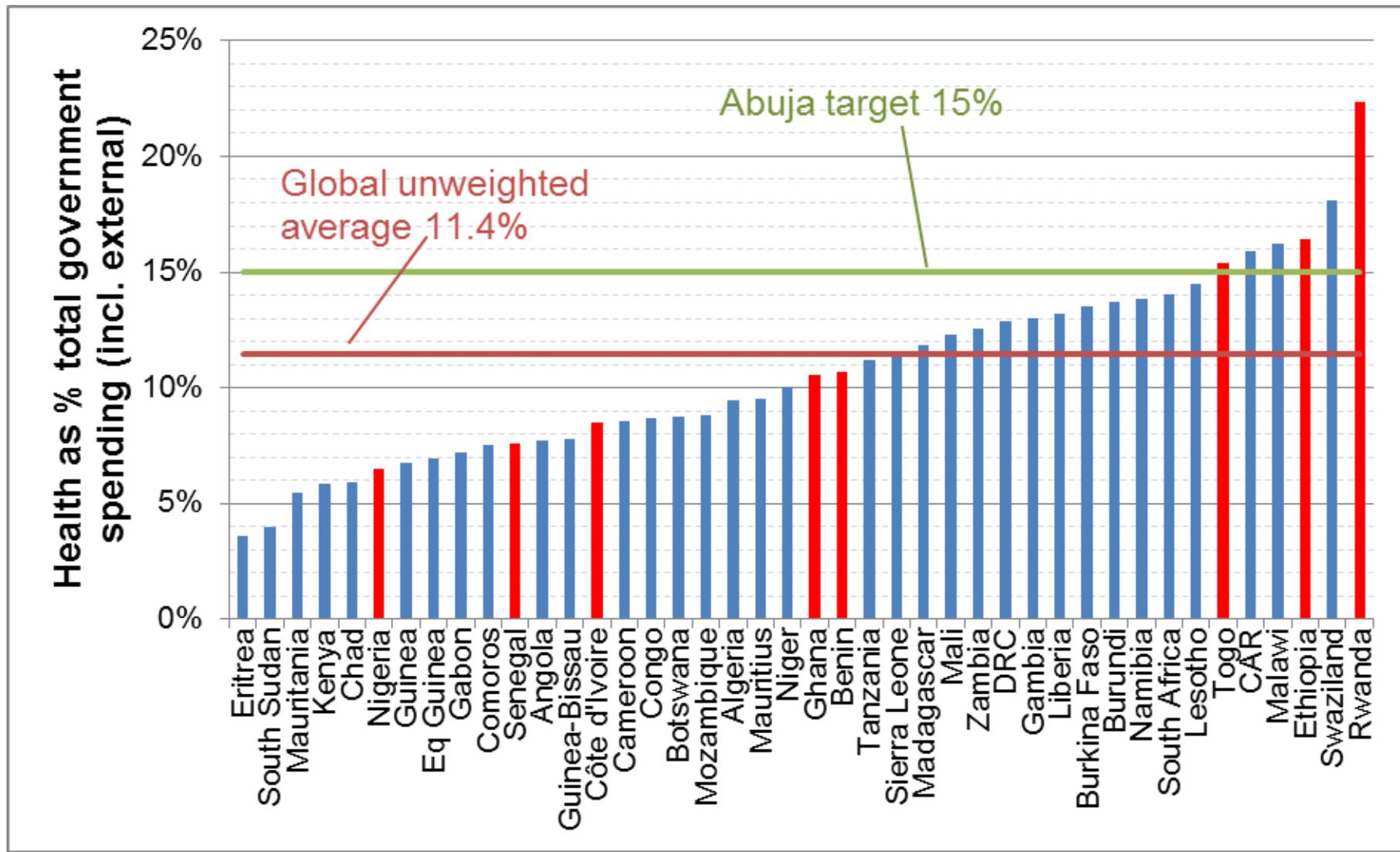
$$\frac{\text{Dépenses de santé de l'État}}{\text{PIB}} = \frac{\text{Dépenses totales de l'État}}{\text{PIB}} \times \frac{\text{Dépenses de santé de l'État}}{\text{Dépenses totales de l'État}}$$

Dépenses de santé de l'État comme part de l'économie

Capacité fiscale

Priorités de la politique publique

Ce qui compte, c'est la part globale, pas seulement les revenus budgétaires réservés



Source : Estimations des dépenses de santé par l'OMS pour 2013

Donc, en ce qui concerne la collecte de fonds...

Le financement public est important ; l'AMV ne suffira pas

Le contexte fiscal est important ; le programme d'imposition FfD-3 est crucial pour la CMU

Ne vous limitez pas à une seule source ou à un seul impôt, même s'il est « révolutionnaire »

Les priorités sont importantes : variations considérables entre les pays, en dépit d'Abuja

Mais rappelez-vous que les nouvelles sources de revenus ne suffisent pas pour parvenir à la CMU (l'autre côté de la médaille)

UHC et financement de la santé : une diapositive pour ce que nous voulons en accords de regroupement de technologies

- Objectif : optimiser la capacité de redistribution des fonds prépayés
- Les réservoirs doivent être :
 - **grands** (plus grands)
 - (plus) **variés**
 - avec une participation **obligatoire ou automatique**
- La **fragmentation** est donc un problème majeur
 - Source d'inéquité (prestations inégales en fonction du régime), généralement favorable aux ménages aisés et mieux organisés
 - Source d'inefficacité – duplication des responsabilités fonctionnelles entre régimes et **programmes**

UHC ET FINANCEMENT DE LA SANTÉ : ACHATS STRATÉGIQUES POUR UN PROGRÈS DURABLE



Si la CMU était seulement fonction de combien vous dépensez...

- Nos collègues de l'USAID pourraient désigner leur propre pays (et le mien) comme s'étant plus rapproché de la CMU (quel que soit le sens de ce mot) que n'importe quel autre pays du monde
- En réalité, la quantité d'argent dépensée n'est pas le seul critère pour atteindre la CMU

Afin de pérenniser les progrès, il faut assurer l'efficacité et la redevabilité pour les résultats

- La stratégie des « achats stratégiques » est une stratégie cruciale pour
 - relier l'attribution de ressources aux prestataires aux **informations** sur leur performance et/ou les besoins de santé de leurs patients
- Dans l'idéal, les systèmes devraient payer pour les services et concevoir des incitations pour permettre un emploi efficace des ressources
- Mais nous savons que la plupart des fonds doivent venir des recettes générales du budget, et que les systèmes de finances publiques ne peuvent payer que pour les bâtiments et les intrants
 - **Il faut souligner l'importance de l'alignement des mécanismes de gestion des finances publiques (GFP) sur le système de paiement des prestataires basé sur les extrants dans le secteur de la santé**

Alors UHC ≠ Amener les gens inscrits à un régime d'assurance : la Chine dans le 2000s

- Ces deux pays ont accru considérablement leurs dépenses publiques et l'affiliation de leur population à des programmes d'assurance maladie
- **La Thaïlande** a contrôlé la croissance globale de ses dépenses par des politiques cohérentes sur la conception des prestations et les achats
 - Paiement « plafonné » dans les limites budgétaires
 - Pas de ticket modérateur pour les services couverts
- **La Chine** s'est appuyée sur la rémunération à l'acte avec partage des coûts élevés, sans amélioration de la protection financière
 - Bon pour les médecins et les hôpitaux, mais pas pour les patients ou les personnes tentant de gérer des budgets d'assurance

COMMENTAIRES FINAUX

Plus de pièces de monnaie sont nécessaires, mais la réussite dépend de la façon dont nous les utilisons et à gérer sa croissance

- Plus d'argent et les ressources ne sont pas suffisantes pour réaliser des progrès durables vers la couverture universelle des soins de santé (UHC)
 - Si des fonds ne peuvent pas être adressées aux populations prioritaires, programmes et servicesEt
 - Si les fonds ne sont pas utilisés efficacementEt
 - Si il n'y a pas de limites sur la responsabilité financière de l'acheteur

Implications pour le dialogue sur la CMU entre les ministères de la Santé et des Finances en Afrique – la voie de la durabilité

- Le fait de s'appuyer de plus en plus sur un financement public se traduira par le recours aux recettes du budget général de l'État en particulier
- Le principal défi à relever sera d'utiliser ces revenus efficacement ; ceci est difficile à faire dans de nombreux systèmes de finances publiques rigides
- Il faudra engager un dialogue intensif et efficace entre les ministères de la Santé et des Finances sur le niveau des budgets...
- ...et développer la capacité de transformer ces revenus en services et d'augmenter l'efficacité...
- ...tout en assurant la **redevabilité** pour l'utilisation de fonds publics si difficiles à obtenir

Fixez des priorités et **ne vous laissez pas distraire**

- En l'absence d'une fonction d'achat bien structurée et efficace, il ne suffira pas d'obtenir plus de revenus – **la construction et l'institutionnalisation de cette base est la priorité numéro un**
- Il ne s'agit pas de combler une lacune de financement basée sur des normes internationales, ou de trouver de nouvelles sources innovantes « magiques »
- Et vous ne pouvez pas « aligner les fonds des bailleurs » avant que l'architecture et l'ingénierie de votre système intérieur ne soit en ordre

La route de la CMU passe par la GFP

