issa | ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | AISS

Rapport technique 05

Méthodes de financement des soins de santé

Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle

Anne Drouin
Coordinatrice
Service international Financement et actuariat
Département de la sécurité sociale
Secteur de la protection sociale
Bureau international du Travail
Genève

Méthodes de financement des soins de santé

Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle

Anne Drouin
Coordinatrice
Service international Financement et actuariat
Département de la sécurité sociale
Secteur de la protection sociale
Bureau international du Travail
Genève

Commission technique des études statistiques, actuarielles et financières
Forum mondial de la sécurité sociale, Moscou, 10-15 septembre 2007

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est l'organisation internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale. L'AISS fournit des informations, des plates-formes de recherche, de l'expertise pour ses membres afin de construire et de promouvoir des systèmes et des politiques de sécurité sociale dynamique à travers le monde. Nombre des efforts déployés par l'AISS pour promouvoir les bonnes pratiques sont mis en oeuvre par ses dix Commissions techniques, gérées avec l'aide du Secrétariat général par les organisations membres qui les composent.

Ce document est disponible à l'adresse suivante: http://www.issa.int/ressources. Les opinions et les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de l'éditeur.

Première publication en 2007. © Association internationale de la sécurité sociale, 2008

Résumé

Les politiques nationales en matière de santé sont généralement axées sur l'amélioration de la santé de la population et sur la prévention des maladies et des risques pour la santé, afin que toute la population puisse aspirer à une vie saine et heureuse et contribuer ainsi de manière productive au développement prospère du pays et de son économie.

En fin de compte, les objectifs nationaux en matière de santé sont atteints autant par le choix d'une méthode appropriée de financement, d'une structure organisationnelle de prestation des services de santé et celui des modalités de rémunération des prestataires de soins de santé. En outre, d'autres éléments structurels contribuent à la réalisation des objectifs en matière de santé, notamment le cadre réglementaire et les programmes d'éducation du public.

Les approches adoptées pour mobiliser les ressources comportent d'ordinaire un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés d'assurance maladie. Les principales méthodes de financement des soins de santé sont le système national d'assurance maladie, les recettes fiscales générales, l'assurance communautaire et les dépenses non remboursées. Le choix de la méthode dépendra de l'entité qui assume la charge financière, du montant des ressources disponibles et de l'entité qui gère l'affectation des ressources.

Ce rapport met l'accent sur la priorité actuelle de L'Organisation internationale du Travail (OIT) en matière de politiques de santé - la réalisation de la protection universelle de la santé - et présente différentes approches permettant de mettre en oeuvre cette priorité et conçues de manière cohérente pour chaque catégorie de la population grâce à des méthodes diversifiées de systèmes de financement et de services, tout en garantissant une utilisation efficace des ressources nationales et une solidarité suffisante entre les catégories de la population.

1. Le financement – la clé de voûte des objectifs nationaux en matière de santé

Les politiques nationales en matière de santé sont généralement axées sur l'amélioration de la santé de la population et sur la prévention des maladies et des risques pour la santé, afin que toute la population puisse aspirer à une vie saine et heureuse et contribuer ainsi de manière productive au développement prospère du pays et de son économie.

En règle générale, les objectifs d'un système national de santé sont fixés dans les déclarations d'intention de l'Etat et inscrits dans des lois nationales, des documents de politique et d'autres sources qui ne se limitent pas nécessairement à une source unique et peuvent avoir été adoptées à des moments différents.

La portée des objectifs du système national de santé est, en fin de compte, limitée par la mesure dans laquelle ces objectifs sont financièrement réalisables dans un contexte national où les objectifs en matière de santé sont souvent en concurrence avec d'autres programmes publics. Il est nécessaire d'optimiser et de rationaliser les maigres ressources nationales. Selon le choix des mécanismes et des sources de financement, la réalisation des objectifs nationaux en matière de santé sera tantôt plus, tantôt moins indépendante des contraintes budgétaires nationales. Il convient aussi d'évaluer l'accessibilité économique par rapport à la capacité contributive des personnes, des employeurs et des autres entités qui versent des impôts et cotisations à l'Etat et à d'autres programmes publics comme les régimes d'assurance sociale. En fin de compte, les hommes politiques doivent désigner les domaines du système national de santé qui sont prioritaires par rapport aux autres. Par exemple, des arbitrages peuvent être nécessaires pour affecter un montant déterminé de ressources soit à des services de santé de qualité qui amélioreront l'état de santé moyen dans le pays, soit à la construction dans toutes les localités de dispensaires de moindre qualité mais qui garantissent l'accès de toute la population aux services de santé. Les questions d'accessibilité économique doivent tenir compte de la pression inflationniste qu'exercent au fil du temps les dépenses de santé sur les budgets publics et les revenus des ménages.

En fin de compte, les objectifs nationaux en matière de santé sont atteints autant par le choix d'une méthode appropriée de financement que par celui d'une structure organisationnelle de prestation des services de santé qui soit efficace et performante et celui des modalités de rémunération des prestataires de soins de santé. En outre, d'autres éléments structurels contribuent à la réalisation des objectifs en matière de santé, notamment le cadre réglementaire et les programmes d'éducation du public.

La méthode de financement concerne la manière dont les ressources financières sont mobilisées et la manière dont elles sont utilisées. Cette méthode présente des aspects multiples, dans la mesure où elle concerne des facteurs différents comme:

- l'approche de la mobilisation des ressources financières;
- les caractéristiques institutionnelles et organisationnelles de la structure des prestations;
- l'affectation des ressources;
- la méthode de rémunération et d'incitations pour les prestataires de soins de santé; et
- divers autres facteurs.

Les approches adoptées pour mobiliser les ressources comportent d'ordinaire un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés d'assurance maladie. Les principales méthodes de financement des soins de santé sont le système national d'assurance maladie, les recettes fiscales générales, l'assurance communautaire et les dépenses non remboursées. Le choix de la méthode dépendra de l'entité qui assume la charge financière, du montant des ressources disponibles et de l'entité qui gère l'affectation des ressources. Par exemple, la mobilisation de ressources par

le biais des recettes fiscales générales implique que le groupe cible auquel les ressources sont affectées et les dépenses de santé sont consacrées soit, en principe, la population dans sa totalité. Le choix de la manière dont les risques sont mis en commun et des personnes qui bénéficient de la protection détermine en dernier ressort quels seront ceux qui peuvent accéder à des services médicaux coûteux. L'approche du financement qui est retenue devrait permettre la collectivisation du risque qui contribue à atteindre les objectifs plus larges d'équité, de solidarité et d'accessibilité économique. L'équité se situe à différents niveaux: l'équité du financement, l'équité de l'accès aux soins de santé et l'équité sur le plan de la protection offerte contre les risques.

Selon le choix de la méthode utilisée pour financer les services de santé, le type d'organisation des services de santé par des prestataires publics, privés ou semi-publics en découle presque directement. Les mécanismes institutionnels retenus indiquent à qui sont conférés les pouvoirs de gestion et de contrôle de la mise en œuvre du système de santé, notamment le pouvoir de décider de l'affectation des fonds. Le choix de l'organisation des services de santé reflète la mesure dans laquelle la concurrence entre les prestataires publics et privés de soins de santé, la propriété du système de santé, la décentralisation et l'intégration des services de santé sont souhaitables dans le système de santé national.

En outre, les autres éléments qui définissent le financement sont notamment la manière d'affecter les fonds aux prestataires de soins de santé et le rationnement. Une fois les ressources mobilisées, il faut décider d'un critère pour leur affectation aux différentes catégories de services de santé, de programmes de prévention et d'infrastructures à développer. L'affectation renvoie également à d'autres considérations, comme les affectations régionales entre les différents types de prestataires de soins de santé. L'ensemble des critères d'affectation doit être acceptable pour le public.

La méthode utilisée pour rémunérer les prestataires de soins de santé et pour créer des incitations pour ceux-ci aura une forte incidence sur le coût, l'efficacité et la qualité des services de santé offerts. Les deux principaux éléments du système de paiement sont la méthode de paiement et le montant du paiement par unité. Il existe différentes méthodes de paiement pour les prestataires de soins de santé: la rémunération à l'acte, le salaire versé au personnel de santé, la capitation, le coût par admission ajusté à chaque cas, etc. Les prestataires de soins de santé peuvent être rémunérés selon différentes méthodes de paiement qui auront des effets différents sur leur comportement. Les hôpitaux ont aussi tendance à organiser et à gérer leurs activités et leur personnel de manière différente en fonction de la méthode de rémunération retenue. Le choix de la méthode de paiement détermine en grande partie si c'est le prestataire de soins de santé ou l'utilisateur des services de santé qui assume le risque financier.

Lors du choix d'une méthode de financement et de la manière d'organiser les soins de santé, on ne peut perdre de vue qu'en fin de compte, ces aspects jouent un rôle essentiel dans la maîtrise de l'inflation des dépenses de santé. Il s'agit d'une considération importante. En effet,

les dépenses de santé par habitant augmentent de manière constante et, souvent, à un rythme plus rapide que celui de la croissance du PIB par habitant. La méthode du financement de la santé par les recettes fiscales générales est souvent considérée comme celle qui offre la manière la plus efficace de maîtriser la pression inflationniste des dépenses de santé. En effet, le budget global peut être fixé et utilisé pour limiter les dépenses de santé, même si cette méthode produit parfois des résultats secondaires non souhaités, par exemple lorsqu'elle induit des comportements non souhaités dans le chef de certains prestataires de soins de santé. Comme signalé plus haut, cela implique que le budget de la santé concurrence d'autres priorités du gouvernement en matière de programmes sociaux et économiques. Le but est de rechercher un équilibre raisonnable entre la demande et l'offre de services de santé.

Le choix de la méthode de financement peut être régi par la mesure dans laquelle il est souhaitable de permettre que l'influence du gouvernement, des partenaires sociaux et des autres groupes d'intérêts joue un rôle dans la mise en œuvre et le fonctionnement permanent du système national de santé. Par exemple, la population de la Suisse s'est prononcée récemment lors d'un référendum contre l'adoption du principe d'un système de santé national. Ce choix a été expliqué par divers facteurs, notamment le fait qu'une grande partie de la population voit d'un très mauvais œil que l'on permette à l'Etat de jouer un rôle dominant dans la gestion du système de santé national.

2. Une perspective globale sur les dépenses de santé et les mécanismes de financement

Ces dernières années, le total des dépenses en matière de santé a représenté 7,7% du produit intérieur brut dans les pays à revenu élevé, 5,8% dans les pays à revenu intermédiaire, et 4,7% dans les pays à faible revenu, d'après les chiffres de la Banque mondiale publiés en 2006. La part de l'Etat dans le total des dépenses en matière de santé a représenté 70%, 62% et 52% respectivement dans ces trois types de pays. On observe que plus le développement économique d'un pays évolue, plus il dépense en soins de santé publics, la population réclamant de plus en plus une meilleure protection sociale. A cet égard, l'assurance maladie nationale offre une des manières les pus efficaces pour étendre la protection au plus grand nombre possible selon des principes de solidarité.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les dépenses publiques effectuées en 2003 dans le cadre des programmes nationaux de santé ont été particulièrement dominantes dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et dans les économies en transition en Europe ainsi que dans certains pays du Pacifique Ouest et de l'Afrique du Nord, tandis que l'assurance maladie privée joue un rôle essentiel dans de nombreux pays d'Amérique latine et aux Etats-Unis d'Amérique. En Europe, l'Etat et l'assurance maladie nationale représentent en moyenne 70% du total des dépenses de santé et couvrent la quasi-totalité de la population. On notera que cela tient compte de la protection par l'assurance maladie privée obligatoire aux Pays-Bas et en Suisse.

La protection personnelle offerte par l'assurance maladie nationale ou d'autres formes d'assurance varie fortement d'un pays à l'autre. En règle générale, elle est jugée insuffisante dans la plupart des pays en développement. L'analyse détaillée des tendances de la protection personnelle sort du cadre du présent rapport. On peut toutefois dire qu'elle est fortement liée au niveau des dépenses de santé par habitant. Ces dépenses par habitant varient sensiblement selon qu'il s'agit d'un pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible. Les dépenses de santé financées par des sources publiques, privées et autres varient ainsi respectivement de USD 1 527, USD 176 à USD 25 respectivement dans les pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu.

D'après les comptes nationaux de la santé 2004 de l'OMS, le financement des dépenses de santé à l'échelle mondiale est caractérisé comme suit:

- les Etats ont contribué à hauteur de 33% aux dépenses de santé à l'échelle mondiale;
- les régimes d'assurance maladie sociale ont pris en charge 25% des dépenses de santé à l'échelle mondiale;
- l'assurance maladie privée représente 20% des dépenses de santé à l'échelle mondiale;
- les dépenses non remboursées et les autres dépenses privées représentent 22% des dépenses.

La principale conclusion tirée de ces statistiques concerne la part sensiblement élevée, à l'échelle mondiale, des paiements non remboursés, qui est la plus forte dans les pays à faible revenu[1]. L'Organisation internationale du Travail (OIT) s'inquiète du fait que les systèmes de santé nationaux d'un trop grand nombre de pays de la catégorie des pays à faible revenu dépendent des paiements non remboursés pour les dépenses de santé, étant donné que l'on considère que ces dépenses font peser le poids du risque et des dépenses de santé sur des personnes dont les familles risquent le plus d'être plongées dans la pauvreté si un de leurs membres contracte une maladie grave. Cela amène à conclure qu'il existe un manque de mesures publiques pour assurer une protection systématique de la population contre les risques sanitaires, en particulier dans les pays pauvres.

On observe que la tendance consiste à utiliser diverses méthodes complémentaires de financement pour mobiliser des ressources financières pour les soins de santé, en particulier depuis les années quatre-vingt-dix, lorsque l'accès universel aux services de santé a été progressivement adopté comme priorité du développement dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Le vieillissement démographique à l'échelle mondiale influence en grande partie les projections d'évolution des dépenses de santé. Il va falloir dépenser plus pour les soins de

[1] Les dépenses non remboursées sont comprises entre 50 et 80% du total des dépenses de santé dans un certain nombre de pays d'Afrique et d'Asie. Par exemple, les comptes de santé nationaux de l'OMS pour 2006 indiquent que les dépenses non remboursées ont atteint 77% du total des dépenses de santé au Burundi, 82% au Congo, 58% au Bengladesh et 70% au Cambodge.

longue durée et pour les services de santé propres à la population âgée. D'après les données de l'OCDE pour 2003, on estime que les dépenses de santé par habitant pour les personnes âgées de 65 ans et plus sont en moyenne trois fois plus élevées que pour les personnes plus jeunes. L'OCDE estime que l'incidence du vieillissement augmentera le total des dépenses de santé d'environ 3% à l'horizon 2050. L'augmentation prévue de la demande de services de santé et de soins de longue durée aux âges supérieurs impose d'ajuster les systèmes de santé nationaux pour faire face à l'accroissement nouveau du nombre de services de santé que nécessitent les personnes âgées.

3. La promotion, par l'OIT, de la couverture universelle fondée sur une utilisation rationnelle des mécanismes de financement

En 2001, les membres du Conseil tripartite de l'OIT, lors du débat général sur la sécurité sociale dans le cadre de la Conférence internationale du Travail de la même année, se sont accordés pour dire que la couverture de la sécurité sociale devait être acquise à tous. La protection de la santé est au centre des priorités. Un des grands défis consiste, par tous les types de mécanismes d'exécution, à étendre la protection de la sécurité sociale aux pauvres et à ceux qui relèvent de l'économie informelle. Dans le cas des risques sanitaires, cela suppose l'accès aux services de santé pour tous. Dans la plupart des pays, les services de santé sont assurés au niveau minimum pour tous. Toutefois, la réalisation de cet objectif remarquable se heurte à plusieurs obstacles.

Les objectifs d'efficacité et d'équité des systèmes de santé nationaux sont fortement influencés par le choix de la méthode de financement pour mobiliser des ressources financières, pour collectiviser les risques, pour prodiguer les soins de santé et pour rémunérer les prestataires de soins de santé. La plupart des systèmes de santé nationaux ont recours à plus d'une méthode de financement pour répondre aux besoins de différentes catégories de population, tandis que certaines catégories ne sont pas incluses dans le système.

L'OIT attribue la priorité à la réalisation de la protection universelle de la santé et encourage les pays où la protection personnelle reste déficiente à rationaliser les ressources dont elles disposent pour les soins de santé en utilisant mieux les mécanismes de financement de la santé existants. A cet égard, l'OIT est particulièrement attentive au rôle de l'Etat, s'agissant d'adopter une législation qui permet la couverture universelle et choisit une approche du financement qui peut garantir la mise à disposition de ressources satisfaisantes pour assurer toutes les prestations de santé qui sont considérées comme relevant de la responsabilité du système de santé national et qui soient financièrement accessibles à toutes les parties concernées. Le rôle de réglementation de l'Etat, là où l'assurance maladie privée est en place, y compris l'assurance communautaire et d'autres régimes d'assurance fondés sur la mutualité, est essentiel pour garantir la bonne gouvernance. Ces éléments contribuent à établir une approche des systèmes de santé nationaux fondée sur les droits, notamment à inclure les catégories exclues de la

population et à adopter des méthodes de financement qui couvrent les prestations de santé de l'ensemble de la population tout en tenant dûment compte de la capacité financière de chaque catégorie.

Là où c'est indiqué, l'OIT encourage l'adoption de plans d'action pour une couverture universelle en matière de santé qui soient conçus de manière cohérente pour chaque catégorie de la population grâce à des méthodes diversifiées de systèmes de financement et de services tout en garantissant l'utilisation efficace des ressources nationales et une solidarité suffisante entre les catégories de la population. Le système de santé national de la Thaïlande est considéré comme un exemple pertinent d'un pays qui fait un usage rationnel de méthodes de financement diversifiés. La Thaïlande assure une couverture universelle au moyen de multiples régimes publics: la couverture automatique est accordée à toutes les personnes enregistrées auprès d'un prestataire local de soins de santé (et qui ne relèvent pas d'un autre programme public) qui est financé sur les recettes fiscales générales, l'assurance maladie sociale est fournie aux travailleurs du secteur privé par le biais de l'Office de la sécurité sociale, le remboursement des dépenses de santé est accordé aux travailleurs du secteur public et aux personnes à leur charge par l'intermédiaire du régime de santé de l'Etat.

Le recours combiné aux services de santé publics, à l'assurance maladie nationale, aux régimes d'assurance communautaires et à la couverture par l'assurance maladie privée obligatoire offre la possibilité d'élaborer une stratégie et un cadre nationaux intégrés en vue d'assurer la couverture universelle.

4. Instauration d'un budget national de la santé

4.1. Considérations générales

En vue de l'élaboration d'un plan d'action pour l'élargissement de la couverture universelle, l'OIT encourage l'instauration et le maintien d'un budget national de la santé qui reprend tous les postes de dépenses (prestations, administration et autres éléments) ainsi que tous les postes de recettes (impôts, cotisations et primes d'assurance privée). Un budget national de la santé qui offre un niveau suffisant de désagrégation des données devrait mettre en évidence le degré de faisabilité financière et de couverture, de manière à aider les décideurs lorsqu'ils apportent des modifications au système de santé national.

Le budget national de la santé évalue la situation financière et le développement du système de santé national et de ses différentes composantes organisationnelles et/ou institutionnelles. Lors de l'instauration d'un budget national de la santé, le regroupement de séries chronologiques de tous les postes de dépenses et de recettes selon les diverses institutions et organisations qui fournissent des prestations de santé est utilisé pour créer une structure qui permet de se rendre facilement compte du contexte du pays. Chaque poste de dépenses est analysé pour comprendre les profils d'utilisation, l'évolution du coût unitaire dans le temps, le développement de l'infrastructure, le coût d'administration, etc. Cette analyse devrait mettre

en évidence les statistiques de la population de référence et les facteurs externes auxquels sont liés l'utilisation de certaines prestations et le coût unitaire. Elle contribue à mettre au point des facteurs d'élasticité aux fins de projections dans l'avenir. Normalement, les projections du budget national de la santé visent le court à moyen terme et devraient être faites parallèlement à des projections démographiques qui indiquent l'étendue de la protection personnelle.

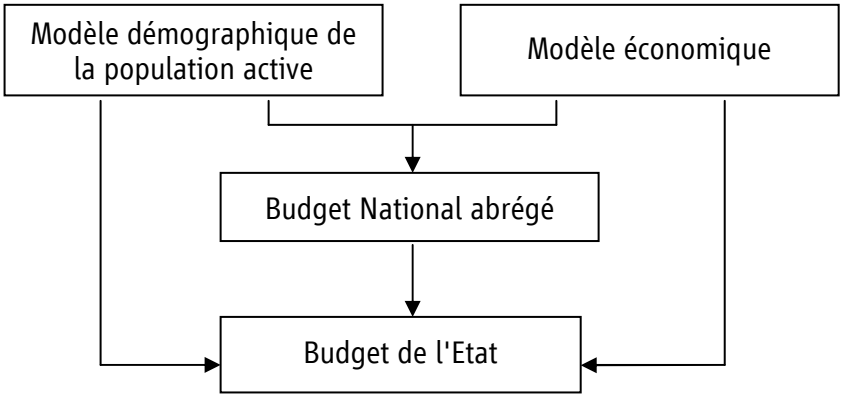
Le Bureau international du Travail (BIT) possède un modèle générique de budget de la santé qui peut être utilisé comme point de départ pour l'élaboration d'un budget national de la santé.

4.2. Le modèle du budget national de la santé de la Thaïlande – une illustration

Le modèle de budget national de la santé pour la Thaïlande a été élaboré grâce à la collaboration étroite, en 2004, entre le Programme international de politique de la santé pour la Thaïlande et le Secteur de la sécurité sociale du BIT. Il est présenté ici à titre d'illustration.

La structure de base du modèle est esquissée à la figure 1 ci-dessous. La méthode de modélisation de base épouse le concept général de budgétisation sociale du BIT.[2] L'analyse budgétaire a été limitée au secteur de la santé et à ses incidences sur le budget de l'Etat.

Figure 1. ***Structure d'un modèle de budget national de la santé pour la Thaïlande, 2004***



Source: BIT, 2004.

Ce modèle fournit des projections classiques et pragmatiques du type "si … alors…", étant donné qu'il dépend de postulats démographiques et économiques exogènes et simule ensuite leur incidence sur les dépenses et les recettes de santé et sur le budget de l'Etat.

Le modèle de budget national de la santé se compose de quatre modules déterministes projetés au départ d'une série d'hypothèses exogènes:

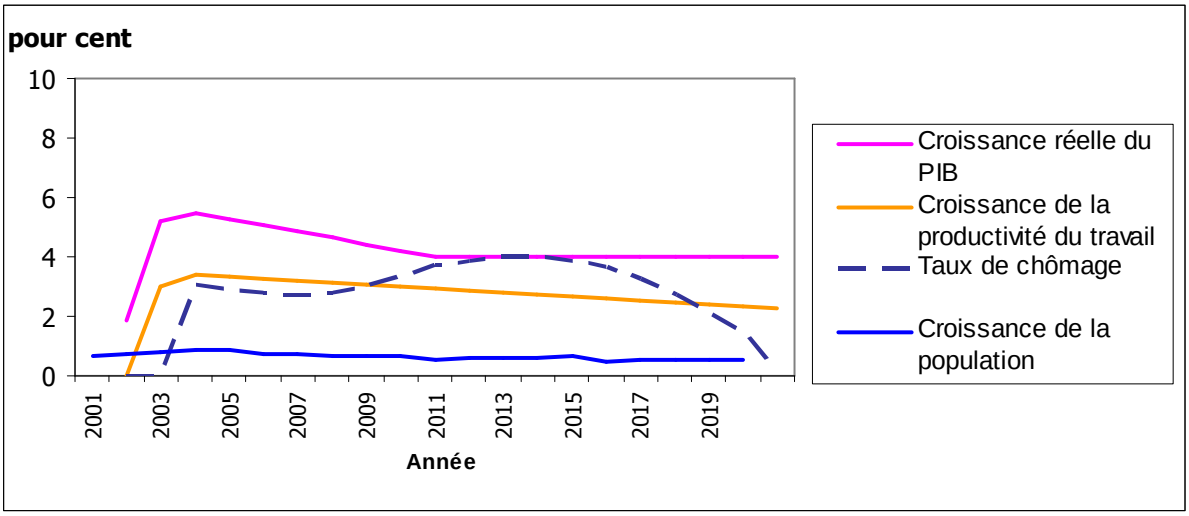
[2] W. Scholz et coll. (2000): *Social budgeting*, BIT, Genève.

- Le premier module est un module de projection démographique pour la population en général et pour la population active fondé sur des hypothèses sur l'évolution future de la fécondité, de la mortalité, de la migration et des taux de participation de la population active.
- Le second module est un module de projection économique qui déduit l'emploi et les salaires en se fondant sur des hypothèses exogènes concernant les taux de croissance du PIB, la productivité de la main-d'œuvre et la proportion des salaires par rapport au PIB.
- Le troisième module est le module principal, qui est le module du budget de la santé dans lequel les projections des dépenses de santé sont réalisées. Sa structure correspond aux quatre grands régimes de soins de santé: le régime de la couverture universelle financé par l'Etat (CU); le régime de l'assurance maladie pour les salariés du secteur privé, financé par l'Office de la sécurité sociale (OSS); le régime des prestations médicales pour les fonctionnaires (RPMF); et les soins de santé financés par le secteur privé. Il tient compte des principales méthodes de financement utilisées pour mobiliser des ressources financières: fiscalité générale, cotisations prélevées sur les revenus, paiements non remboursés et autres dépenses privées. Les résultats essentiels sont les dépenses de santé nationales globales et les besoins financiers pour les recettes générales de l'Etat pour le régime de couverture universelle.
- Le dernier module est le module du budget de l'Etat, qui exprime les dépenses de santé publiques et les besoins de ressources provenant des recettes générales dans le contexte du budget de l'Etat et de ses projections futures. La variable de résultat centrale est le déficit budgétaire public annuel.

Le modèle de budget national de la santé est produit dans sa forme abrégée et permet de retracer les effets des changements dans le système d'exécution et de financement de la santé sur les dépenses nationales globales en matière de santé et sur l'équilibre du budget de l'Etat, c'est-à-dire sur un indicateur unique et global de performance du système de santé et sur un indicateur de performance des finances publiques. Deux scénarios modèles ont été élaborés. Le premier, le scénario de *statu quo*, correspond au *statu quo* légal. Le second scénario pour la couverture universelle utilise des hypothèses démographiques et économiques identiques et diffère uniquement dans le module du budget de la santé, qui simule l'introduction du Fonds de couverture universelle et l'application des deux grandes mesures de réduction des coûts dans la perspective du Bureau de la surveillance nationale de la santé (extension de la couverture de l'OSS et cotisations au RPMF) après 2005.

Le modèle est basé sur un ensemble d'hypothèses démographiques et économiques qui sont résumées à la figure 2.

Figure 2. ***Hypothèses économiques pour les projections du modèle de budget national de la santé pour la Thaïlande, 2002-2020***



Source: Projections du BIT.

Les projections du budget de l'Etat sont fondées sur l'hypothèse selon laquelle la croissance nominale du PIB sera le principal moteur pour tous les postes de revenu et de recettes des comptes du gouvernement central qui ne sont pas explicitement liés aux salaires, comme les recettes de l'impôt sur le revenu, et qui ne sont pas importés du module du budget abrégé de la santé. Les autres hypothèses sont exposées dans le modèle lui-même et sortent du cadre du présent article.

Les résultats essentiels des projections sont résumés aux figures 3 et 4. Les dépenses de santé globales, mesurées en pourcentage du PIB, augmentent selon la projection d'environ 0,3 point-pourcentage du PIB au cours des cinq prochaines années, au départ de 3,5% du PIB. Cette augmentation est en grande partie due à l'effet de deux facteurs: les taux de croissance réelle supposés importants du PIB au cours des dix prochaines années, et le fait que l'évolution du coût de la principale partie des dépenses de santé publique est maîtrisé grâce au recours au mécanisme de capitation, qui exerce un effet global de maîtrise des coûts sur le système de financement de la santé pris globalement. On s'attend à ce que le total des dépenses nationales augmente lentement pour retrouver son niveau initial en 2020, parallèlement à la baisse des taux de croissance du PIB.

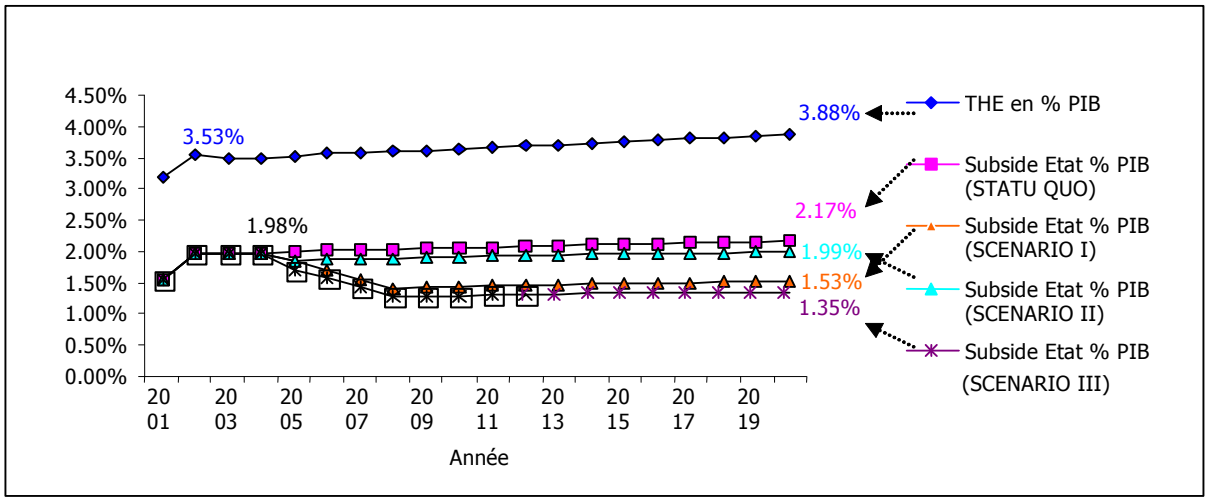
Pour le scénario de *statu quo*, selon lequel on postule que le système actuel continuera de prévaloir, la part des recettes générales dans le financement du total des dépenses de santé se maintient pendant toute la période à un niveau compris entre 1,98 et 2,17% du PIB.

Le premier scénario simule l'incidence des augmentations suggérées des recettes et des diminutions de coût pour l'Etat, et l'introduction d'un fonds spécial de couverture universelle qui produirait un revenu spécifique pour le régime de couverture universelle, provenant des taxes sur l'alcool et les cigarettes.

Le deuxième scénario a été produit sur base de l'hypothèse selon laquelle le régime de l'assurance maladie sociale pour les salariés du secteur privé relevant de l'OSS étendrait sa protection aux conjoints et aux personnes à charge non actifs, de sorte que sa couverture de près de 8 millions de personnes augmenterait d'environ 6 millions de personnes en 2005. Cela implique qu'il ne serait plus nécessaire que ces conjoints et personnes à charge non actifs qui relèvent actuellement du régime de couverture universelle de l'Etat bénéficient de la couverture universelle, ce qui allégerait la charge pour le budget de l'Etat. On postule que, si l'OSS élargissait ainsi sa couverture sans augmenter le taux de cotisation pendant la période initiale – une hypothèse formulée en tenant compte des fonds excédentaires importants observés qui sont disponibles dans le secteur de la santé de l'OSS – et en supposant que l'Etat n'introduise pas d'impôts supplémentaires, cela aurait pour effet de diminuer les dépenses de l'Etat en matière de soins de santé, notamment en ramenant son affectation au régime de la couverture universelle de 2,17% au départ à 1,99% du PIB d'ici à 2020.

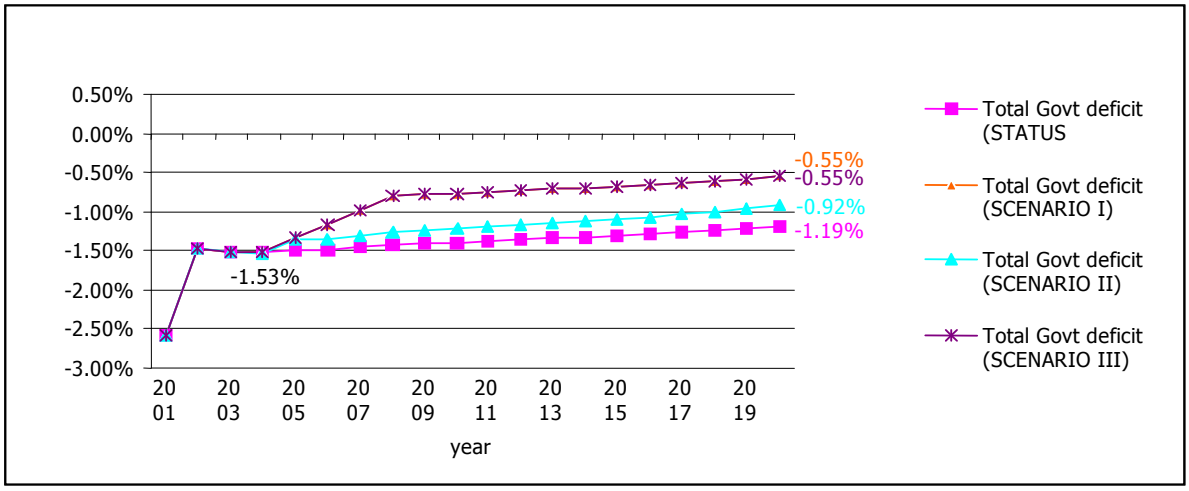
Le premier et le deuxième scénarii ont été combinés en un troisième scénario, dans lequel l'OSS étendrait sa couverture aux conjoints et aux personnes à charge et l'Etat adopterait des impôts supplémentaires. Ce scénario a ramené les dépenses de santé de l'Etat de 2,17% au départ à 1,35% du PIB en 2020, fin de la période de projection.

Figure 3. ***Projection du total des dépenses de santé (Total Health Expenditure (THE)) dans le modèle de budget national de la santé pour la Thaïlande, 2001-2020 (en pourcentage du PIB)***



Source: projection du BIT, 2004.

Figure 4. ***Résultats des projections dans le modèle de budget national de la santé pour la Thaïlande, déficit de l'État, 2001-2020 (en pourcentage du PIB)***



Source: Projections du BIT, 2004.

5. Analyse d'une approche diversifiée du financement de la santé

Sur la base des résultats du budget national de la santé, il est possible d'identifier des domaines d'amélioration pour optimiser l'utilisation et l'affectation des ressources en matière de santé. Cette optimisation peut être obtenue par l'adoption ou l'élargissement d'une ou de plusieurs méthodes de mobilisation des ressources qui, en fin de compte, aboutiront à la couverture universelle, notamment:

- mettre en place des services de soins de santé universels financés par les recettes fiscales générales;
- améliorer la couverture effective des régimes d'assurance sociale existants et élargir autant que possible sa définition légale;
- encourager les régimes de micro-assurance là où cela semble approprié;
- rendre l'assurance maladie privée obligatoire, là où cela semble approprié.

Les avantages et les inconvénients de chacune de ces possibilités doivent être examinés avec soin, comme exposé au tableau 1. Il convient, dans l'analyse, de répondre aux questions suivantes pour aboutir à un ensemble optimal:

- Quelle est la capacité contributive de la population et de ses sous-catégories?
- Quelle est la capacité d'une méthode à dégager des ressources financières?
- La méthode est-elle efficace pour cibler les fonds publics sur les pauvres?
- Quelle stratégie permettra de déplacer les ressources et pouvoirs financiers de l'offre vers la demande, afin d'améliorer l'équité, l'efficacité et la qualité des services de santé?
- Quel est le degré de responsabilisation et la qualité de budgétisation qu'apporte une méthode?

Les aspects qui influent sur le choix des mécanismes de financement de sous-catégories particulières de la population sont le nombre, la structure et la performance des régimes existants; le contexte politique et culturel; la taille de l'assiette fiscale; la taille de l'économie informelle; la charge de morbidité; l'infrastructure existante; la capacité de recouvrement des impôts, cotisations ou primes; la capacité gestionnaire; les possibilités de faire respecter la législation et la réglementation; et les incidences associées sur l'équité.

Tableau 1. ***Avantages et inconvénients des principales méthodes de financement des soins de santé***

Financement des soins de santé par l'impôt		Assurance maladie sociale (y compris la micro-assurance et les régimes communautaires)		Assurance maladie privée	
Avantages	**Inconvénients**	**Avantages**	**Inconvénients**	**Avantages**	**Inconvénients**
Mise en commun des risques pour 100% de la population. Redistribution intégrale entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée. Potentialités d'efficacité administrative et de maîtrise des coûts.	Risque de financement instable et, souvent, sous-finance-ment suite aux dépenses publiques concurrentes. Peut être inefficace en raison du manque d'incitations concurrentielles pour les prestataires de soins de santé et du risque de supervision publique inefficace.	Génère des recettes stables. Souvent fort soutien de la population. Donne accès à un vaste éventail de services Implication des partenaires sociaux. Redistribution entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée.	Sauf subventionnement par l'Etat, les pauvres sont exclus. Les cotisations prélevées à la source peuvent affaiblir la compétitivité et accroître le chômage. Compliquée à gérer. La gouvernance et la responsabilité peuvent laisser à désirer. Peut entraîner une inflation des prix si des mécanismes de contrat efficace ne sont pas mis en place. Les régimes communautaires peuvent être financièrement vulnérables s'ils ne sont pas appuyés par des subventions nationales.	Préférable aux prestations non remboursées. Renforce la protection financière et l'accès aux services de santé pour ceux qui sont en mesure de payer. Encourage une meilleure qualité et une meilleure efficacité-coût des soins de santé.	Coûts administratifs élevés. Inefficace pour réduire les pressions sur les coûts subies par les systèmes publics de financement de la santé. Inéquitable sans primes subventionnées ou réglementation du contenu et du prix de l'assurance.

Les impôts sont globalement considérés comme une source efficace et équitable de recettes pour le secteur de la santé. Les impôts peuvent être considérés comme des ressources qui offrent la manière la plus efficace de mettre en commun les risques pour toute la population et d'assurer une redistribution entre les risques élevés et faibles et entre les catégories à revenu élevé et faible. La fonction publique est potentiellement en mesure d'être performante sur le plan administratif et de maîtriser les coûts.

Toutefois, leur possibilité ou non de contribuer au financement des soins de santé dépend en grande partie de la performance macro-économique nationale et des demandes concurrentes provenant d'autres secteurs, de la qualité de la gouvernance, de la taille de l'assiette fiscale et de la capacité humaine et institutionnelle à superviser le système. En pratique, les régimes publics ont souvent tendance à être sous financés, ce qui pourrait entraîner un manque de biens et de services, des pots-de-vin et une absence de gouvernance efficace.

Le succès des *régimes d'assurance maladie sociale* dépend de la production de ressources stables, du soutien souvent fort de la population, de l'offre d'un vaste éventail de services, de l'implication des partenaires sociaux et de la redistribution entre les catégories de risques et de revenus. Toutefois, ces régimes sont complexes sur le plan administratif et de la gouvernance, et la responsabilité peut poser des problèmes. De plus, d'un point de vue macro-économique, les cotisations prélevées à la source peuvent réduire la compétitivité et accroître le chômage.

En outre, si la couverture n'est pas universelle, l'assurance maladie sociale pourrait avoir une incidence directe sur l'équité dans les pays où l'économie informelle est importante. Il faut souligner que les soins de santé pour la population active ne sont pas gratuits et que les entreprises et l'économie doivent porter leur part respective de la charge financière. Dans le cas de l'assurance maladie sociale, le financement des régimes devrait consister en ressources financières fournies à parts égales par les employeurs et par les travailleurs. Les prestations particulières, comme les prestations de maternité, devraient obéir à des règles particulières, par exemple la couverture intégrale par des fonds publics, de manière à éviter les inconvénients pour les catégories particulières protégées.

Les régimes particuliers, comme les régimes d'assurance maladie communautaires privés, peuvent être efficaces, s'agissant du recouvrement de cotisations non liées aux salaires et de la réduction des coûts pour les plus pauvres au point d'exécution. Ils connaissent toutefois souvent des problèmes de couverture et, partant, de mise en commun suffisante; de difficulté d'affiliation des divers groupes ethniques; de capacité de gestion; et de ressources insuffisantes.

Une tendance actuelle dans les pays à revenu faible consiste à renforcer le rôle des organisations mutuelles de santé et d'assurance sociale lorsque des politiques en faveur des pauvres sont intégrées dans la protection sociale de la santé et lorsque l'on tente de résoudre les problèmes de tickets modérateurs élevés. Par ailleurs, les régimes volontaires et communautaires ont un succès croissant dans de nombreux pays à faible revenu. Leur succès

et leur viabilité dépendent étroitement de l'attractivité des ensembles de prestations et de la qualité des services. L'intérêt accru pour ces régimes est lié à la protection des travailleurs de l'économie informelle et de leurs familles. Les aspects essentiels pour la viabilité, notamment en ce qui concerne la capacité financière et l'antisélection, trouvent actuellement une solution par la création de liens financiers et administratifs à divers niveaux entre les régimes selon leur appartenance. Les exemples actuels dans certains pays montrent que ces régimes peuvent fonctionner de manière satisfaisante, notamment en Inde, où le régime Yeshasvini couvre quelque deux millions de travailleurs et leurs familles. Dans d'autres pays, par contre, la couverture reste pour l'heure souvent limitée.

On trouve par ailleurs des régimes d'assurance maladie privés à but lucratif dans de nombreux pays développés et en développement, depuis des pays de l'OCDE jusqu'à des pays en développement comme le Pérou et les Philippines. S'ils ne sont pas subventionnés, ils couvrent la partie plus fortunée de la population au moyen de primes liées au risque. Leur caractère exclusif et les coûts d'administration élevés sont souvent critiqués, mais la meilleure qualité des services est appréciée.

Il est possible de résoudre le problème des avantages et des inconvénients des divers mécanismes de financement en améliorant les différentes méthodes et en les reliant entre elles. Dans le contexte de l'élaboration d'un plan de couverture, il convient de procéder à une évaluation pour déterminer les mécanismes les plus appropriés, s'agissant de mobiliser de manière équitable des recettes suffisantes et durables pour offrir un éventail suffisant de prestations et une protection financière à toute la population.

Cette évaluation est propre à chaque pays, et il n'existe pas de règle générale pour la composition optimale du portefeuille des sous systèmes nationaux de financement qu'un pays devrait mettre en place. Il est toutefois suggéré d'appliquer une série de principes directeurs lors de l'instauration du système, notamment l'équité et la solidarité du financement, afin de garantir la capacité de payer et l'équité d'accès pour tous les services de santé. Cela inclut la mise en commun des risques et le partage des cotisations à l'assurance maladie sociale entre les travailleurs et les employeurs, et l'inclusion de tous les citoyens sans distinction de genre, d'appartenance ethnique, de religion, etc.

L'encadré ci après présente une liste des points à vérifier pour la politique de financement de la santé.

Liste de vérification: politiques essentielles en matière de financement des soins de santé

- Mobiliser des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs de la politique
- Équité et solidarité dans le financement par le partage de la charge en fonction du niveau des revenus
- Mettre en place, si indiqué, des fonds de péréquation et de solidarité
- Maximaliser la mise en commun des risques et réduire la fragmentation
- Dans les régimes d'assurance, subventionnement public pour les pauvres et les travailleurs du secteur informel et leurs familles (soit direct, soit par le biais des cotisations ou des primes)
- Réduire au minimum les paiements non remboursés
- Tickets modérateurs proportionnels à la capacité financière
- Viabilité financière
- Recourir à une combinaison de mécanismes de financement de la santé pour accélérer la réalisation de la couverture universelle et équilibrer l'équité, l'efficacité et la qualité des soins.
- Utilisation effective et efficace des ressources

Généralement, l'élargissement de la protection de la santé nécessite des fonds, en particulier pour les dépenses publiques en matière de santé. Toutefois, dans de nombreux pays à revenu intermédiaire et élevé, le recouvrement de recettes fondées sur des fonds publics et sur les impôts à la source se heurte souvent à des limites ressenties. Les dépenses pour la santé sont perçues comme un coût non productif qui freine le développement économique. Dans de nombreux pays à revenu faible, la marge budgétaire et les recettes intérieures sont jugées trop limitées pour garantir l'accès aux services de santé pour la majorité de la population.

En outre, mobiliser des ressources publiques nécessite généralement une économie formelle fonctionnelle alors que, dans beaucoup de pays à revenu faible, il existe des secteurs informels importants. Étendre la marge budgétaire est essentiel pour accroître la viabilité de la protection sociale de la santé. Cela nécessite souvent des changements dans les politiques des gouvernements et – pour les pays qui dépendent de l'aide internationale – un soutien plus durable des bailleurs de fonds. Les méthodes les plus efficaces pour accroître la marge budgétaire au moyen des politiques publiques sont:

- une utilisation plus efficace des dépenses publiques;
- le renforcement de l'efficacité dans les institutions publiques et l'exécution des services;
- des réallocations budgétaires;
- des efforts accrus de recouvrement des impôts et des cotisations;
- l'introduction de nouvelles sources de financement pour le budget national de la santé.

Ces méthodes requièrent un engagement politique solide, une fixation des priorités dans le sens d'un élargissement de la protection sociale de la santé, et la solution des problèmes de transparence et de responsabilité. Il est vital dans ce contexte que la gestion démocratique existe et soit fondée sur la gouvernance tripartite. Cela renvoie également à une approche participative de la gestion des régimes et à une gouvernance fondée sur le dialogue social et national entre les responsables de l'élaboration des politiques, les partenaires sociaux, les groupes de la société civile, les assureurs publics et privés, les prestataires de soins de santé et d'autres entités concernées.

Anne Drouin