



Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs

Joseph Kutzin

**Mémoire sur le financement de la santé
Division des systèmes de santé des pays**

RÉSUMÉ

Ce document présente un mode d'élaboration d'une politique de financement de la santé que les pays peuvent adapter à leur propre contexte national. À cet effet, il faut : 1) définir un ensemble d'objectifs de la politique de financement de la santé fondés sur les valeurs fondamentales endossées par l'OMS ; 2) établir un cadre conceptuel pour l'analyse de l'organisation et des fonctions du système de financement de la santé ; et 3) prendre conscience de la façon dont des facteurs contextuels essentiels, en particulier des contraintes budgétaires, affectent l'aptitude d'un pays à atteindre les objectifs de sa politique ou à mettre en œuvre certains types de réforme. En raison de la grande diversité des contextes nationaux dans la Région, il n'existe pas de « plan » – aucun modèle ou système de financement particulier – qui convienne à tous les pays. En conséquence, la démarche proposée repose fondamentalement sur un ensemble commun de valeurs et d'objectifs, mais elle permet une analyse et des recommandations adaptées aux différents pays et réalistes. Les messages essentiels pour les décideurs sont qu'il faut détecter les conséquences néfastes de la fragmentation du dispositif de financement, y faire face et faire en sorte que les instruments de la politique de financement de la santé soient toujours en harmonie avec les objectifs.

Mots clés :

FINANCING, HEALTH
HEALTH ECONOMICS
DELIVERY OF HEALTH CARE – economics
HEALTH POLICY
POLICY MAKING
EUROPE

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2008

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Remerciements

Le présent document a été préparé par Joseph Kutzin, conseiller régional pour le Financement des systèmes de santé au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'auteur est particulièrement reconnaissant aux personnes suivantes pour leur contribution au thème, à l'organisation et au contenu du document : Antonio Duran, Tamas Evetovits, Peter Gaal, Melitta Jakab, Jenni Kehler, Nata Menabde, Claudio Politi et Jens Wilkens. Il tient également à remercier Susan Ahrenst pour son aide au formatage et à la finalisation de ce rapport.

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Objet du document et vue d'ensemble.....	1
Les trois piliers de la politique de financement de la santé	1
Premier pilier : objectifs proposés pour la politique de financement de la santé	4
Deuxième pilier : cadre pour comprendre l'organisation des systèmes de financement de la santé	9
Troisième pilier : incorporation de contraintes budgétaires et d'autres facteurs contextuels.....	14
Défis cruciaux pour la politique : fragmentation et mise en harmonie	21
Les conséquences de la fragmentation : en prendre conscience, les réduire ou y faire face	21
Mise en harmonie des instruments de réforme avec les objectifs de la politique.....	22
Conclusions : principes et mesures concrètes pour les décideurs politiques	23
Références.....	26

Objet du document et vue d'ensemble

1. Les pays de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme tous les pays du monde, se trouvent aux prises avec des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments et d'autres progrès techniques, l'augmentation des attentes et le vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue et, en conséquence, tendent à augmenter les coûts du système. Parallèlement, des contraintes macroéconomiques, démographiques et budgétaires limitent la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter des recettes publiques plus importantes à la santé. Combinées, la tendance des dépenses à augmenter et la limitation de l'aptitude des pouvoirs publics à accroître les dépenses obligent les pays à envisager de réformer la façon dont ils financent leur système de santé.

2. Il n'existe pas de réponse unique à la question de savoir comment financer les systèmes de santé. Non seulement les problèmes propres aux différents pays ne sont pas les mêmes, mais chaque pays a déjà mis en place un mode de financement de la santé qui a évolué pendant un certain temps. Dans de nombreux pays de la Région européenne, les caractéristiques fondamentales du système national de financement de la santé sont en place depuis des décennies (dans certains cas, depuis plus de 50 ou même de 100 ans) et font partie de l'identité culturelle nationale (par exemple, le système national de santé du Royaume-Uni ou le régime d'assurance maladie de l'Allemagne) (1). Dans ces pays, les débats sur la réforme du système de financement concernent davantage des changements mineurs plutôt qu'une refonte organisationnelle totale. Dans de nombreux autres pays de la Région, en particulier ceux qui connaissent une transition qui a commencé en 1990, il est cependant possible de considérer les systèmes de financement de la santé de façon plus étroite comme un ensemble de modalités techniques qui ne sont pas imprégnées de fortes traditions culturelles ou historiques. En outre, dans un grand nombre de ces pays, des réformes plus fondamentales du financement de la santé ont été mises en œuvre ou sont envisagées.

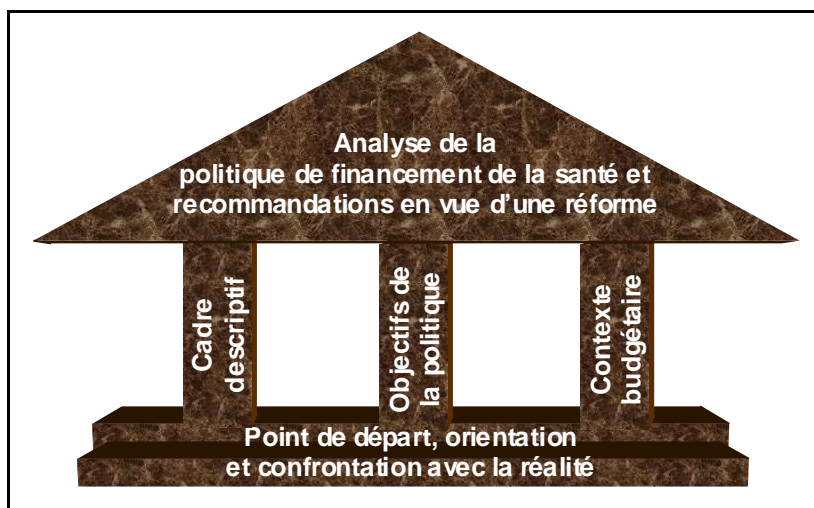
3. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe doit être en mesure d'aider chaque pays de la Région à faire face à ses difficultés et priorités particulières dans son propre contexte. À cet effet, il faut disposer d'une démarche qui soit judicieuse sur le plan technique et repose solidement sur les valeurs et les buts communs de l'OMS et de ses États membres, tout en étant suffisamment souple pour être adaptée aux différents systèmes et contextes de la Région, de façon à ce qu'il soit possible de présenter une analyse utile et des recommandations et conseils concrets. C'est ce que nous proposons ici : une façon dont les pays puissent aborder la politique de financement de la santé dans leur propre contexte national.

Les trois piliers de la politique de financement de la santé

4. Notre démarche repose sur trois piliers (fig. 1). Il y a d'abord un ensemble d'objectifs de la politique de financement de la santé qui sont applicables à tous les pays, reposent sur les valeurs fondamentales endossées par l'OMS (2) et découlent du cadre proposé dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (3). Ils offrent l'**orientation** que les réformes devraient s'efforcer de donner au système. En conséquence, les objectifs proposés pour la politique servent également de critères par rapport auxquels les effets des réformes des systèmes de financement de la santé peuvent être évalués. Le deuxième pilier est un cadre conceptuel qui permet d'analyser l'organisation des systèmes nationaux de financement de la santé. Il permet de décrire les fonctions et les politiques qui existent dans tous les systèmes de financement de la santé, quel

que soit le modèle ou la dénomination utilisé pour les classifier. L'utilisation d'un tel cadre descriptif est essentielle pour adapter l'analyse à l'examen des réformes précises dans des contextes nationaux précis, car le mode d'organisation actuel d'un système de financement de la santé constitue le *point de départ* de toute réforme. Le troisième pilier est une reconnaissance et une analyse de la façon dont des facteurs contextuels essentiels, en particulier les contraintes budgétaires, limitent la mesure dans laquelle un pays peut atteindre durablement les objectifs de la politique et peuvent limiter la gamme d'options qui peuvent être envisagées. Ce pilier permet donc une *analyse réaliste* de ce qu'il est possible de faire et d'obtenir.

Figure 1. Les trois piliers de l'analyse de la politique de financement de la santé



5. Les objectifs de la politique de financement de la santé que nous proposons découlent des *buts* de la performance globale des systèmes de santé qui sont décrits dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*¹, à la suite d'un examen des buts que les modalités de financement de la santé influencent. Sur cette base, nous déduisons l'ensemble suivant d'objectifs de la politique de financement de la santé :

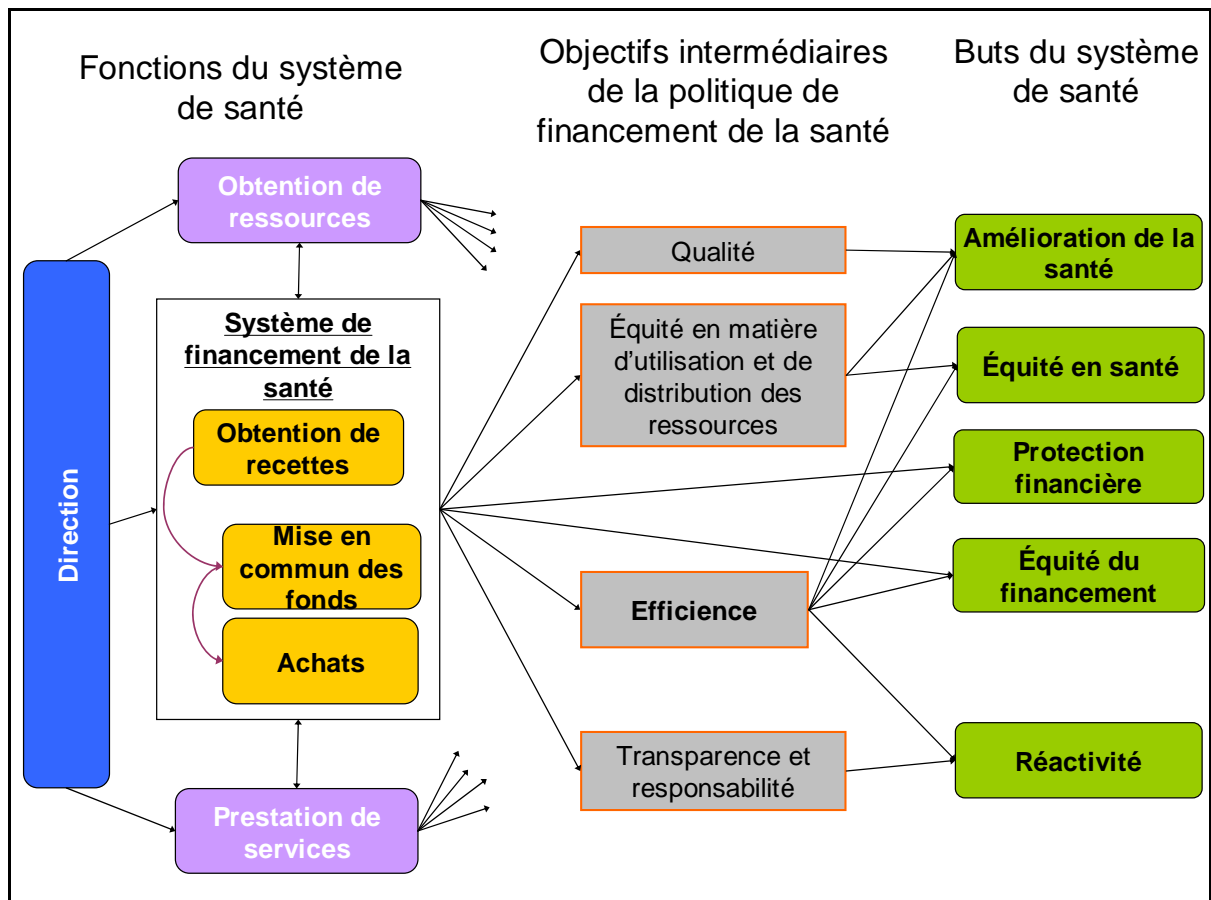
- les objectifs de la politique de financement qui sont essentiellement identiques aux grands buts du système de santé :
 - favoriser une protection universelle contre les risques financiers ;
 - favoriser une répartition plus équitable de la charge que représente le financement du système ;
- les objectifs de la politique de financement qui sont des objectifs instrumentaux et intermédiaires par rapport aux grands buts du système de santé :
 - favoriser une utilisation et une prestation équitables de services compte tenu des besoins auxquels ces services répondent ;
 - améliorer la transparence et la responsabilité du système vis-à-vis de la population ;

¹ Ces buts sont les suivants : améliorer le niveau et la répartition de la santé de la population ; améliorer le niveau et la répartition de la réactivité du système de santé à l'égard des attentes (autres que sanitaires) de la population ; améliorer l'« équité » des contributions financières au système de santé fournies par la population ; et améliorer l'efficacité globale du système, c'est-à-dire maximiser la réalisation des buts précédents dans les limites des ressources disponibles.

- favoriser la qualité et l'efficacité de la prestation des services ;
- améliorer l'efficacité de l'administration du système de financement de la santé.

6. Le cadre descriptif repose aussi sur le *Rapport mondial sur la santé 2000*, qui a indiqué que le financement de la santé était l'une des quatre fonctions du système de santé². Le *système de financement de la santé* comprend certaines sous-fonctions et politiques : l'obtention de recettes, la mise en commun des fonds, l'achat de services et une politique concernant les droits aux prestations et les obligations des patients de participer aux dépenses. Les rapports entre le financement de la santé, les autres fonctions du système, les objectifs de la politique de financement de la santé et les buts globaux du système de santé sont présentés dans la figure 2. Un important concept illustré ici est le fait que le système de financement de la santé n'influe pas seul sur les objectifs intermédiaires et les buts finals. Une politique et une mise en œuvre coordonnées pour l'ensemble des fonctions du système de santé sont essentielles pour obtenir les résultats voulus.

Figure 2. Rapport entre le système de financement de la santé et les objectifs de la politique, les autres fonctions du système et l'ensemble des buts du système



² Les autres fonctions sont la direction (« stewardship »), l'obtention de ressources (investissement dans le capital humain et physique, et les apports mis en œuvre) et la prestation de services (soins de santé personnels et services de santé destinés à l'ensemble de la population).

Premier pilier : objectifs proposés pour la politique de financement de la santé

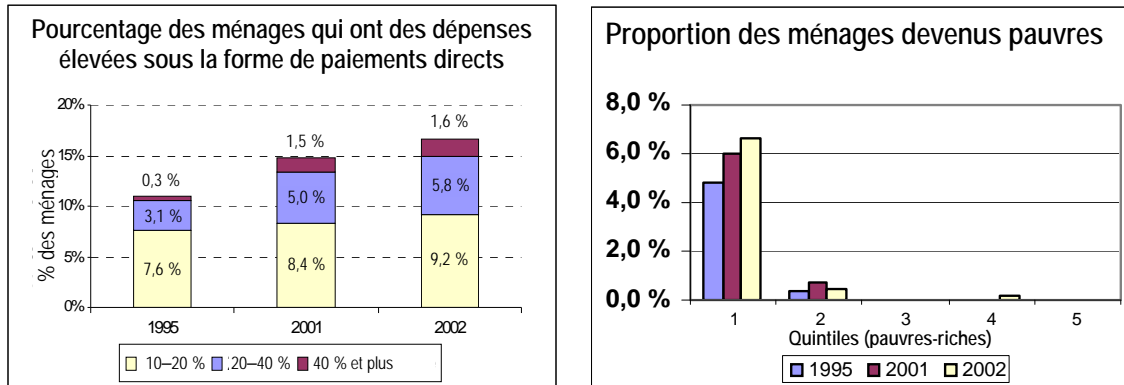
7. Les objectifs de la politique de financement de la santé servent de critères que nous utilisons pour évaluer les réalisations et les performances des systèmes de financement de la santé et les effets des réformes. Les façons dont les pays mettent en pratique ces objectifs varient, de même que l'importance relative qu'ils accordent à chacun d'entre eux, mais nous estimons qu'ils sont applicables universellement et indépendamment des dénominations ou des modèles par lesquels on désigne les modalités de financement de la santé. En outre, ces objectifs peuvent être traduits en mesures concrètes, qui elles-mêmes peuvent faire l'objet d'interventions pratiques de mise en œuvre de la politique.

8. La protection contre les risques financiers liés à la maladie, ou *protection financière*, est un but qui peut être résumé simplement comme suit : les individus ne doivent pas devenir pauvres parce qu'ils reçoivent des soins de santé, ni être forcés à choisir entre leur santé physique (et mentale) et leur bien-être économique. Certes, cette question met en jeu l'un des liens les plus directs entre la santé et le bien-être : la mesure dans laquelle les individus s'appauvrissent en raison de dépenses de santé ou, inversement, l'efficacité avec laquelle le système de financement de la santé protège les individus contre le risque de devenir pauvre, tout en leur permettant d'utiliser les services. Des mesures normalisées de cet objectif existent (4) et peuvent être produites pour tout pays qui possède des données fiables résultant d'une enquête sur les ménages portant sur les éléments suivants :

- le pourcentage de ménages qui doivent faire face à des dépenses de santé « ruineuses » (dépenses de santé qui dépassent un certain pourcentage du total des dépenses non liées à la subsistance) ;
- les dépenses appauvrissantes, qui traduisent l'effet des dépenses de santé sur le nombre de pauvres (nombre ou pourcentage de ménages qui sont en dessous du seuil de pauvreté défini sur le plan national en raison de leurs dépenses de santé) ou l'« écart de pauvreté » (mesure dans laquelle les ménages descendent en dessous du seuil de pauvreté en raison de leurs dépenses de santé).

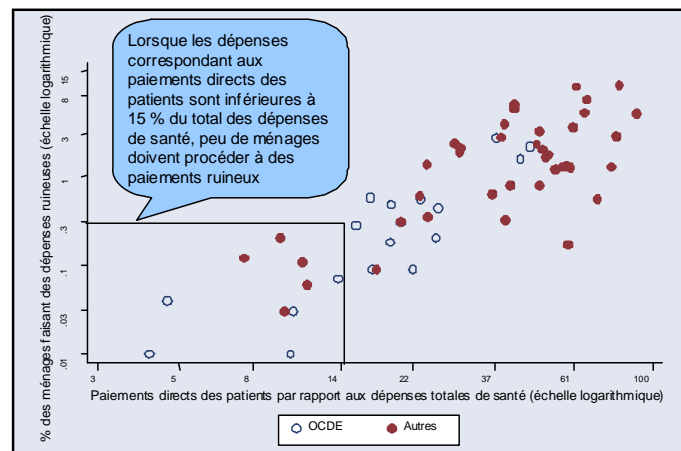
9. Des exemples de ces concepts sont présentés dans la figure 3. Le graphique de gauche montre le pourcentage de ménages estoniens dont les paiements directs consacrés aux dépenses de santé ont dépassé le seuil de dépenses ruineuses défini selon différents critères (10 %, 20 % et 40 % du total des dépenses des ménages) en 1995, 2001 et 2002. Le graphique de droite montre le pourcentage de ménages dans les différents groupes de revenus qui sont devenus pauvres en raison de paiements directs au titre de dépenses de santé au cours des trois mêmes années.

Figure 3. Mesures des paiements de santé ruineux ou engendrant une pauvreté en Estonie (5)



10. Même en l'absence d'une analyse approfondie des données d'enquêtes pour déterminer les effets ruineux et appauvrissants, les informations factuelles internationales disponibles indiquent clairement que des niveaux élevés de paiements directs des patients aux prestataires doivent susciter des préoccupations. L'analyse des données concernant près de 80 pays entreprise par l'OMS (6) (fig. 4) met en évidence une forte corrélation entre la part des paiements directs des patients aux prestataires dans les dépenses de santé totales et le pourcentage des familles qui doivent effectuer des dépenses de santé ruineuses³.

Figure 4. Proportion des ménages devant faire des dépenses ruineuses mise en rapport avec la part des paiements directs des patients dans le total des dépenses de santé

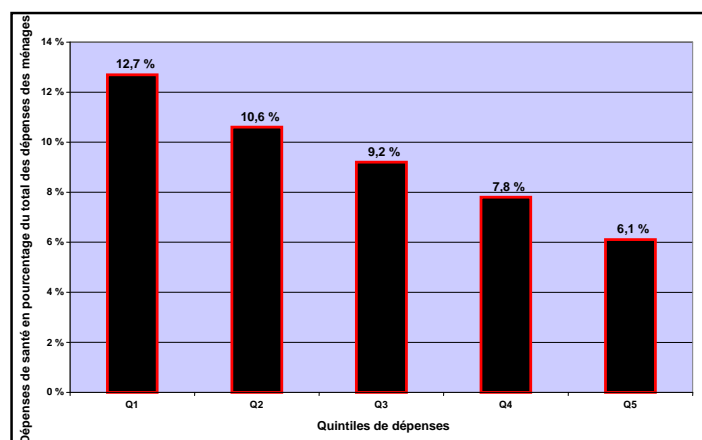


11. Un objectif connexe mais distinct est que le système de santé doit être *financé de façon équitable*. Cela signifie que, par rapport à leur capacité de paiement, les pauvres ne doivent pas payer plus que les riches. L'objectif de l'équité du financement est donc étroitement lié à la valeur fondamentale de solidarité. En principe, l'analyse de cet aspect doit être globale et comprendre toutes les sources de dépenses de santé et les attribuer aux ménages dont ils proviennent, tant directement sous la forme de paiements directs aux prestataires et de paiements anticipés (volontaires et obligatoires) au titre de l'assurance maladie, qu'indirectement sous la

³ Cette analyse utilise un seuil de dépenses ruineuses de 40 % du revenu des ménages non affecté à la subsistance (revenu disponible après satisfaction des besoins essentiels, tels que l'alimentation).

forme de l'impôt. Une analyse exhaustive exige l'identification des différentes sources de financement du système de santé, l'analyse de leurs effets en matière de distribution (c'est-à-dire qui paie) et d'agrégation de ces sources selon leurs contributions relatives au financement d'ensemble du système de santé. Les informations factuelles internationales (7) suggèrent clairement que les sources obligatoires de paiements anticipés (impôts et cotisations des salariés au titre de l'assurance maladie obligatoire) ont tendance à être plus équitables, que les sources volontaires de paiement anticipé (assurance maladie facultative) sont moins équitables et que les paiements directs des patients aux prestataires sont le plus inéquitables. La figure 5 illustre le manque d'équité de la répartition des dépenses de santé prenant la forme de paiements directs des patients en Albanie en 2002 (8) ; il en ressort en effet que le quintile le plus riche de la population a dépensé environ une partie deux fois plus faible de son revenu que le quintile le plus pauvre. En conséquence, pour de nombreux pays, la concrétisation de l'idéal de solidarité exige la définition et la mise en œuvre de stratégies de réforme comportant des objectifs précis pour réduire la part des paiements directs des patients dans le total des dépenses de santé et, en particulier, pour protéger les ménages les moins nantis contre de telles dépenses.

Figure 5. Manque d'équité des dépenses prenant la forme de paiements directs des patients, Albanie 2002



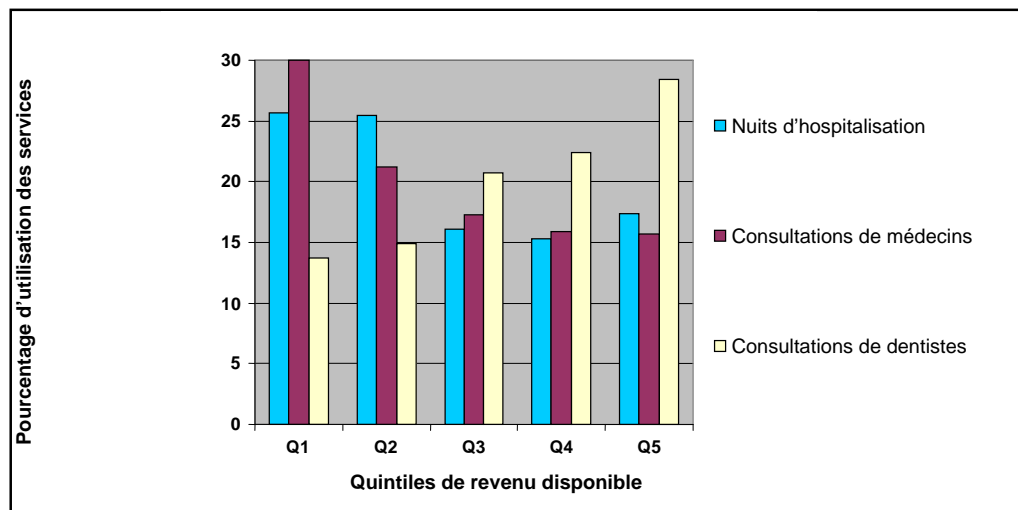
12. Les considérations relatives à la protection et à l'équité financières ne sont cependant pas suffisantes pour une évaluation du système de financement de la santé d'un pays. En effet, ces objectifs financiers n'incorporent pas les effets du système sur l'utilisation des services de santé par les patients. Comme les paiements directs des patients ont lieu par définition lors de l'utilisation des services et que ce mode de paiement a des conséquences néfastes pour la protection et l'équité financières, les mesures de ces objectifs de la politique font apparaître une amélioration par rapport à la mesure dans laquelle les pauvres n'utilisent pas les soins de santé⁴. Pour une interprétation raisonnable de la politique, il faut donc prendre en considération les effets du système de financement de la santé sur l'utilisation des services, en même temps que les objectifs financiers (9).

13. L'objectif d'*équité dans l'utilisation* peut être énoncé comme suit : il faut que les services de santé et les ressources affectées à la santé soient répartis en fonction des besoins et non

⁴ Si les pauvres sont dissuadés de façon disproportionnée d'utiliser les services en raison de leur coût, tant l'utilisation que les paiements directs des personnes aisées représenteront une part plus grande du total. En conséquence, les données provenant d'enquêtes relatives aux dépenses de santé des ménages indiqueraient que le financement du système est plus équitable que si les pauvres et les riches utilisaient les services de façon égale et payaient les mêmes montants.

d'autres facteurs tels que la capacité de paiement des individus. Alors que les objectifs de financement concernent principalement la façon dont les fonds sont obtenus pour financer le système de santé, l'objectif d'utilisation a trait davantage (sur le plan de la contribution de la politique de financement de la santé) à la façon dont les fonds sont dépensés par le système de santé. En conséquence, comme nous nous préoccupons de l'équité dans l'utilisation des services, qui est un objectif, l'équité de la répartition des dépenses et des ressources de santé doit être un moyen d'atteindre cet objectif. L'objectif lui-même n'est pas difficile à comprendre, mais il est difficile de le mesurer de façon cohérente, étant donné qu'il n'existe pas de méthode courante et économique pour obtenir une mesure objective du *besoin*. De nombreuses études reposent sur des réponses à des questions dans le cadre d'enquêtes et s'efforcent par conséquent d'établir un lien entre l'utilisation des services et l'état de santé auto-évalué ou les besoins auto-évalués. Ces mesures sont imparfaites, mais peuvent être appliquées dans la pratique, dans la mesure où il est possible d'émettre des hypothèses raisonnables sur la façon d'interpréter les données sur l'utilisation et les besoins. Par exemple, la figure 6 résume l'analyse de données d'enquêtes réalisées en Irlande et portant sur l'utilisation de différents types de services de santé pour les différents groupes de revenu. La tranche des 40 % les plus pauvres de la population (les deux quintiles de revenu inférieurs) représentent plus de la moitié du total des nuits d'hôpital et de consultations de médecins généralistes. En revanche, c'est l'inverse pour les consultations de dentistes, puisque plus de 28 % des consultations sont le fait de la tranche des 20 % les plus riches de la population (10). La distribution « favorable aux pauvres » de l'utilisation des services de généralistes et de soins hospitaliers peut s'expliquer par des différences de besoins, ainsi que par l'efficacité de la protection contre le coût d'utilisation de ces services qui est offerte par le système irlandais de financement de la santé. Inversement, la distribution favorable aux riches des soins dentaires ne correspond sans doute pas aux besoins réels de la population, mais il est plus probable qu'elle tienne à la perception d'honoraires lors de la prestation des soins, ce qui a tendance à dissuader les personnes à faibles revenus de les utiliser.

Figure 6. Parts de l'utilisation des services en fonction de quintiles de revenu disponible en Irlande, 2000



14. L'objectif d'amélioration de la *transparence et de la responsabilité* du système vis-à-vis de la population soulève des problèmes d'interprétation et de mesure. En conséquence, il est utile de circonscrire ce concept pour pouvoir l'utiliser comme critère pratique pour l'évaluation d'un système ou d'une réforme du financement. Il est essentiel que les droits et les obligations de la population soient bien compris par tous, en tant qu'elle est une promesse faite par l'État aux

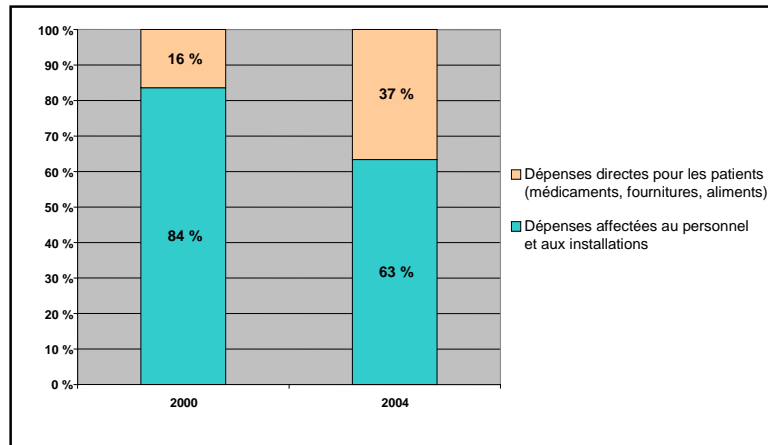
citoyens. Dans ce contexte, il faudrait que les pouvoirs publics rendent compte périodiquement à la population de la mesure dans laquelle cette promesse est tenue dans la pratique.

15. Une question particulière liée à la transparence dans de nombreux pays de la Région est l'existence de paiements informels pour des soins de santé, c'est-à-dire de versements directs effectués par les patients (ou ceux qui agissent en leur nom, tels que les membres de la famille) en plus d'un éventuel paiement normalement dû, en espèces ou en nature, aux prestataires de soins pour des services et des apports connexes auxquels les patients ont droit (11). L'importance de tels paiements reflète directement un manque de transparence, car l'obligation de paiement n'est pas prévue mais existe en fait. Les réformes visant à réduire ce problème de transparence sont difficiles à mettre en œuvre, étant donné qu'il est malaisé de déceler et de mesurer de tels paiements. Cependant, un certain nombre d'études empiriques sur l'importance de ce phénomène menées dans la Région européenne et ailleurs ont été publiées, et suggèrent qu'il est possible de mettre au point des mesures fiables de paiements informels (12).

16. La responsabilité est un objectif difficile à mesurer mais important et elle se prête certainement à une évaluation qualitative. Il est utile d'examiner le système de responsabilisation pour les « organismes de financement de la santé » tels que les caisses d'assurance maladie obligatoires ou les autres organismes publics qui gèrent les ressources financières du système de santé. Les dimensions de cette question vont d'un suivi et d'un compte rendu (relativement simple) des ressources financières (audit, par exemple) à l'établissement de rapports (plus complexes) sur les performances par rapport à certaines mesures convenues ou encore à un renforcement (particulièrement complexe) de la légitimité de l'administration publique aux yeux des citoyens (13). Un excellent exemple de la « responsabilité sur la base des résultats » est offert par le rapport annuel de la caisse d'assurance maladie d'Estonie, qui publie les résultats d'une série d'indicateurs de performance liés à la satisfaction de la population et à la connaissance par celle-ci de ses droits, l'accès aux services de santé et la qualité de ceux-ci, l'équilibre entre les ressources et les prestations, la qualité du service aux patients, et le gouvernement des entreprises et l'efficacité des pratiques de celles-ci (14).

17. Le système de financement doit récompenser des soins de *qualité* et offrir des *incitations à l'efficacité* dans l'organisation et la prestation des services de santé. Pour être efficaces, ces incitations doivent être en harmonie avec les règles régissant les prestataires de services, ainsi qu'avec leurs compétences de gestion, afin de créer un environnement cohérent et efficace dans lequel les prestataires sont en mesure de répondre de façon appropriée aux signaux émanant du système de financement. Pour des raisons d'ordre pratique, nous n'essayons pas d'adopter une mesure universellement applicable pour appréhender ces objectifs, mais proposons plutôt l'utilisation de mesures indirectes qui sont spécifiques aux pays et à la situation considérés. Par exemple, les contrats conclus en 2003 entre le service national de santé britannique et les généralistes prévoient des avantages financiers pour les cabinets qui atteignent certains objectifs en matière de pression artérielle et de cholestérolémie, tandis qu'en France les contrats hospitaliers prévoient des réductions du taux d'infections nosocomiales (15). Dans les pays issus de l'ex-URSS, les réformes axées sur l'efficacité ont visé à réduire le nombre des infrastructures matérielles des systèmes de santé en raison des coûts fixes élevés de leur entretien. Dans ce contexte, un indicateur pertinent de l'efficacité est la part des dépenses consacrées aux coûts fixes liés à la structure du système (installations publiques, personnel, par exemple) par rapport aux dépenses liées directement au traitement des patients (fournitures médicales ou médicaments, par exemple). La figure 7 présente un exemple observé au Kirghizistan (16).

Figure 7. Dosage des apports financés par les pouvoirs publics dans les hôpitaux kirghizes avant et après la réforme du financement



18. Les mesures assurant l'*efficience administrative* consistent à réduire autant que possible la redondance des responsabilités fonctionnelles concernant l'administration du système de financement de la santé. Il ne s'agit pas de réduire les dépenses administratives sur une grande échelle ; en effet, ces dépenses sont bien souvent nécessaires et contribuent aux performances du système de santé. En conséquence, il s'agit autant de s'efforcer de maximiser le rapport coût/efficacité (sur le plan des effets sur les objectifs de la politique) des fonctions administratives. Le rapport coût/efficacité de certaines fonctions administratives, telles que les activités menées par un organisme d'achat pour vérifier que des admissions hospitalières sont appropriées, dépend de la façon dont elles sont exécutées et de l'absence de redondance, c'est-à-dire de l'exercice de responsabilités identiques dans plusieurs organismes. Dans certains cas, le système de financement de la santé lui-même engendre ce que l'on peut appeler des « coûts purs », en ce sens que ces coûts sont exposés pour mener des activités qui ne contribuent pas aux performances d'un système de santé. À titre d'exemple, on peut citer les investissements réalisés par des assureurs concurrents pour repérer et recruter des personnes en relative bonne santé ; de tels investissements ont un rendement privé, mais ils ne contribuent en rien à la réalisation des objectifs de la politique qui sont définis ici (17).

Deuxième pilier : cadre pour comprendre l'organisation des systèmes de financement de la santé

19. Les systèmes de financement de la santé sont souvent classés selon des modèles (Beveridge, Bismarck et Semashko, par exemple). Il peut être utile de recourir à ces dénominations pour désigner des orientations politiques importantes ou décrire le contexte culturel dans lequel le système de santé considéré est jugé « naturel » (1). Dans de nombreux pays en transition, par exemple, on a dit que la réforme était un passage à un « système d'assurance » pour désigner l'abandon du système sanitaire et économique dirigé de façon hiérarchique. Cependant, dans l'optique de la seule politique de financement de la santé, ces grandes classifications ne sont pas très utiles lorsqu'il s'agit de comprendre les systèmes existants ou d'évaluer des réformes éventuelles. Les modèles sont définis principalement par référence à la source de fonds (c'est-à-dire les recettes budgétaires générales ou les recettes provenant de l'impôt sur le revenu du travail), mais l'on se rend de mieux en mieux compte que les pays ont adopté des réformes importantes de leur système de financement de la santé sans modifier la source de financement. Sur le plan conceptuel, la source des fonds ne détermine par

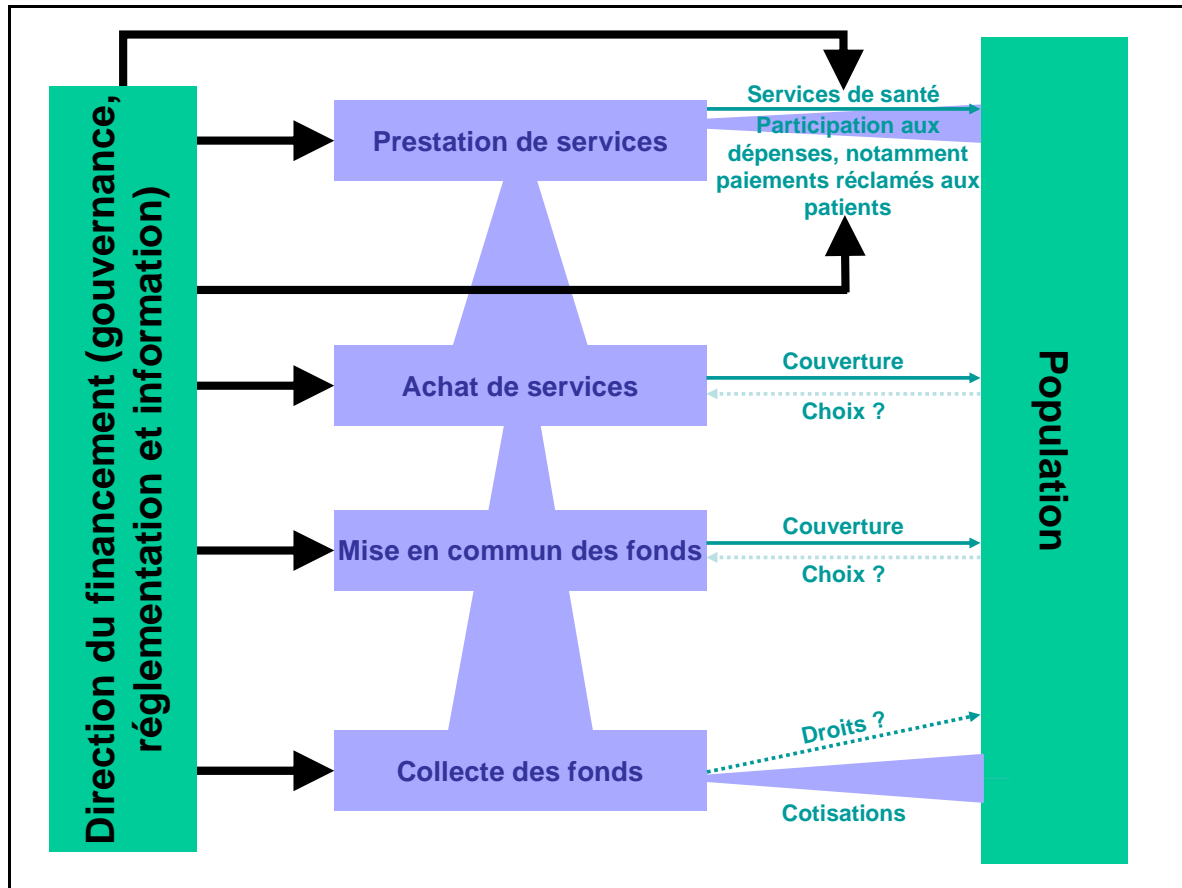
nécessairement le mode d'organisation du secteur, les mécanismes d'affectation des ressources ou la précision avec laquelle les droits aux prestations sont énoncés. L'Espagne offre l'exemple du passage d'un système financé principalement par les cotisations des employeurs et des salariés à un système financé principalement par les recettes fiscales générales qui n'a pas modifié la relation entre la population et le système de santé (18)⁵. En revanche, la République de Moldova a institué un impôt sur les salaires et a créé une caisse d'assurance maladie obligatoire en 2004, mais la plupart des fonds de cette caisse proviennent de transferts des recettes générales de l'État (19). En conséquence, non seulement des dénominations telles que « système financé par l'impôt » ou « système d'assurance maladie publique » sont inappropriées sur le plan conceptuel, mais une telle façon de voir les systèmes de financement de la santé peut en fait restreindre la palette des choix de politiques possibles ou orienter l'attention vers le succès ou l'échec de certains régimes et non vers leurs effets pour le système, et la population, dans son ensemble (17).

20. Pour désigner les différents systèmes de financement de la santé et les réformes qu'ils ont subi dans la Région, le cadre que nous utilisons⁶ intègre les différentes *sous-fonctions* et politiques de financement de la santé représentées dans la figure 8 – collecte de recettes, mise en commun des fonds, achats, et politiques relatives aux prestations et à la participation des patients aux dépenses (décisions sur la couverture) – et rend explicite les interactions entre elles, la façon dont elles sont liées à la prestation des services, la façon dont elles sont liées à la population et, en outre, leurs liens avec la « direction du financement ». Ce dernier concept se rapporte au système de gouvernance des organismes qui s'acquittent des sous-fonctions, ainsi qu'à l'adoption de dispositions réglementaires et à la diffusion d'informations qui permettent au système de produire les meilleurs résultats. Dans ce sens, chaque sous-fonction peut être considérée comme un marché, étant entendu que la gouvernance, les dispositions réglementaires et les informations sont essentielles pour que les différents marchés soient compatibles avec l'obtention de résultats socialement souhaitables. La démarche retenue favorise donc une vue d'ensemble du système de financement de la santé, en facilitant une action qui met l'accent sur les interactions entre les différents éléments des systèmes plutôt que, de façon plus étroite, sur des instruments de réforme déterminés. Cela permet d'éviter d'accorder une importance excessive à des recettes miracles (c'est-à-dire à des instruments de réforme uniques), qui parviennent rarement à atteindre les objectifs de la politique.

⁵ Certains groupes précédemment non couverts, tels que les footballeurs, les religieuses et d'autres, ont été incorporés dans le système mais, pour l'ensemble de la population, il n'y a pas eu de modification de la couverture ni des droits.

⁶ Il s'agit du prolongement d'une démarche précédemment adoptée (17), elle-même découlant de cadres précédents qui mettaient en exergue une approche fonctionnelle vis-à-vis du financement de la santé et des systèmes de santé (20,21,22).

Figure 8. Cadre conceptuel pour comprendre l'organisation des systèmes de financement de la santé (d'après (17))



21. Les sous-fonctions, politiques et relations représentées dans la figure 8 sont communes à tous les systèmes (même si cela n'est pas explicite), qu'il s'agisse de ceux de Beveridge, de Bismarck, de Semashko ou d'une formule intermédiaire. Il est essentiel d'avoir une connaissance détaillée de chacune des cases et des flèches pour comprendre le système de financement de la santé en place dans un pays et, en combinaison avec une évaluation des performances du système sur le plan de la réalisation des objectifs de la politique décrits plus haut, pour pouvoir identifier et évaluer initialement les options en matière de réforme. Le cadre schématisé dans cette figure permet aux responsables de l'élaboration de la politique et aux analystes de gérer ces aspects : il reprend les fonctions et les relations qu'il faut prendre en considération pour concevoir, selon une approche globale et efficace, une politique en matière de financement de la santé et la réforme qu'elle suppose.

22. Nous commençons l'analyse en examinant la colonne centrale de la figure 8, qui correspond aux sous-fonctions du financement de la santé et aux relations de chacune d'entre elles avec la population. Nous passons ensuite à la direction du système de financement. La figure est générale et peut être adaptée à des contextes très divers. Une grande partie de cette diversité tient aux différents dosages d'intégration organisationnelle ou de séparation des fonctions (par exemple, intégration de la collecte des fonds, de leur mise en commun et des achats, comme c'est courant en matière d'assurance privée, ou intégration des achats et des prestations de soins, comme c'est le cas dans certains systèmes publics et organismes privés de prise en charge coordonnée des soins).

Il est essentiel de comprendre le degré de situation monopolistique ou de la concurrence dans la mise en œuvre d'une sous-fonction déterminée (la « structure de marché horizontale »), ainsi que la nature de l'intégration ou de la séparation pour les différentes fonctions (la « structure de marché verticale ») pour comprendre le système dans son ensemble.

23. La sous-fonction de *collecte de recettes* nécessite l'examen des organismes qui collectent les fonds, les méthodes de contribution utilisées et les sources de financement initiales. Le lien entre la collecte et la population découle d'un fait évident mais souvent négligé : la population est la source de tous les fonds (sauf de ceux qui proviennent d'autres pays ou d'organisations d'aide extérieures). Les pouvoirs publics ne sont pas une source, mais se bornent à collecter les impôts. Par conséquent, les catégories généralement utilisées pour classer les sources de financement visent en fait principalement les mécanismes de contribution : recettes fiscales générales (c'est-à-dire dont la destination n'est pas prédéfinie), impôts assis sur les salaires, qui sont généralement affectés à l'assurance maladie obligatoire (souvent appelés « cotisations d'assurance maladie publique »), paiements anticipés facultatifs (habituellement pour l'assurance maladie facultative) et paiements directs des patients lors de l'utilisation des services. Une question essentielle se pose : existe-t-il ou non un lien entre la contribution et le droit (flèche en pointillés qui va de « collecte des fonds » à « population » dans la figure) ? Dans certains systèmes, un tel lien existe (par exemple, lorsque la contribution est versée par les individus ou en leur nom, et que ceux-ci ont droit à des prestations en vertu de cette contribution), tandis que dans d'autres, le droit est conditionné par la citoyenneté ou la résidence. La présence ou l'absence de ce lien entre la contribution et le droit constitue une importante distinction conceptuelle entre un « système d'assurance maladie publique » et un « système reposant sur l'impôt ».

24. Dans son sens le plus général, l'expression *mise en commun des fonds* désigne le regroupement de recettes payées préalablement au nom d'une population. Les fonds destinés à financer les soins de santé sont mis en commun par des organismes publics et privés très divers : ministère de la Santé, antennes de ce dernier, administrations locales, caisses d'assurance maladie publiques, caisses d'assurances à but lucratif et à but non lucratif, et organisations non gouvernementales qui représentent des communautés. Les organismes qui redistribuent des fonds entre les caisses communes, par exemple en vue d'une péréquation en fonction des risques, s'acquittent également d'une fonction de mise en commun des fonds. Les modifications de la façon dont les fonds sont accumulés peuvent influencer non seulement sur la mesure dans laquelle les individus sont protégés contre le risque financier de l'utilisation des soins de santé, mais également sur l'équité de la distribution des ressources sanitaires, l'aptitude des systèmes à fournir des incitations en faveur de l'efficacité dans l'organisation de la prestation des services, et l'efficacité de l'administration globale du système de santé. En conséquence, il est utile d'examiner non seulement l'objectif de mutualisation des risques à des fins de protection financière, mais également la façon dont il serait possible de réorganiser les caisses communes pour faciliter l'accomplissement de progrès relatifs à d'autres objectifs de la politique. Tout comme en ce qui concerne d'autres aspects du système, il est essentiel de comprendre la structure du marché de mise en commun des fonds. À cet égard, il est essentiel de savoir s'il y a concurrence ou monopole : les individus peuvent-ils choisir leur caisse commune (d'assurance) ou celle-ci leur est-elle imposée en fonction de leur lieu de résidence ou de leur profession. En matière de structure du marché, il importe de savoir s'il existe une caisse commune nationale unique ou plusieurs caisses communes, et si (dans le cas de l'existence d'un grand nombre de caisses communes non concurrentes), celles-ci sont territorialement distinctes ou si leurs champs d'action géographiques se recouvrent au moins partiellement.

25. Les *achats* consistent à transférer, pour le compte d'une population, des fonds mis en commun à des prestataires. Combinés avec la mise en commun des fonds, comme l'indiquent les flèches de la figure 8, les achats permettent de couvrir les individus. En d'autres termes, les fonds sont mis en commun et les services sont achetés pour le compte d'une partie ou de l'ensemble de la population. Les questions essentielles soulevées par les achats sont la nature des organismes qui s'acquittent de cette sous-fonction, la structure du marché des achats et les mécanismes utilisés pour procéder aux achats. Les questions mises en jeu par les organismes et la structure du marché sont très semblables à celles qui se posent en matière de mise en commun des fonds étant donné que, dans la plupart des pays, ce sont les mêmes organismes qui rassemblent les fonds et qui achètent les services (à l'exception des organismes chargés uniquement de la redistribution de fonds à d'autres caisses communes). De nombreuses réformes mises en œuvre dans la Région ont porté sur la façon dont les organismes achètent des services, en particulier les incitations à améliorer la qualité et l'efficacité de la prestation des services. De nombreux mécanismes différents sont utilisés pour expérimenter et acheter des services de façon *stratégique*, mais ils font reposer au moins une partie de l'affectation des fonds aux prestataires sur des *informations* concernant leurs performances ou les besoins sanitaires de la population. Des mécanismes déterminés engendrent des changements de la façon dont les contrats sont passés avec des prestataires et des modalités selon lesquelles ceux-ci sont rémunérés, en vue de modifier les incitations et de créer des conditions propices à l'amélioration de la qualité ou de l'efficacité. Ces changements peuvent aller de pair avec des procédures administratives rétrospectives visant à contrôler la qualité et l'adéquation des soins ou, au moins, à déceler la communication d'informations frauduleuses (23). Dans les contextes où il existe un grand nombre d'acheteurs en concurrence, l'organisation d'un environnement cohérent et incitateur, et la minimisation des dépenses administratives improductives des prestataires posent des problèmes considérables en matière de réglementation.

26. La politique concernant les *prestations et la participation des patients aux dépenses* (ticket modérateur, par exemple) porte sur ce qui est peut-être le lien le plus direct entre le système de santé et la population. À cet égard, il est utile de considérer que l'ensemble des prestations est constitué par les services et moyens d'accéder aux services que le ou les acheteurs paieront au moyen des fonds mis en commun. Cette définition implique que ce qui ne fait pas partie de cet ensemble de prestations (exclu totalement ou en partie) doit être payé (intégralement ou en partie) par les patients, dans le cadre ou à l'extérieur du système financé par les pouvoirs publics. Elle met en évidence le lien qui existe entre les prestations et la participation des patients aux dépenses (c'est-à-dire que les services partiellement couverts font l'objet d'une participation aux dépenses). En vertu de cette définition, ces politiques sont incorporées dans le cadre intégré de la politique de financement de la santé et ne sont pas des mesures isolées pour rationner les services, obtenir des recettes supplémentaires ou freiner la demande. En incluant les moyens d'accéder aux services dans la définition, on indique que l'ensemble des prestations est l'un des instruments qui permet d'orienter l'utilisation des services d'une manière souhaitable (par exemple en subordonnant le droit aux soins de spécialistes à l'obligation d'une orientation du patient des soins primaires au spécialiste).

27. L'examen de la conception ou de la révision des ensembles de prestations soulève une série de questions et de considérations. Généralement, on s'emploie à décider des services couverts, tout en s'efforçant d'établir un équilibre entre les méthodes techniques d'évaluation des besoins de santé de la population (24), l'évaluation des technologies, et le rapport coût/efficacité

des interventions (25)⁷ et la nécessité de faire participer les citoyens et des groupes de défense d'intérêts (26) au processus. Cela est essentiel, mais dans certains cas l'importance accordée aux aspects techniques de la définition de l'ensemble des prestations peut conduire à négliger les objectifs fondamentaux de cet ensemble et de ses liens avec la politique globale de financement de la santé. En particulier, cet ensemble est le plus étroitement lié à l'objectif de promotion de la transparence des droits (c'est-à-dire des services disponibles) et des obligations (c'est-à-dire des règles à respecter pour bénéficier des droits, par exemple en versant un ticket modérateur, en acceptant les modalités relatives à l'orientation des patients, etc.). En conséquence, pour que les efforts accomplis soient couronnés de succès, il faut que les individus comprennent leurs droits et leurs obligations.

28. Enfin, la fonction de *direction* (« stewardship ») du système de financement revêt une importance cruciale. Elle est liée à la conception globale du système, à sa gouvernance et au soutien que le niveau hiérarchique supérieur lui offre pour l'aider à mieux fonctionner. À cet égard, il est utile de considérer que les sous-fonctions et les politiques décrites dans la figure 8 constituent un *marché*. Dans tout pays (ou région d'un pays), les organismes qui s'acquittent de cette sous-fonction peuvent être qualifiés, par exemple, de compétitifs, de monopolistiques, etc. Pour aligner efficacement ces marchés sur les objectifs de la politique de financement de la santé, il est nécessaire d'assurer à la fois la communication d'informations et une action réglementaire. En ce qui concerne la fourniture d'informations, il s'agit par exemple de diffuser, à la population et aux prestataires, des informations sur les catégories de la population et les services exemptés de la participation aux dépenses, ou de mettre au point et de diffuser des principes directeurs pour aider les consommateurs à choisir entre assureurs concurrents. Dans le domaine réglementaire, il faut par exemple définir des « périodes d'adhésion libre », qui permettent de changer d'assureur ou de prestataire de soins primaires, ou faire obligation aux acheteurs d'obtenir un second avis avant de refuser certains services aux patients. Des considérations relatives à la conception globale du système de financement sont étroitement liées à cet aspect ; elles vont de l'adoption de mesures précises, telles que la mise en place d'un ensemble normalisé de prestations de base ou d'un système de compensation de risques lorsque plusieurs assureurs se font concurrence, à la question plus générale de mesures qui garantissent que les divers instruments de la politique de financement sont en harmonie les uns avec les autres, ainsi qu'avec les politiques connexes concernant la prestation des services.

Troisième pilier : incorporation de contraintes budgétaires et d'autres facteurs contextuels

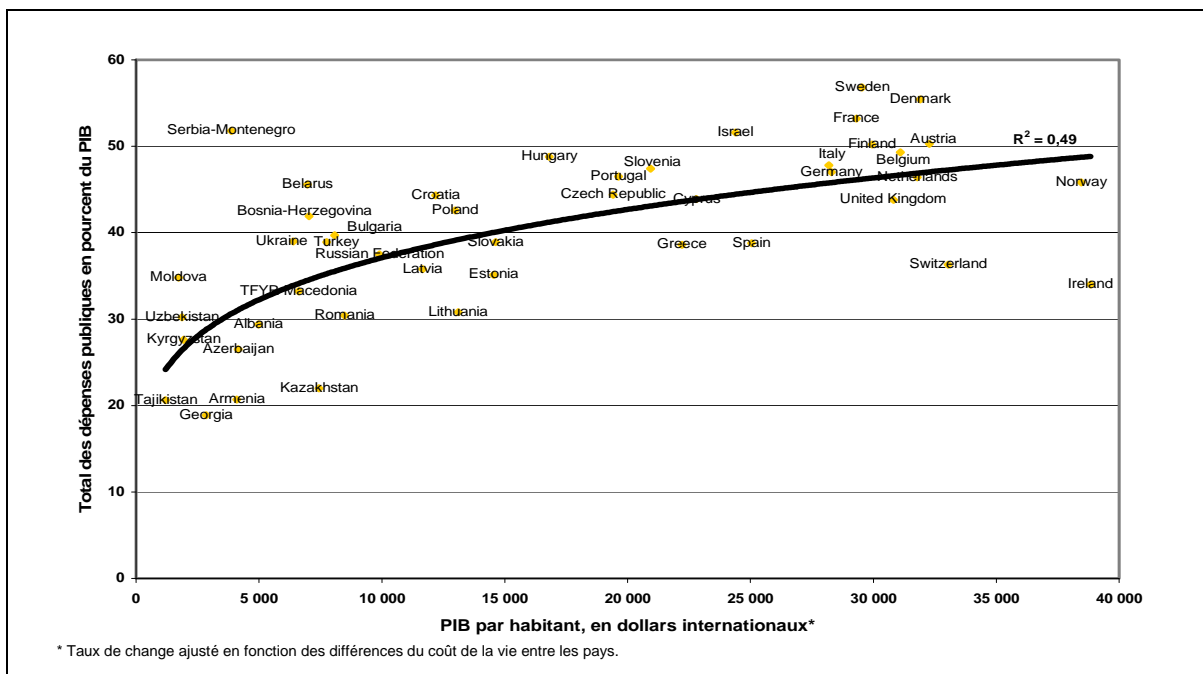
29. Les pays peuvent avoir des valeurs communes et être d'accord sur les grands buts des systèmes de santé et les objectifs de la politique de financement de la santé, mais il existe des facteurs extérieurs au système de santé qui limitent la mesure dans laquelle les différents pays peuvent atteindre ces objectifs, buts et valeurs dans la pratique. En ce qui concerne le financement de la santé, la principale question contextuelle est d'ordre budgétaire. En effet, les

⁷ Outre l'outil WHO-CHOICE, il existe des ressources considérables pour aider les pays dans ces domaines techniques. Le Centre for Reviews and Dissemination de l'Université de York a créé une base de données d'évaluation économique du service national de santé britannique et une base de données d'évaluation des technologies de santé (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/index.htm>), qui contiennent des évaluations économiques d'interventions sanitaires et de technologies de santé, qui font l'objet d'examen critiques. Le Réseau international d'agences pour l'évaluation des technologies de santé (INAHTA) permet d'accélérer les échanges et la collaboration entre les organismes d'évaluation des technologies de santé (http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp). Créé en 1993, l'INAHTA compte actuellement 45 organismes membres dans 22 pays, dont 15 se trouvent dans la Région européenne de l'OMS.

pouvoirs publics doivent obtenir des recettes fiscales⁸ et autres, et établir un équilibre entre celles-ci et l'ensemble des dépenses publiques. Comme les systèmes qui reposent davantage sur le financement public ont tendance à mieux atteindre des objectifs tels que la protection financière, l'équité dans le financement et l'équité dans l'utilisation, le contexte budgétaire est essentiel, car plus l'État dispose d'argent, plus il peut consacrer des fonds à la santé.

30. Une bonne mesure du contexte budgétaire est constituée par le rapport entre les recettes publiques (ou les dépenses) et le produit intérieur brut (PIB). En général, les pays riches ont tendance à être plus efficaces dans l'obtention de recettes fiscales (par rapport à la taille de leur économie). La collecte d'impôts est généralement plus difficile dans les pays pauvres, étant donné qu'une plus grande partie de la population a tendance à vivre dans des zones rurales ou à travailler dans l'économie informelle (27,28). Comme l'indique la figure 9, cette relation entre le revenu national et la capacité budgétaire s'applique aux États membres européens. Les variations des différents pays autour de la tendance indiquent cependant que le PIB par habitant ne détermine pas complètement le contexte budgétaire. Par exemple, les dépenses publiques exprimées en pourcentage du PIB sont à peu près les mêmes en Bulgarie qu'en Espagne, bien que le PIB par habitant de l'Espagne soit plus de trois fois supérieur. De même, l'Irlande et l'ex-République yougoslave de Macédoine ont environ le même rapport entre les dépenses publiques et le PIB, bien que le PIB par habitant soit plus de six fois plus élevé en Irlande. Cela indique également pourquoi il est essentiel de comprendre la situation budgétaire et non uniquement le niveau de revenu lorsqu'on analyse le contexte de la politique de financement de la santé dans un pays déterminé.

Figure 9. Capacités budgétaires et revenu national dans la Région européenne, 2004
(estimations de l'OMS pour les États membres dont la population est supérieure à 500 000 habitants)



⁸ Ces recettes incluent toutes les contributions obligatoires, telles que les impôts sur le revenu et la taxe à la valeur ajoutée, qui font partie de l'ensemble des recettes de l'État, et les prélèvements assis sur le salaire qui sont spécifiquement affectés à la sécurité sociale, y compris les cotisations d'assurance maladie (obligatoire).

31. Les États doivent tenir compte de leurs limites budgétaires ; ils ne peuvent pas simplement dépenser pour répondre à tous les besoins observés dans la société. Le secteur public doit être *budgetairement viable* ; les dépenses et les recettes doivent s'équilibrer. Cela vaut également pour les systèmes de financement de la santé. Cependant, la *viabilité budgétaire est une condition et non un objectif de la politique de financement de la santé* ; les systèmes de financement de la santé doivent être évalués en fonction de la mesure dans laquelle ils atteignent les objectifs de la politique par rapport à ce qu'ils peuvent réaliser, tout en satisfaisant l'obligation de l'équilibre budgétaire⁹. Il existe donc une différence très importante entre l'efficacité et la viabilité budgétaire. De nombreux pays aux prises avec des déficits persistants dans le secteur de la santé sont à juste titre préoccupés par ce problème, mais une volonté trop marquée d'éliminer les déficits peut détourner l'attention d'inefficiences sous-jacentes qui sont la cause du problème. Dans les pays où les hôpitaux publics peuvent transférer leurs déficits à l'État, par exemple, ce manque de responsabilité est une source d'inefficacité dans la gestion des ressources, les déficits étant la manifestation du problème. Certains pays qui se trouvent dans cette situation réagissent en adoptant des plans qui limitent l'ensemble des prestations (en augmentant les obligations de participation des patients aux dépenses) et élargissent la couverture de l'assurance maladie facultative complémentaire pour protéger la population contre ces paiements additionnels. Ces mesures peuvent effectivement réduire temporairement le déficit mais ne s'attaquent pas aux causes fondamentales du problème. En conséquence, les déficits ne peuvent que réapparaître, tandis que les réformes adoptées ont des conséquences néfastes sur les plans de l'équité et de la protection financière (étant donné que les personnes pauvres et malades ont plus de mal à souscrire une assurance maladie facultative). En considérant que la viabilité budgétaire est l'obligation de se conformer à un budget et non un objectif en soi, les responsables politiques peuvent accorder moins d'importance à la réduction du déficit qu'à une conception plus large visant à faire face aux inefficiences existantes en vue de réduire les effets sur les objectifs du système de santé, tout en s'acquittant de l'obligation d'équilibre budgétaire.

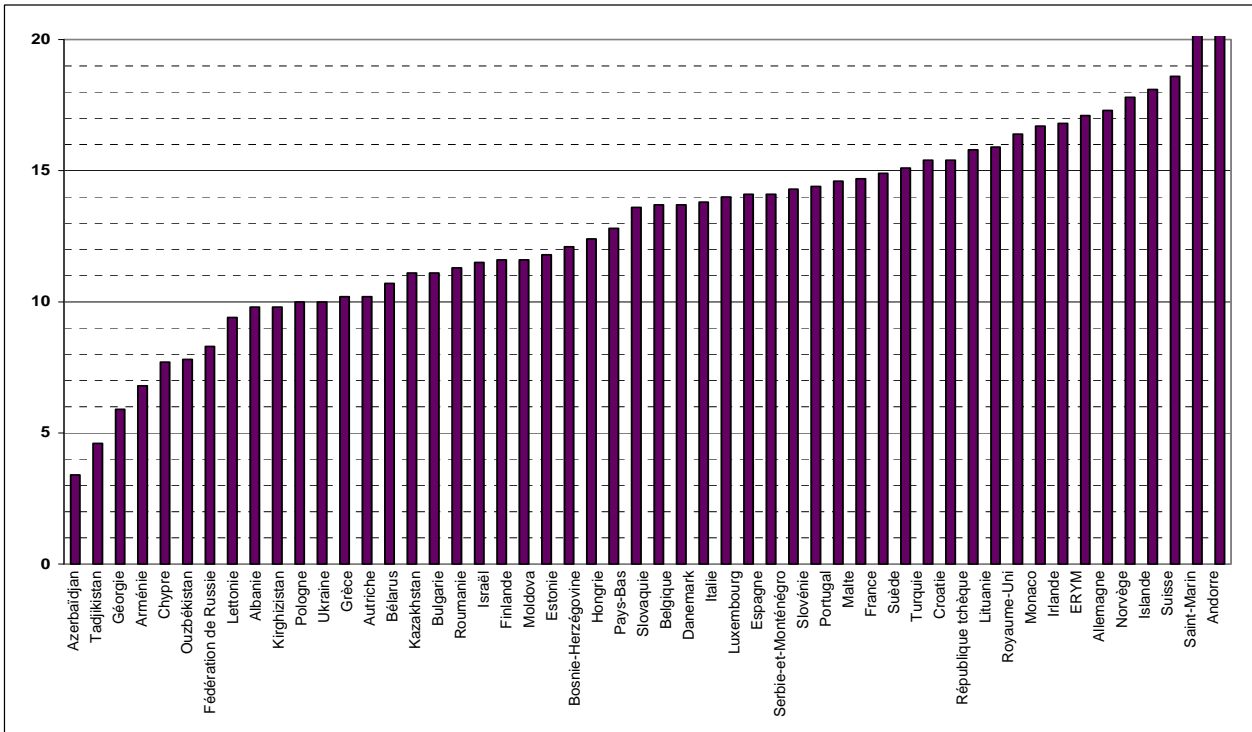
32. La limitation du montant que les pouvoirs publics peuvent consacrer à la santé implique la nécessité d'un rationnement explicite ou implicite, qui exige un compromis entre la réalisation des objectifs de la politique de financement de la santé et la nécessité de l'équilibre budgétaire. Plus l'environnement budgétaire est soumis à des contraintes strictes, plus ces *compromis de viabilité* sont durs. Cependant, comme la mondialisation s'accroît sans cesse, il existe et continuera d'exister des pressions à la baisse des taux d'imposition dans tous les pays, y compris les plus riches, étant donné qu'ils se font concurrence pour attirer des entreprises internationales. La nécessité de faire face à des compromis de viabilité se retrouve donc dans tous les pays. Bien souvent, la difficulté consiste à encourager ces derniers à y faire face en prenant une décision sociale explicite et participative, plutôt que de se contenter de ne rien faire.

33. La viabilité budgétaire est cependant un concept difficile à appréhender. La limitation de l'aptitude des pouvoirs publics à obtenir des recettes fiscales de la population limite leur capacité de dépense et, assurément, les pays ne peuvent pas avoir constamment des déficits budgétaires. Tôt ou tard, il faut mettre en harmonie les dépenses publiques totales avec les recettes publiques disponibles. La *viabilité budgétaire d'un secteur donné*, tel que celui de la santé, est cependant plus difficile à définir. Les montants qu'un État peut consacrer à la santé dépendent en partie du contexte budgétaire et en partie de décisions qu'il prend à l'égard des priorités. Mathématiquement, les dépenses publiques affectées à la santé, exprimées en pourcentage du PIB, sont le produit des dépenses publiques totales en pourcentage du PIB (capacité budgétaire

⁹ Cela est semblable à la distinction entre la réalisation des tâches des systèmes de santé et la performance du système de santé (3).

du gouvernement) et de la part de ces dépenses qui est affectée au secteur de la santé. Comme le montre la figure 10, cette part, qui reflète la priorité que les pouvoirs publics accordent au secteur de la santé¹⁰, varie considérablement dans la Région.

Figure 10. Dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales des administrations publiques, 2004, États membres de la Région européenne de l'OMS (estimations de l'OMS)



34. Compte tenu des contraintes budgétaires globales, des différences de priorités peuvent se traduire par des niveaux très variables de dépenses de santé des administrations publiques en pourcentage du PIB et cela peut avoir des conséquences importantes sur le plan des objectifs de la politique de financement de la santé. En Estonie, par exemple, les dépenses publiques affectées à la santé ont baissé de 5,9 % du PIB en 1996 à 4,1 % du PIB en 2003. Cela a été dû en partie à une réduction globale des recettes fiscales, les dépenses publiques totales passant de plus de 42 % du PIB à légèrement moins de 37 % du PIB au cours de cette période. En même temps, les dépenses de santé ont été ramenées de 14 % à 11,2 % du total des dépenses publiques. Si la même proportion de 14 % des dépenses publiques avait été maintenue, les dépenses de santé des pouvoirs publics se seraient élevées à 5,1 % du PIB en 2003. En outre, il est à remarquer que la part des paiements directs des patients dans le total des dépenses de santé est passée de 11,5 % à 20,3 %¹¹. Cet exemple donne à penser que l'aptitude du système de santé estonien à maintenir les paiements directs des patients à un niveau inférieur (et donc à assurer une meilleure protection financière – en gardant présent à l'esprit l'augmentation des dépenses ruineuses et

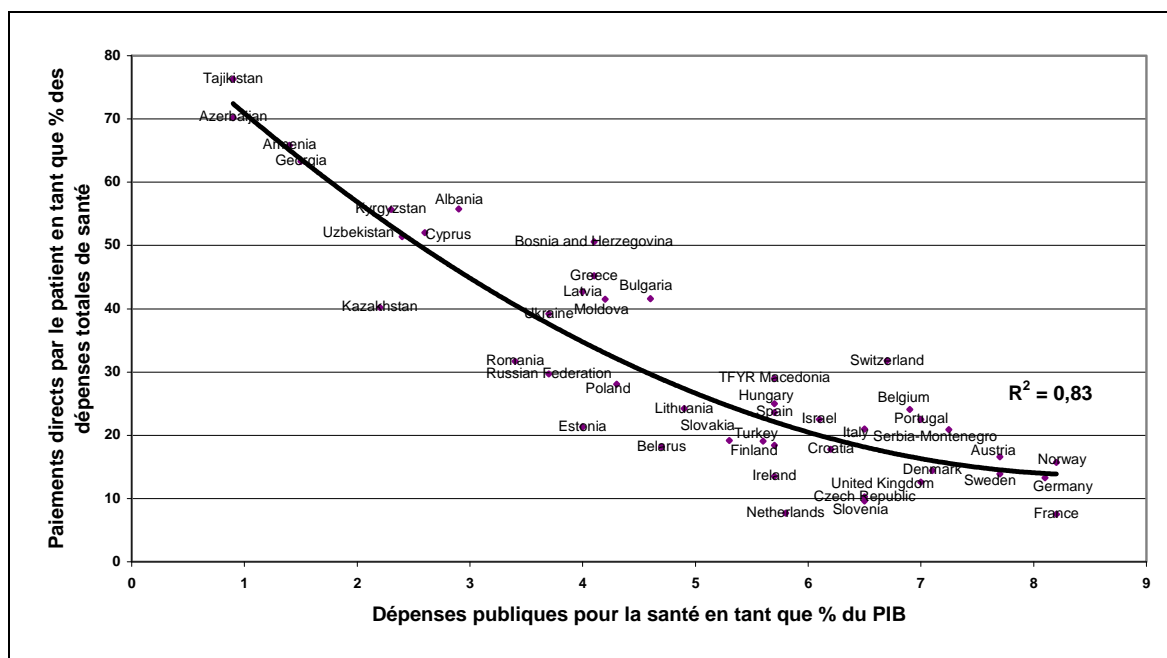
¹⁰ Il est raisonnable d'utiliser la part des dépenses publiques consacrée à la santé comme indicateur des priorités du secteur public, mais il est imprécis de dire que ce pourcentage reflète purement la priorité que l'État accorde à la santé. Il est plus exact de dire qu'il reflète la priorité (implicite ou explicite) qui est accordée à l'affectation de fonds au secteur de la santé.

¹¹ Toutes les données citées ici proviennent des estimations des dépenses de santé des pays établies par l'OMS (<http://www.who.int/nha/country/en/>).

appauvrissantes qui a été observée au cours de la même période, comme l'indique la figure 3 – et un meilleur accès aux soins) a été réduite principalement en vertu d'un « choix » et seulement partiellement pour tenir compte des contraintes budgétaires globales.

35. L'analyse des données sur les dépenses de santé dans la Région (fig. 11) illustre la corrélation inverse forte entre : a) les dépenses des pouvoirs publics affectées à la santé en pourcentage du PIB ; et b) la part du total des dépenses du système de santé qui prennent la forme de paiements directs des patients. En d'autres termes, plus élevées sont les dépenses de santé des pouvoirs publics, moins les patients payent lorsqu'ils utilisent les services, ce qui a des implications pour les objectifs de protection financière, d'équité du financement et d'équité de l'utilisation des services. Bien entendu, il existe des variations autour de la tendance, ce qui indique que le niveau des dépenses publiques ne détermine pas tout ; en effet, la politique en matière de financement de la santé compte elle aussi. Il n'en reste pas moins clair que le niveau des dépenses publiques affectées à la santé, déterminé en partie par les contraintes budgétaires et en partie par les priorités des pouvoirs publics, a des implications importantes pour le potentiel des pays à atteindre les objectifs de leur politique.

Figure 11. Relation entre le niveau des dépenses de santé des pouvoirs publics et la part des dépenses totales qui proviennent des paiements directs des patients, 2004 (estimations de l'OMS pour les États membres européens comptant plus de 500 000 habitants)



36. Les données mentionnées plus haut démontrent que, s'il est vrai que les limites budgétaires ont de l'importance, les priorités comptent également et, dans une certaine mesure, le niveau des dépenses de santé que les pouvoirs publics peuvent « maintenir » relève d'une *décision* qui n'est pas uniquement le produit d'un contexte économique et budgétaire plus large. Cependant, cet exemple ne signifie pas que nous devons simplement préconiser l'allocation de fonds plus importants à la santé. Nous avons suggéré que la viabilité budgétaire n'est pas un objectif de la politique de financement de la santé ; dans le même esprit, l'augmentation du niveau des dépenses de santé ou de la part des pouvoirs publics dans celles-ci n'est pas non plus un objectif

de la politique de financement de la santé. Toute augmentation de ce type doit être justifiée par la capacité du système de santé à transformer une augmentation des recettes en une meilleure réalisation des objectifs. Aspect particulièrement important, comme tous les pays doivent maintenant et devront dans l'avenir faire face à des pressions budgétaires on peut conclure que les systèmes de santé doivent accorder une attention accrue à l'amélioration de l'*efficience* de l'utilisation des ressources. Il est inexcusable de ne pas s'efforcer de tirer le meilleur parti (sur le plan des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la politique) des ressources publiques qui sont dépensées. Il n'y aura jamais suffisamment de fonds pour répondre à tous les besoins d'un système de santé, mais une amélioration de l'utilisation des ressources disponibles est le moyen principal de réduire les difficultés qui résultent des compromis de viabilité.

37. Au-delà des préoccupations budgétaires, qui intéressent tous les pays, d'autres facteurs contextuels peuvent influencer sur la politique de financement de la santé. Chaque pays a ses caractéristiques propres et nous ne pouvons aborder ici tous les facteurs contextuels possibles. Nous en examinerons trois seulement : la structure et les projections démographiques ; les règles régissant le système plus général du financement des dépenses publiques ; et la décentralisation politico-administrative.

38. La structure démographique actuelle et future prévue d'un pays a des incidences importantes sur la politique de financement de la santé. À cet égard, deux constatations sont pertinentes. En premier lieu, les populations relativement âgées ont tendance à avoir besoin de plus de services de santé et à en demander davantage. Par conséquent, les pays qui ont une population plus âgée ou dans lesquels un vieillissement rapide est prévu (comme c'est le cas dans de nombreux États membres de la Région européenne qui ont une faible fécondité et une mortalité peu élevée) doivent probablement faire face (ou devront faire face dans un avenir rapproché) à des pressions à la hausse exercées par les dépenses. Deuxièmement, là où les populations vieillissent et où la fécondité est basse, la taille de la main-d'œuvre productive se réduit par rapport à celle du reste de la population, à moins que le déficit créé par une baisse de la fécondité ne soit comblé par une main-d'œuvre immigrée. Cela a d'importantes implications pour les mécanismes qui peuvent être utilisés pour obtenir des recettes pour le système de santé (28). Compte tenu de la première constatation, les responsables politiques des pays concernés doivent agir de façon globale et systématique, notamment en apportant certaines modifications de la façon de fixer les priorités en matière de dépenses de santé et, aspect peut-être plus important, en adoptant des stratégies pour réformer la prestation des services et des mesures pour favoriser un vieillissement en bonne santé, ainsi que pour renforcer la coordination entre les soins de santé et la prise en charge des personnes dépendantes. La seconde constatation est particulièrement importante dans les pays qui ont largement recours à des cotisations assises sur l'emploi (par exemple sous la forme de prélèvements sur les salaires au titre de l'assurance maladie obligatoire) pour financer leur système. À mesure que le nombre de personnes en âge de travailler se réduira par rapport à l'ensemble de la population, il deviendra essentiel de diversifier les sources de financement public pour couvrir ceux qui n'apportent pas de contributions. En fait, dans la plupart des pays d'Europe occidentale dotés de régimes d'assurance maladie publique, le financement public ne provient déjà plus uniquement de prélèvements assis sur les salaires. Seuls l'Allemagne et les Pays-Bas couvrent plus de 60 % des dépenses totales de santé de cette façon. En Autriche, en Belgique et au Luxembourg, moins de la moitié du total des dépenses est financée par des prélèvements sur les salaires (29). En conséquence, le processus de diversification a déjà commencé. À mesure que la situation démographique évoluera, la diversification se poursuivra et il pourra être nécessaire d'adopter des réformes plus fondamentales pour découpler la couverture santé de l'occupation d'un emploi, afin de soutenir des niveaux plus élevés de protection financière et d'équité.

39. Comme la problématique se situe dans le contexte des finances publiques, il faut comprendre non seulement la capacité de l'État à obtenir des recettes fiscales, mais également le mode de fonctionnement du système de gestion du secteur public en général. Il importe donc de connaître des questions telles que la réglementation applicable à la fonction publique et les règles régissant la gestion financière du secteur public. Le système précité peut constituer un *environnement incitatif* qui permet aux réformes du financement de la santé d'atteindre ses objectifs ou, inversement, peut empêcher la mise en œuvre de certaines réformes du financement de la santé ou constituer des incitations perverses qui ont pour conséquence que les réformes ont des effets indésirables. Fondamentalement, rien n'empêche de mettre en harmonie les objectifs de la réforme de la gestion du secteur public, par exemple une amélioration de la responsabilité pour l'utilisation des fonds publics, avec des réformes du financement de la santé qui visent à améliorer l'efficacité grâce à l'achat stratégique de services et à une autonomie financière accrue pour les gestionnaires d'établissements. Pour y parvenir, il faut assurer une communication efficace entre les personnes qui dirigent les réformes du financement de la santé et celles qui sont responsables de la réforme du secteur public en général.

40. Le degré de décentralisation politico-administrative d'un pays constitue un troisième facteur contextuel essentiel pour la politique de financement de la santé. Dans les pays décentralisés, tels que la Bosnie-Herzégovine, la Suède et la Suisse, l'organisation des systèmes de financement de la santé est à l'image de l'organisation de l'administration publique, ce qui se traduit par un système décentralisé de mise en commun de fonds. Cela n'est pas souhaitable, car les caisses de petite taille ont de moindres capacités de subventions croisées et sont donc moins en mesure d'assurer la protection financière que garantit un certain niveau de financement. En outre, là où la prestation publique des services est également fragmentée, il peut en résulter des inefficiences sous la forme de capacités excédentaires. Cela pose manifestement des problèmes en Suisse (30) et en Bosnie-Herzégovine (31), où l'ampleur de la décentralisation politique est telle que l'aptitude du gouvernement central à compenser les variations d'obtention de recettes est limitée. En Suède, les conseils régionaux et les municipalités mettent en commun les fonds et achètent des services, mais l'ensemble du système fonctionne pratiquement comme s'il n'y avait qu'une seule caisse commune, grâce à la mise en œuvre d'une formule d'affectation des ressources et d'un système d'allocations directes du gouvernement central aux autorités locales (32). Dans chaque cas, ce qui pourrait être « optimal » subit l'influence de facteurs contextuels qui déterminent ce qui peut être réalisé.

41. Les facteurs contextuels mentionnés plus haut et d'autres facteurs de ce type doivent être pris en compte lorsque l'on examine la politique de financement de la santé dans un pays donné. Il est certainement utile et nécessaire de tirer les enseignements de l'expérience d'autres pays, mais il n'est tout simplement pas possible de transférer les instruments de la politique d'un pays à un autre. Pour les responsables nationaux des politiques, la question essentielle consiste à déterminer et à comprendre la façon dont des facteurs extérieurs au système de santé limitent ce qui peut être réalisé et les réformes du financement de la santé qui peuvent être mises en œuvre.

Défis cruciaux pour la politique : fragmentation et mise en harmonie

Les conséquences de la fragmentation : en prendre conscience, les réduire ou y faire face

42. La fragmentation des mécanismes de financement de la santé pose divers problèmes ; en conséquence, dans de nombreux pays, il faut la réduire ou l'éliminer. Les objectifs de protection financière et d'accès aux soins sont le mieux servis par des mécanismes de mutualisation des risques qui maximisent les possibilités de subventions croisées des personnes en bonne santé aux malades ; plus grande est la caisse commune (ou, dit d'une autre façon, plus petit est le nombre de caisses communes pour une population donnée), plus importante est la protection contre les risques (subventions croisées) qui peut être offerte. En Allemagne, avant 1996, le « point de départ » de la réforme était un grand nombre de caisses d'assurance maladie auxquelles les individus devaient s'affilier en fonction de leur profession. Cette fragmentation, combinée à l'aptitude des caisses à fixer leurs propres taux de cotisation, a causé des problèmes d'équité dans le financement du système, étant donné que le montant des cotisations des individus était lié au degré de risque de leur catégorie professionnelle et non à leur aptitude à contribuer. Les réformes du système des caisses ont non seulement donné à tous les salariés le droit de choisir leur caisse mais ont également mis en place un mécanisme qui transfère des fonds entre caisses, de façon à donner une compensation aux caisses dont les affiliés sont exposés à des risques plus élevés (« système de compensation en fonction de la structure de risque »). Ces réformes ont entraîné une réduction des écarts de taux de cotisation entre les caisses (33). Bien qu'un grand nombre de caisses subsiste, le mécanisme de redistribution a réduit dans les faits la fragmentation en créant une « caisse commune unique virtuelle » entre les différentes caisses d'assurance maladie.

43. La fragmentation peut également engendrer des inefficiences dans l'organisation des prestations de services. Dans le système de financement de la santé de l'ex-Union soviétique, par exemple, les fonds étaient mis en commun à chaque niveau d'administration (république, *oblast*, *rayon* ou ville), et les caisses communes qui en résultaient étaient intégrées verticalement dans la fonction d'achat et de prestation de services dans le cadre d'un processus hiérarchique d'établissement d'un budget détaillé. En outre, comme des *rayons* et des villes existent à l'intérieur des *oblasts*, les caisses communes obligatoires se chevauchaient et entraînaient une double couverture par les services pour des personnes qui résidaient à la fois dans une ville et dans un *oblast*. Ce mécanisme organisationnel de financement de la santé et de prestation des services, combiné avec les incitations données par le processus de budgétisation fondé sur les ressources mises en œuvre, contribuait à l'importance de l'infrastructure physique du système médical soviétique. Dans ce contexte, les mesures prises pour faire face aux problèmes de l'infrastructure excédentaire de prestation de services a exigé une réforme du système de financement en vue de créer une caisse commune unique pour l'ensemble de la population d'un territoire, et la séparation entre les systèmes financier et de prestation de services (c'est-à-dire qu'il a été mis fin au processus d'établissement de budgets détaillés). Ces réformes étaient indispensables pour la réduction des inefficiences, grâce à une réduction de la taille des systèmes de prestation des services au Kirghizistan (34) et en République de Moldova (19).

44. Des problèmes sont également engendrés par la fragmentation des mécanismes de financement entre le système de santé « général » et d'autres types de services et de programmes, tels que les programmes de prise en charge des personnes dépendantes et les programmes verticalement organisés de lutte contre les maladies. Aux Pays-Bas, il existe une assurance couvrant les soins de longue durée (AWBZ) pour l'ensemble de la population. Elle est distincte

de la couverture offerte par les caisses d'assurance, qui se font concurrence pour gérer le principal ensemble de prestations (soins aigus), relatif aux services de soins de santé personnels du pays, bien que tant l'AWBZ que les caisses d'assurance soient réglementées par le ministère de la Santé. La concurrence entre les caisses d'assurance maladie incite celles-ci à s'efforcer de réduire leurs coûts et une conséquence non prévue de ce fait est qu'elles tentent de transférer les coûts (et les patients) vers l'AWBZ. Comme cette situation a des effets négatifs sur la continuité et l'efficacité des soins (35), le gouvernement a indiqué son intention de s'attaquer à ce problème.

45. La fragmentation des mécanismes financiers relatifs aux programmes verticaux de lutte contre la tuberculose, le VIH/sida et la toxicomanie dans la plupart des États membres d'Europe orientale est un obstacle à une planification et à la passation de contrats en commun, bien qu'un grand nombre des clients et des groupes à risque qui bénéficient des interventions de ces programmes soient les mêmes. Une fragmentation résulte également de la pratique historique de « programmes de financement », c'est-à-dire de l'attribution de budgets à des programmes qui achètent ou fournissent indépendamment leurs propres ensembles d'interventions pour *leurs* maladies. Il s'agit d'une source d'inefficience car elle dissuade, par exemple, les programmes de lutte contre le VIH et la toxicomanie, respectivement, de coordonner leurs interventions (par exemple en combinant l'échange de seringues ou la thérapie de substitution avec la promotion de préservatifs), bien que ces deux programmes desservent en grande partie les mêmes groupes de population (36). En conséquence, il est urgent de prendre des mesures à l'égard des mécanismes de financement fragmentés dans le cas de ces programmes, afin de permettre l'adoption d'un système plus efficace *axé sur le client*.

Mise en harmonie des instruments de réforme avec les objectifs de la politique

46. Il est essentiel de faire en sorte que les instruments de financement de la santé soient en harmonie les uns avec les autres et avec les objectifs qu'ils sont censés permettre d'atteindre. S'il n'en est pas ainsi, les politiques peuvent être inefficaces ou même nocives. Ainsi, dans de nombreux pays, il existe une inadéquation entre les réformes des achats et le système de gouvernance des établissements de santé du secteur public. Par exemple, il peut être inefficace de changer la façon de rémunérer les établissements du secteur public si leurs gestionnaires n'ont pas le droit de prendre des décisions de gestion financière autonomes (c'est-à-dire s'ils n'ont pas le droit de virer des crédits entre postes budgétaires). De même, l'adoption ou le perfectionnement de méthodes de paiement des prestataires conçues pour transférer le risque financier vers les hôpitaux (par exemple, le paiement d'un montant fixe par patient) risque d'être peu efficace si les prestataires de soins peuvent s'y soustraire. C'est ce qui a été observé en Croatie (37) (où les prestataires d'État peuvent transférer leurs déficits vers le déficit budgétaire), en Pologne (38) (où les hôpitaux publics peuvent reporter leurs dettes d'une année sur l'année suivante) et en Suisse (30) (où les établissements de santé de l'État ne sont pas véritablement tenus de respecter leur budget, dans la mesure où les administrations locales couvrent leur déficit à la fin de la période budgétaire). La prise de mesures pour faire face aux causes profondes des problèmes de bon fonctionnement des systèmes de financement de la santé exige une cohérence entre les stratégies utilisées pour acheter les services et les mécanismes organisationnels et de gouvernance relatifs à la prestation des services.

47. L'octroi d'une importance excessive à la conception d'un instrument de réforme déterminé peut aussi entraîner un manque de cohérence, à moins qu'une attention égale soit accordée aux objectifs de la politique que cet instrument doit soutenir. Par exemple, la conception d'un ensemble

crédible de prestations exige des travaux détaillés pour estimer le coût des services et comparer ce dernier aux recettes attendues, mais il est essentiel que ces calculs *débouchent* sur un ensemble de prestations que les personnes ordinaires puissent comprendre. Ainsi, plutôt que d'être une longue liste d'interventions ou de diagnostics, l'ensemble de prestations doit permettre à une personne quelconque de savoir, par exemple, qu'elle a le droit de se rendre chez son médecin de famille, moyennant le paiement d'un ticket modérateur de 1 euro, mais que si elle consulte directement un spécialiste, elle devra payer beaucoup plus. En d'autres termes, la structure de l'ensemble de prestations et la façon dont il est décrit à la population doivent être en harmonie avec l'objectif d'amélioration de la transparence du système pour la population. Des informations factuelles recueillies dans la Région démontrent que, lorsqu'un ensemble de prestations est très complexe, change souvent ou ne correspond pas du tout aux recettes disponibles dans le système, les paiements informels au titre des soins peuvent être très fréquents (39). Les pays doivent s'efforcer de créer un *processus* d'élaboration d'un ensemble de prestations qui évolue dans le temps, à mesure que la pratique évolue, que les technologies changent, que les données s'améliorent et que l'importance relative des différents objectifs change. Un suivi et une évaluation permanents de la mise en œuvre de l'ensemble des prestations sont essentiels ; dans de nombreux pays, il importe de procéder à des enquêtes auprès des patients pour déterminer les évolutions qui se produisent dans la fréquence et l'importance des paiements informels.

Conclusions : principes et mesures concrètes pour les décideurs politiques

48. La démarche qu'il est suggéré ici d'adopter à l'égard de la politique de financement de la santé comprend un certain nombre de principes et de concepts fondamentaux qui sont repris ci-après.

- Comme dans le cas de tous les aspects de la politique de santé, il est essentiel d'établir une distinction claire entre les objectifs de la politique de financement de la santé (par exemple, améliorer la protection financière ou l'accès aux soins) et les instruments de cette politique (par exemple, créer un système d'assurance, réformer les modalités de rémunération des prestataires, etc.). À cet égard, l'analyse des réformes proposées et mises en œuvre doit porter principalement sur les effets sur la population et sur le système dans son ensemble ; les régimes ne sont pas des systèmes.
- Compte tenu de ce premier principe, il faut comprendre que tous les systèmes de financement de la santé (autres que les paiements directs des patients purs et simples) sont des systèmes d'*assurance* et doivent être évalués en fonction de la mesure dans laquelle ils atteignent les objectifs correspondants pour la population (c'est-à-dire protection financière, équité d'accès, etc.), et non en fonction de la dénomination ou du modèle auquel on rattache le système. Par exemple, les citoyens allemands ne sont pas mieux assurés que les citoyens britanniques pour la simple raison que le système allemand est appelé « assurance » tandis que le système britannique ne l'est pas. De même et tout en relevant que la dénomination peut être très importante dans certains contextes nationaux ou politiques, il est essentiel que les décideurs en matière de financement de la santé n'acceptent pas que la dénomination utilisée pour désigner leur système limite l'examen des options possibles. Il n'existe pas de raison conceptuelle pour laquelle la source des fonds devrait déterminer la façon dont ils sont mis en commun, la façon dont les services sont achetés et le détail avec lequel les droits à prestations sont précisés.

- Il faut non seulement se préoccuper des objectifs de la politique, mais aussi comprendre de façon approfondie l'organisation existante des fonctions et des politiques de financement de la santé, et des facteurs contextuels budgétaires et autres qui conditionnent la faisabilité et les effets attendus de différentes politiques. Les réformes doivent être orientées vers les objectifs de la politique et le cadre descriptif doit être utilisé comme une « liste de contrôle » pour faire en sorte que les instruments de réforme soient *en harmonie* avec les objectifs retenus.
- En raison des pressions budgétaires actuelles et futures attendues, tous les pays doivent redoubler d'efforts pour améliorer l'*efficience* de leur système de (financement de la) santé. L'efficience n'est pas synonyme de viabilité budgétaire ; en conséquence, le souci d'efficience ne suppose pas une volonté absolue de réduire les budgets. Elle exige au contraire une démarche large pour faire en sorte que les fonds affectés à la santé produisent les bénéfices les plus élevés, sur le plan des progrès accomplis vers les objectifs de la politique, compte dûment tenu du fait que les dépenses doivent être compatibles avec les ressources disponibles. Dans cette optique, les conditions (incitations) existant dans l'environnement plus large des finances publiques doivent permettre que les avantages (c'est-à-dire les économies) résultant de toute amélioration de l'efficience restent dans le système de santé et soient utilisés pour améliorer les performances de ces derniers.
- Appliquer, évaluer, apprendre et s'adapter : les réformes du financement de la santé, tout comme les réformes de la santé en général, doivent être mises au point sur la base de fondements solides d'ordre conceptuel et reposer sur des informations factuelles, même s'il faut se rendre compte que tout ne peut être planifié ; il subsiste un degré d'incertitude au niveau de la mise en œuvre et des résultats. En conséquence, la réforme de la politique est autant un art qu'une science, et les décideurs doivent, dans la mesure du possible, faciliter l'apprentissage grâce à la mise en œuvre et à l'évaluation d'expériences pilotes. Il est essentiel que chaque pays institutionnalise des mécanismes d'évaluation des réformes, pour permettre un processus adaptable de mise au point d'une politique de santé en vue de tirer parti des connaissances résultant de la réforme elle-même. En outre, il est important et extrêmement utile que chaque pays tire les enseignements de l'expérience des autres. Comme chaque pays a un contexte particulier et un point de départ des réformes qui lui est propre, cependant, il importe également de se rendre compte que les politiques ne peuvent être transférées d'un pays à un autre.

49. Bien qu'il ne soit pas possible de réduire la politique de financement de la santé ni la politique de santé dans son ensemble à une formule étroite et technocratique, les « trois piliers » constituent pour les décideurs un guide de la façon d'aborder la politique de financement de la santé dans leur contexte national. Les mesures essentielles à prendre sont les suivantes :

- utiliser les objectifs de la politique de financement de la santé comme guides pour déceler un ensemble de problèmes et de priorités propre à un pays sur le plan des performances du système de financement de la santé ;
- accepter que tout se complique quand on entre dans le détail lorsqu'il s'agit d'élaborer une politique efficace de financement de la santé. Il faut procéder à une analyse approfondie du système existant de financement de la santé en utilisant le cadre descriptif pour obtenir une « liste de contrôle », afin de tenir compte de chaque sous-fonction, de tous les mécanismes d'affectation des ressources, des politiques concernant les droits et les obligations de la population, et du mécanisme de direction du système dans son ensemble. Il faut planifier l'ensemble de ce dispositif, et en particulier le flux de fonds, l'ampleur de l'intégration verticale ou la séparation des responsabilités fonctionnelles, et la structure de marché au

sein de chaque sous-fonction, pour obtenir un instrument utile à la compréhension du système existant de financement de la santé, qui est le point de départ de tout programme de réforme. Il faut repérer les domaines fonctionnels essentiels dans lesquels les instruments de la politique ne sont pas mutuellement en harmonie ;

- analyser le contexte budgétaire en collaboration avec le ministère des Finances, en utilisant des données historiques sur les recettes et dépenses publiques, ainsi que des projections relatives à des scénarios probables ;
- identifier et analyser tous les autres facteurs conceptuels extérieurs au système de santé qui peuvent avoir des incidences sur la mise en œuvre ou les conséquences de certaines options de réforme ;
- élaborer un ensemble d'options de réforme axé sur les problèmes de performance prioritaires ou les objectifs du système. Il faut utiliser le cadre descriptif comme guide pour garantir une démarche globale à partir du point de départ actuel et éviter la tentation de recourir à des « solutions miracles » qui privilégient un seul instrument de réforme. Il faut vérifier la validité des objectifs et des options proposés compte tenu de la situation budgétaire, et s'assurer de leur réalisme eu égard au contexte national ;
- faciliter un dialogue public (reposant sur des informations solides) concernant la nature des objectifs et des problèmes du système ainsi que des options de réforme. Il faut faire face aux attentes de la population, qui veut que chacun dispose de tout, en faisant connaître la notion de compromis de viabilité et donc la nécessité d'un certain rationnement. Aucune solution ne satisfera tout le monde, mais il faut indiquer clairement les choix et les compromis ;
- tirer parti, pendant l'ensemble du processus, du fait que chaque pays dans le monde entier éprouve des difficultés à déterminer la façon de reformer son système de financement de la santé. Il faut utiliser les expériences des autres et les enseignements ainsi tirés doivent être adaptés au contexte national.

50. En conclusion, nous tenons à souligner que l'OMS ne possède aucun modèle ou plan concernant la façon d'organiser les systèmes de financement de la santé. En fait, la démarche que nous proposons aux États membres peut se résumer comme suit : 1) utiliser les objectifs de la politique pour déterminer l'*orientation* des réformes du financement de la santé ; 2) comprendre les fonctions et les politiques qui sont à la base du système existant pour déterminer le *point de départ* à partir duquel toute réforme doit commencer ; et 3) comprendre les facteurs contextuels budgétaires et autres pour définir des *limites réalistes* concernant la mesure dans laquelle il est possible de *maintenir à long terme* la réalisation des objectifs de la politique et la gamme de réformes de la politique qui peut être envisagée. En conséquence, si la démarche proposée repose fondamentalement sur un ensemble commun de valeurs et de buts, elle permet également une analyse et des recommandations qui soient propres aux pays et réalistes. D'une manière plus générale, l'OMS est attachée aux objectifs de la politique de financement de la santé, mais non à un type ou à un modèle organisationnel déterminé.

Références

1. Saltman RB, Dubois HFW. The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J (sous la dir. de). *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
2. *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 7).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. Pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
4. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003, 12:921–934.
5. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006, 21(6):421–431.
6. Xu K et al. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers No. 2. WHO/EIP/HSF/PB/05.02).
7. Wagstaff A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3):263–290.
8. *Albania Poverty Assessment*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003 (Report 26213-AL).
9. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002, 11:431–446.
10. Layte R, Nolan B. *Equity in the utilization of health care in Ireland*. Dublin, Economic and Social Research Institute, 2004 (Working Paper 2) (http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/ECuity3wp15LayteNolan.PDF, consulté le 17 janvier 2008).
11. Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:163–178.
12. Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*, 2006, 77:86–102.
13. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6):371–379.
14. *Annual report 2005*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2005 (<http://www.haigekassa.ee/eng/ehif/annual/>, consulté le 17 janvier 2008).
15. Velasco-Garrido M et al. Purchasing for quality of care. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (sous la dir. de). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
16. Purvis GP et al. *Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30).
17. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001, 56:171–204.

18. Duran A, Lara J, van Waveren M. *Health Systems in Transition: Spain*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006.
19. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu, M. *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2008 (à paraître).
20. Saltman RB. A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, 1994, 4:287–293.
21. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995, 32:257–277.
22. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, 41:1–36.
23. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (sous la dir. de). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
24. McKee M, Brand H. Purchasing to promote population health. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (sous la dir. de). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
25. Tan-Torres Edejer T et al. (sous la dir. de). *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.
26. den Exter AP. Purchasers as the public’s agent. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (sous la dir. de). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
27. Schieber G, Maeda A. A curmudgeon’s guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G (sous la dir. de). *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank conference*. Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (Discussion paper No. 365).
28. Gottret P, Schieber G. *Health financing revisited: A practitioner’s guide*. Washington, DC, Banque mondiale, 2006.
29. Busse R, Saltman RB, Dubois HFW. Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J (sous la dir. de). *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
30. *Examens de l’OCDE des systèmes de santé – Suisse*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2006.
31. Cain J et al. *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002.
32. Glenngård AH et al. *Health systems in transition: Sweden*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2005.
33. Dixon A, Pfaff M, Hermesse J. Solidarity and competition in social health insurance countries. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J (sous la dir. de). *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
34. Kutzin J et al. *Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2002 (Policy Research Paper No. 21).

35. De Roo AA, Chambaud L, Güntert BJ. Long-term care in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J (sous la dir. de). *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
36. Alban A, Kutzin J. Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications. Rapport de consultant. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006.
37. Voncina L et al. *Sources of inefficiencies and fiscal deficits in the Croatian health care system, Health Systems Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (à paraître).
38. Hensher M, Edwards N. *WHO workshop on hospital debt in Poland: report of WHO consultants on the recommendations by workshop participants*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.
39. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70:109–123.