



**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC57/Tech.Disc.1  
Août 2010

**Cinquante-septième session**

Original : arabe

**Point 3 de l'ordre du jour**

## **Discussion technique**

### **Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011-2015**

La part des paiements directs pour la santé reste relativement élevée dans de nombreux pays de la Région. De ce fait, chaque année, de nombreux ménages sont exposés au risque de dépenses de santé catastrophiques et de paupérisation. Parallèlement, la mise en œuvre de la protection sociale pour les soins de santé dans les pays à revenus faible et intermédiaire progresse assez lentement. Les orientations stratégiques proposées fournissent des mesures concrètes pour accélérer l'évolution vers la couverture universelle par les soins de santé, tout en reconnaissant la diversité entre les États Membres et en s'appuyant sur des initiatives existantes et des réformes de la politique.

Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.

## Table des matières

Résumé d'orientation.....	i
1. Introduction .....	1
2. Analyse de la situation : caractéristiques et tendances des dépenses de santé dans le monde et la Région .....	2
3. Réponse actuelle et difficultés rencontrées.....	7
3.1 Réponse actuelle .....	7
3.2 Difficultés sur la voie de la couverture universelle.....	8
4. Vers une couverture universelle : financement et prestation de services reposant sur les soins de santé primaires .....	9
5. Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé et accélérer le passage à la couverture universelle .....	9
6. Conclusion .....	13
7. Références .....	14

## Résumé d'orientation

En 2008, les dépenses de santé dans le monde s'élevaient à 5,8 millions de millions de dollars US. Toutefois, les dépenses de santé ainsi que l'utilisation des services de santé par habitant varient considérablement entre les différents pays du monde et de la Région de la Méditerranée orientale et au sein même de ces pays. La part des paiements directs pour la santé reste à un niveau inacceptable, pouvant atteindre 80 % dans certains pays. De ce fait, plus de 150 millions de ménages dans le monde sont confrontés chaque année à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé, et près de la moitié sont poussés vers la pauvreté, en raison des paiements directs dont ils doivent s'acquitter pour les services de santé. En outre, de nombreux ménages sont contraints d'utiliser leurs économies, d'emprunter de l'argent ou de vendre leurs moyens de subsistance pour payer les services de santé nécessaires. Certains ménages renoncent même à rechercher les services nécessaires en temps opportun et vivent avec les conséquences de leurs problèmes de santé, en raison des obstacles financiers. Des études sur l'équité menées dans plusieurs pays à revenu intermédiaire de la Région ont révélé que jusqu'à 5 % des ménages devaient faire face à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé et la moitié d'entre eux s'enfoncent dans la pauvreté. Pour certains groupes vulnérables, les risques sont encore plus importants.

Selon les indications disponibles, les paiements directs sont la principale cause des dépenses de santé catastrophiques des ménages et de ses répercussions. La couverture universelle des soins de santé permet de réduire les paiements directs ainsi que les obstacles financiers à l'accès aux services de santé. L'évolution vers une couverture universelle consiste à réorganiser le système de santé, en mettant l'accent sur ses modes de financement et de prestations des services de santé. Il existe différents modèles pour financer la couverture universelle et fournir des services de santé. Toutefois, les systèmes de financement de la santé et de prestation de services sont interdépendants et l'interface entre ces deux composantes du système de santé est indispensable pour parvenir à une couverture universelle.

Le présent document propose l'examen au niveau mondial et régional du financement de la santé ainsi que six orientations stratégiques et mesures associées afin de faciliter et d'accélérer le passage à la couverture universelle dans la Région : mobilisation de ressources suffisantes pour une couverture universelle ; mise en place de systèmes de prépaiement ; promotion et soutien des achats stratégiques ; promotion, soutien et génération de connaissances pour les politiques de financement de la santé fondées sur des données probantes et mise en place de la couverture universelle ; coordination des partenaires nationaux et internationaux et amélioration de l'efficacité de l'aide ; et suivi et évaluation de l'équité et de l'étendue de la couverture universelle.

De toute évidence, la voie et le temps nécessaire aux différents pays pour atteindre la couverture universelle seront différents. Toutefois, l'expérience des pays ayant récemment atteint la couverture universelle indique que, avec une planification et une volonté politique adaptées, tous les pays peuvent accélérer leur passage à la couverture universelle et que cette dernière est à la portée de nombreux pays de la Région.

## 1. Introduction

L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un droit fondamental de l'être humain inscrit dans la constitution de l'OMS ainsi que dans les constitutions de nombreux États Membres [1]. La santé est également une forme de capital humain et elle contribue à la productivité ainsi qu'à la performance individuelle [2]. En outre, le secteur de la santé est une industrie qui emploie une vaste main-d'œuvre et qui contribue à la croissance et au développement économiques globaux. Selon les données disponibles, les services de santé contribuent en grande partie à une bonne santé. Cela montre l'importance d'une couverture efficace et équitable des services de santé pour promouvoir la santé et le bien-être de la population [3].

Lorsque des membres d'une famille tombent malades, de nombreux ménages sont contraints d'emprunter de l'argent, d'utiliser leurs économies et/ou de vendre leurs moyens de subsistance pour bénéficier des services de santé nécessaires [4]. Chaque année, des centaines de millions de personnes sont demandeuses de services de santé. Ainsi, plus de 150 millions d'entre elles s'exposent à une catastrophe financière et la moitié sont poussés vers la pauvreté car elles doivent régler ces dépenses. Certains ménages renoncent même à chercher les services nécessaires en temps opportun et vivent avec les conséquences des problèmes de santé et de l'incapacité, du fait des obstacles financiers [4]. Selon les indications disponibles, les paiements directs sont la principale cause de catastrophe financière des ménages et de ses répercussions. Par conséquent, l'élaboration de programmes de protection sociale pour les soins de santé – financés par l'assurance-maladie et/ou le budget de l'État – et le passage à une couverture universelle constituent un moyen direct d'alléger la charge associée au besoin et à la demande de services de santé.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2008 fournit un cadre pour le renouveau des soins de santé primaires dans les États Membres [5]. La couverture universelle est l'une des quatre réformes des politiques énoncées dans ce rapport qui a été adoptée mondialement pour le renouveau des soins de santé primaires. Les réformes de la couverture universelle visent à faire en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, en tendant à accélérer l'accès universel aux soins et à la protection sociale en santé.

Les pays de la Région de la Méditerranée orientale accordent la priorité à l'instauration d'une protection sociale et au renouveau des soins de santé primaires dans leurs programmes politiques. Toutefois, il manque à la Région une stratégie globale avec des orientations claires pour accélérer le passage à une couverture universelle. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, axé sur le financement du système de santé et la couverture universelle [6], qui sera publié en novembre 2010, peut faciliter la mise en œuvre de stratégies régionales pour parvenir à la couverture universelle. Le présent document a pour objectif de proposer des orientations stratégiques pour 2011-2015 afin d'améliorer le financement des services de santé dans la Région en réduisant les paiements directs et ainsi diminuer le risque de dépenses de santé catastrophiques et de paupérisation et d'accélérer le passage à la couverture universelle. Les orientations stratégiques proposées sont fondées sur les dernières connaissances régionales et mondiales en matière de financement de la santé et sont le fruit de la consultation de spécialistes régionaux et internationaux du financement de la santé.

Les principaux concepts mentionnés dans ce document sont définis comme suit.

La *couverture universelle* consiste en un système de santé donnant accès à tous à une gamme de mesures de promotion, de services préventifs, curatifs et de réadaptation, sans le risque d'encourir des difficultés financières. Elle contribue à l'équité et la justice sociale. La couverture universelle est un processus à trois dimensions : la largeur (pourcentage de population couverte), la profondeur (gamme des services offerts) et la hauteur (proportion des frais couverts) comme indiqué sur la Figure 1. Les responsables politiques dans les pays en développement, en

particulier les pays à revenus faible et intermédiaire, sont contraints de trouver des compromis entre les rythmes de progression de chacune de ces trois dimensions lors de leur avancée vers l'accès universel. Tout au long du processus, les responsables politiques ont besoin d'établir des priorités dans les services à offrir en premier lieu et ceux à ajouter lorsque des ressources supplémentaires sont disponibles.

Les *paiements directs*, à payer de sa poche, sont les paiements effectués par les ménages au moment de la prestation des services de santé, qui ne sont pas remboursés par un tiers, comme un organisme d'assurance maladie. Ces paiements directs sont les frais réglés aux prestataires de soins de santé privés et publics.

La catastrophe financière correspond à la situation d'un ménage contraint de payer « de sa poche » une part relativement élevée par rapport à sa capacité financière, des coûts des soins de santé : plus de 40 % (dans ce document) du revenu non indispensable à la subsistance du ménage, c'est-à-dire le budget restant une fois les besoins de base satisfaits. Ainsi, les paiements directs des services de santé constituent la cause profonde d'une catastrophe financière pour le budget des ménages.

## 2. Analyse de la situation : caractéristiques et tendances des dépenses de santé dans le monde et la Région

La part des dépenses de santé totales du produit intérieur brut mondial est passée de 3 % en 1948 à plus de 9,6% en 2008 [7]. La demande de services de santé augmente dans le monde et dans la Région de la Méditerranée orientale, pour les raisons suivantes : augmentation du PIB par habitant dans la plupart des pays ; introduction de nouvelles technologies, parfois coûteuses, qui a une influence sur les attentes des patients et des prestataires de santé ; et transitions épidémiologiques et démographiques. Dans le monde, les dépenses de santé s'élevaient à 5,8 millions de millions de dollars US en 2008 contre 2,7 millions de millions de dollars US en 1998. Cela équivaut à un taux de croissance annuel des dépenses de santé par habitant de 6,6 %. Toutefois, il existe des inégalités importantes en matière de dépenses de santé entre les pays et au sein de ceux-ci. En effet, les pays à revenu élevé représentaient 15 % de la population mondiale

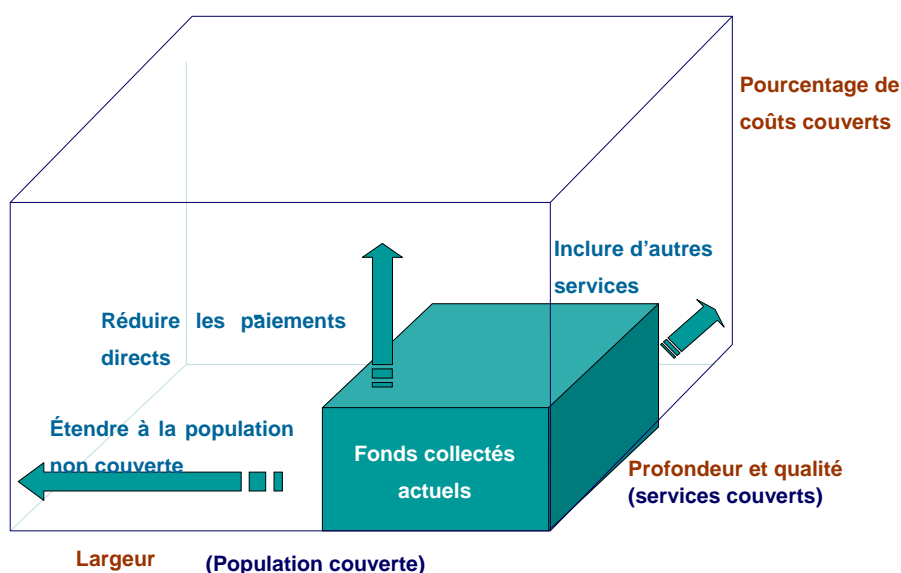


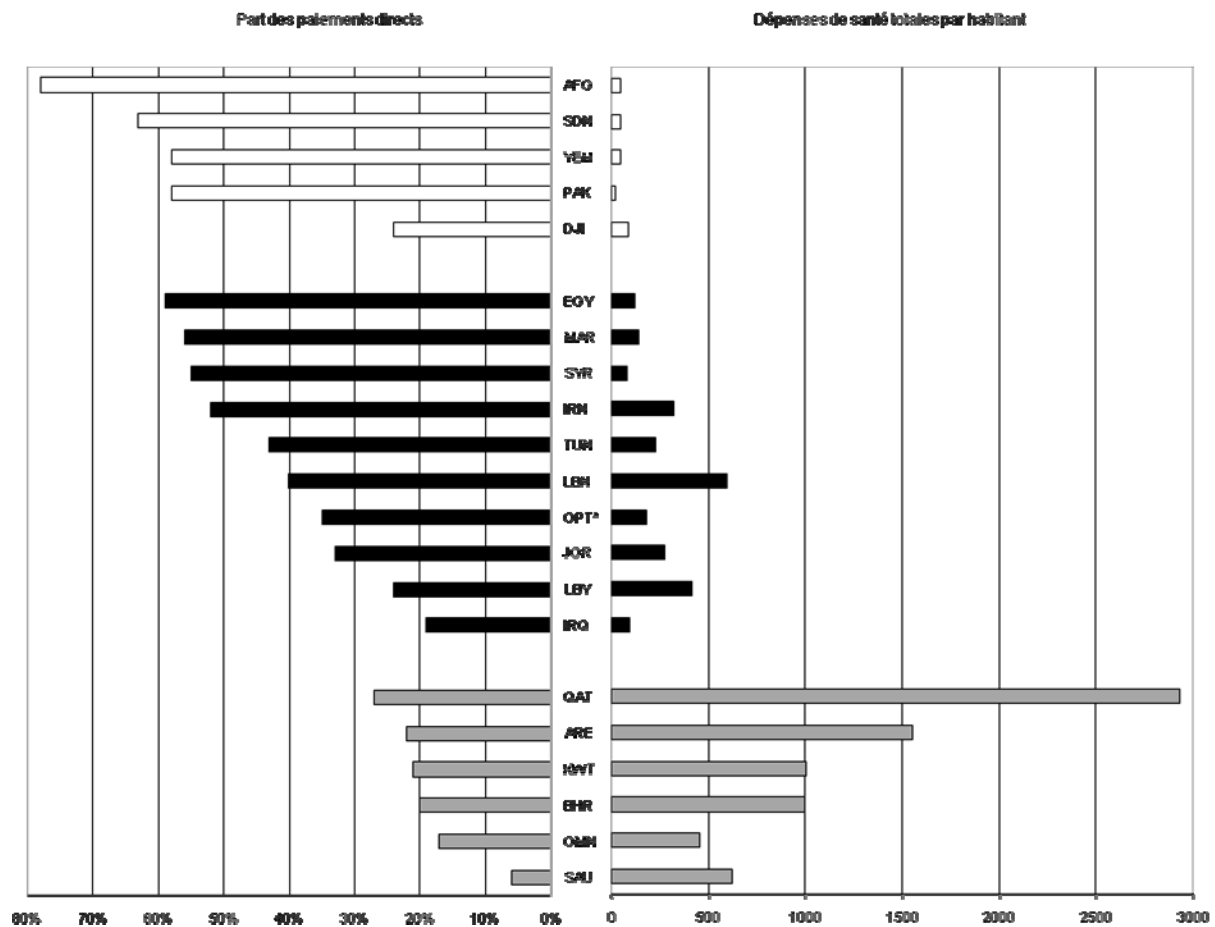
Figure 1. Vers une couverture universelle

en 2008, mais environ 84 % des dépenses de santé totales dans le monde. Parallèlement, les pays à revenu faible représentaient 15 % de la population mondiale, mais seulement 0,4 % des dépenses de santé totales dans le monde. On observe le même phénomène dans la Région de la Méditerranée orientale, où les dépenses de santé totales ont atteint 92 milliards USD en 2008, ce qui représente 1,6 % des dépenses de santé dans le monde pour 8 % de la population mondiale. Ici aussi, les pays à revenu élevé de la Région représentent 6,6 % de la population, mais plus de 34 % des coûts de santé totaux dans la Région en 2008.

Parallèlement, les pays à revenu faible de la Région représentaient 36 % de la population en 2008 mais seulement 6,1 % des dépenses de santé totales régionales [7].

En 2008, les dépenses de santé par habitant dans la Région variaient de moins de 25 USD à plus de 2 900 USD (Figure 2), alors qu'elles dépassaient 3 500 USD dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La part des paiements directs dans de nombreux pays de la Région s'élève à plus de 50 % - et elle est proche de 80 % dans certains pays.

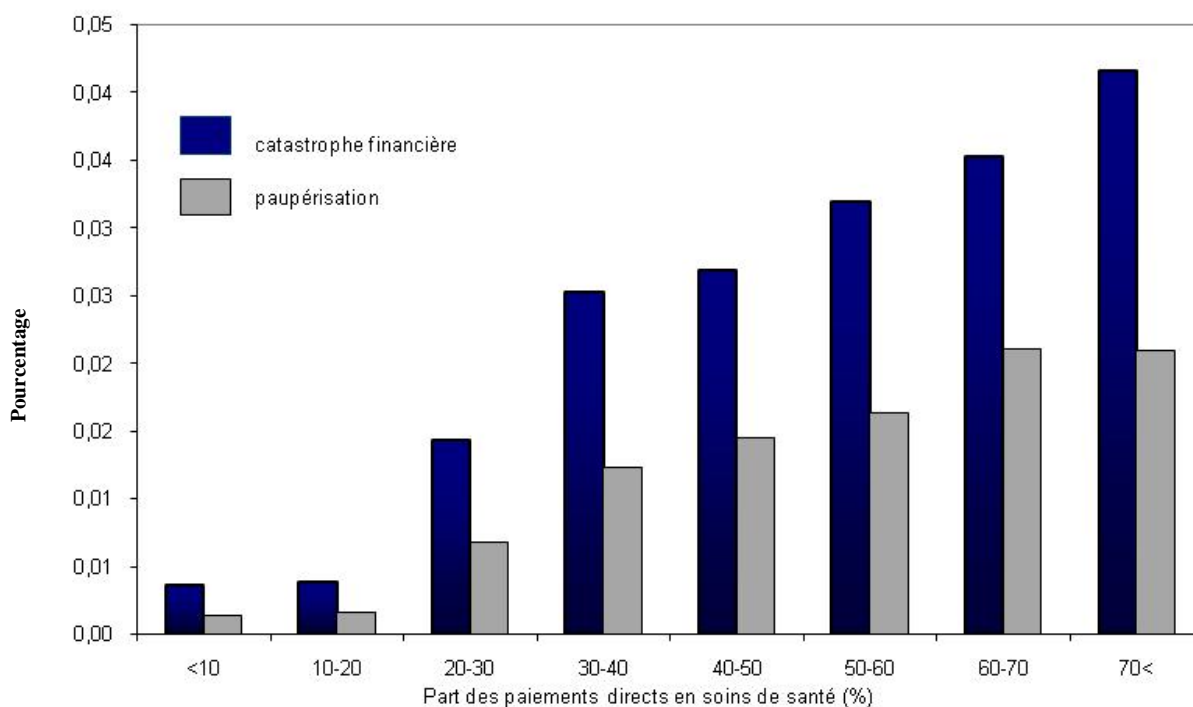
On observe également d'importantes variations dans les dépenses de santé par habitant et les paiements directs au sein de différents groupes socio-économiques des pays du monde et de la Région de la Méditerranée orientale. La plupart des variations constatées dans les dépenses de santé des ménages s'expliquent par des différences de revenus. Ainsi, en moyenne, les ménages qui se situent dans le décile de revenu le plus élevé dépensent beaucoup plus pour leur santé (dans certains pays, plus de 15 fois plus) que ceux qui se situent dans le décile inférieur. La différence est bien plus prononcée dans les pays où les services de santé dispensés par le secteur public restent faibles.



Source : [7]

\*Données préliminaires

**Figure 2. Part des paiements directs et des dépenses de santé totales par habitant, Région de la Méditerranée orientale, 2008**



Source : Siège de l'OMS, base de données de l'unité Financement des systèmes de santé, non publié

**Figure 3. Pourcentage des ménages confrontés à une catastrophe financière et une paupérisation en raison des paiements directs**

La part des paiements directs dans le monde est l'un des indicateurs les plus importants mettant en évidence l'absence de protection sociale en santé dans les pays. La Figure 3 montre le pourcentage de ménages menacés par une catastrophe financière pour leur budget et la paupérisation en raison des paiements directs ainsi que le lien entre l'incidence de la catastrophe financière et la paupérisation. Elle indique clairement une chute sensible de la catastrophe financière et de la paupérisation lorsque la part des paiements directs est inférieure à 20 %, comme c'est le cas dans les pays qui ont atteint la couverture universelle.

Ces dernières années, de nombreux pays dans le monde et dans la Région de la Méditerranée orientale ont pris des mesures pour réduire la part des paiements directs et étendre la protection sociale en santé de leur population. Certains gouvernements ont introduit et étendu des programmes d'assurance-maladie. D'autres ont tenté de passer à la couverture universelle en élargissant les programmes publics, en totalité ou partiellement, financés par le budget de l'État. Le Tableau 1 montre le pourcentage du budget de l'État consacré aux ministères de la Santé dans la Région. La part du budget de l'État allouée à ces derniers varie considérablement. La variation observée s'explique partiellement par la tranche importante du budget gouvernemental issu du PIB et les différents rôles et fonctions des ministères de la Santé dans les différents pays. Toutefois, la part du budget public alloué au ministère de la Santé dans certains pays semble faible. De ce fait, les ministères de la Santé dans ces pays risquent de ne pas pouvoir assumer leur rôle de principale institution de développement sanitaire.

La Figure 4 révèle la tendance en matière de dépenses publiques et de paiements directs par habitant pour la santé en prix constants pour certains pays de la Région. On observe la même tendance dans tous les autres pays de la Région. Cette tendance indique que tous les gouvernements de la Région ont augmenté le budget alloué à la santé ces dix dernières années.

**Tableau 1. Pourcentage du budget public alloué  
au ministère de la Santé**

Pays	Budget du ministère de la Santé en % du budget public	Année
Afghanistan	5,3	2007
Bahreïn	7,8	2007
Djibouti	7,2	2003
Égypte	2,3	2007
Iran (République islamique d')	6,0	2008
Iraq	4,4	2007
Jordanie	7,0	2008
Koweït	5,1	2008
Liban	3,3	2008
Jamahiriya arabe libyenne	7,5	2007
Maroc	5,0	2006
Oman	4,6	2007
Palestine	11	2008
Qatar	5,1	2007
Arabie saoudite	5,6	2008
Soudan	3,0	2006
République arabe syrienne	4,1	2008
Tunisie	7,1	2006
Émirats arabes unis	7,0	2007
Yémen	4,0	2006

Source : [8]

On observe également que les paiements directs des ménages ont eux aussi augmenté dans tous les pays de la Région à la même période, à l'exception notable du Liban [9]. Le Liban a pu réduire les paiements directs des ménages par plusieurs mesures, notamment en remplaçant les médicaments de marque par des génériques et en renforçant les soins de santé primaires.

Dans les pays disposant de données de séries chronologiques, le pourcentage des ménages en situation de catastrophe financière n'a pas baissé, malgré l'augmentation des dépenses publiques de santé par habitant en prix constants (Bureau régional de la Méditerranée orientale, données non publiées sur la catastrophe financière et le risque de paupérisation, issues des pays suivants : Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Maroc, Palestine et Tunisie, 1997-2006). Cette observation concorde avec la corrélation observée entre les dépenses publiques de santé par habitant et les paiements directs des ménages par habitant, où l'augmentation des dépenses publiques de santé, dans de nombreux pays, s'accompagne d'une augmentation des paiements directs. Comprendre cette corrélation a des implications importantes pour les stratégies des pays vers une couverture universelle. L'augmentation des dépenses publiques en soi ne se traduira pas nécessairement par la baisse des paiements directs.

Il existe plusieurs explications plausibles à cette observation. Premièrement, d'autres facteurs ayant une influence sur les dépenses de santé, comme l'augmentation du revenu par habitant, l'introduction de nouvelles technologies de la santé et la transition épidémiologique et démographique, peuvent entraîner une hausse des dépenses totales de santé – y compris les paiements directs. Par ailleurs, l'augmentation des dépenses publiques semble ne compenser que partiellement l'augmentation de la demande pour les soins de santé. Deuxièmement, l'élargissement des programmes de santé publics peut entraîner une demande de services de santé



non couverts par les programmes existants financés par l'État. Par exemple, l'introduction d'un programme de dépistage du cancer du sein financé par le gouvernement, sans un programme de traitement associé également financé par l'État, pourrait entraîner une augmentation des paiements directs. Dans ce cas de figure, les femmes ayant bénéficié d'un dépistage qui s'est révélé positif pour le cancer du sein, cherchent un traitement qu'elles doivent régler personnellement. Cet exemple montre que les ménages sont contraints de payer des services de soins supplémentaires dans le secteur privé, ce qui entraîne une augmentation des paiements directs et une privatisation passive de la prestation de services. En résumé, les soins de santé publics et privés peuvent être complémentaires et pas simplement se substituer directement les uns aux autres.

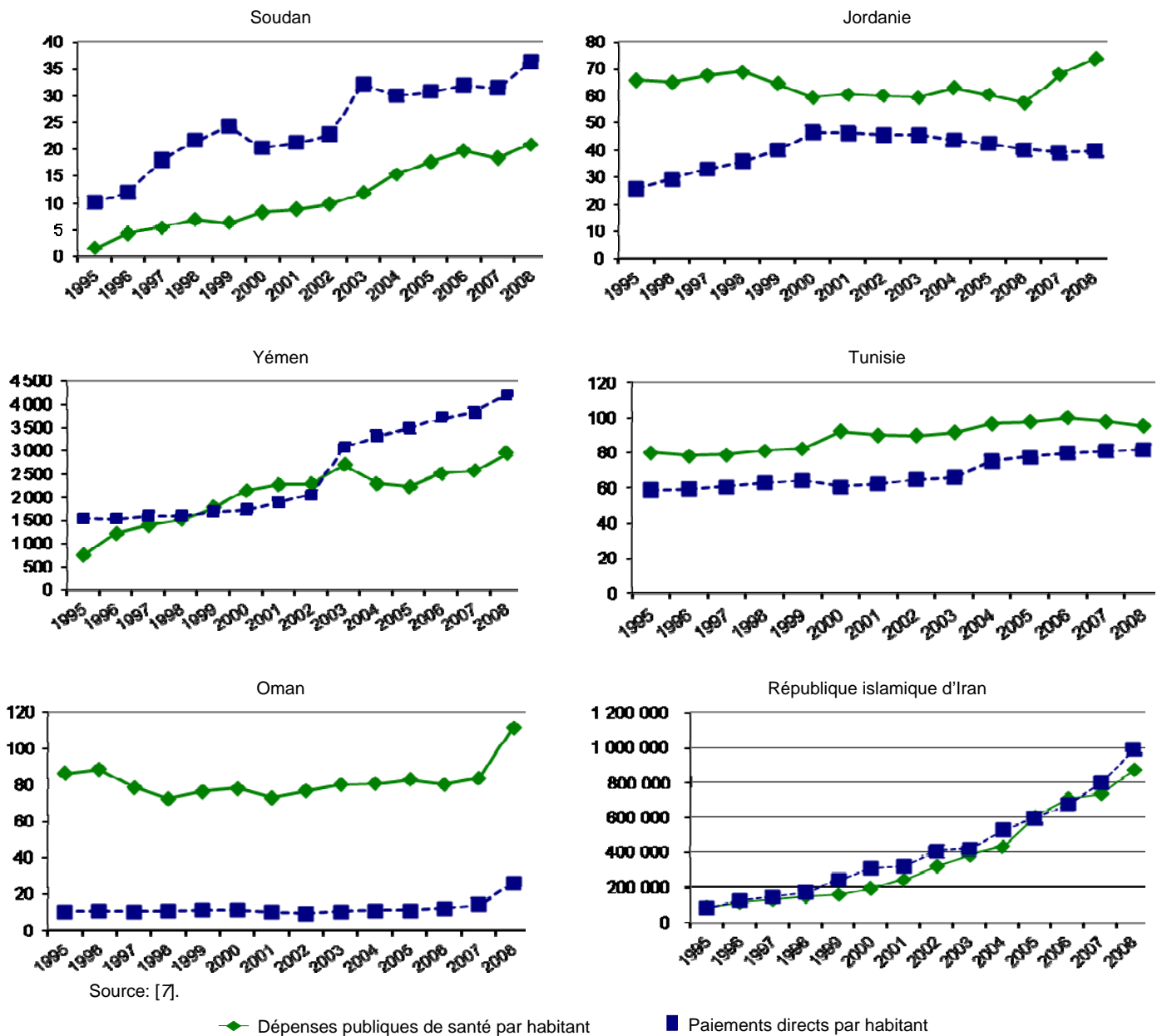


Figure 4. Dépenses publiques de santé et paiements directs généraux par habitant dans certains pays de la Région, 1995-2008 (prix constants de 2000 en monnaie locale)

**Encadré 1. La réforme peut être efficace : les réformes du Liban axées sur les soins de santé primaires ont permis d'améliorer l'efficacité du système de santé et de réduire les paiements directs**

La première série d'analyses des comptes nationaux de la santé effectuée en 1998 a révélé que le Liban consacrait 12,4 % de son PIB à la santé, le taux le plus élevé de la Région de la Méditerranée orientale, avec une forte proportion de paiements directs (60 %) touchant principalement les groupes à revenus inférieurs. Il a également été constaté que les médicaments représentaient le principal poste de dépenses de santé des ménages. Depuis la publication du premier rapport sur les comptes nationaux de la santé, le ministère de la Santé a effectué une série de réformes visant à limiter les coûts des soins et améliorer l'équité ainsi que l'efficacité globale du système de santé.

Les réformes politiques mises en œuvre par le ministère de la Santé étaient, et sont encore, axées sur les soins de santé primaires, en tant que système plus équitable et d'un bon rapport coût-efficacité pour la prestation de services, dans un pays dominé par la prestation privée à différents niveaux du système de santé. Les réformes politiques ont été axées sur la réorganisation du réseau de soins de santé primaires, sur l'amélioration de l'accès aux hôpitaux publics, sur l'élaboration d'un système d'accréditation pour les hôpitaux et l'amélioration de l'usage rationnel des technologies médicales, avec notamment une introduction accrue des médicaments génériques de qualité garantie dans le système des soins de santé. Parallèlement, le ministère de la Santé a également renforcé son rôle moteur et de gouvernance en mettant en place une autorité nationale de réglementation pour la santé et la technologie biomédicale.

Les résultats sanitaires, tels que reflétés dans l'espérance de vie, les indicateurs de morbidité et de mortalité et l'utilisation de services de prévention, de promotion et de soins, se sont améliorés depuis 1998. Les comptes nationaux de la santé en 2005 ont révélé une forte amélioration de la fonction de financement des soins de santé. Le pourcentage des dépenses publiques par rapport au PIB est passé de 12,4 % à 8,4 % et les paiements directs ont baissé, passant de 60 % à 44 %. L'accès aux services de soins de santé primaires et aux services des hôpitaux publics pour les pauvres a été élargi.

L'analyse indique que l'augmentation seule des dépenses publiques en santé ne débouchera pas sur la couverture universelle dans toutes ses dimensions (largeur, profondeur et hauteur), ni sur la baisse de l'incidence de la catastrophe financière pour le budget des ménages et de leur paupérisation. En effet, l'augmentation des dépenses publiques pour la santé semble être une condition nécessaire, mais pas suffisante. De ce fait, le passage à la couverture universelle devrait être planifié comme une réforme de tous les éléments constitutifs du système de santé, et devrait reposer sur les soins de santé primaires pour obtenir les effets escomptés. Cela indique que les ministères de la Santé, qui sont les principales institutions dans le secteur de la santé, doivent renforcer leur action. Dans le cas du Liban par exemple, les réformes des politiques et le passage aux soins de santé primaires ont permis de réduire les dépenses de santé par habitant et les paiements directs (Encadré 1).

### **3. Réponse actuelle et difficultés rencontrées**

#### **3.1 Réponse actuelle**

La plupart des pays de la Région ont pu prendre des mesures pour améliorer la protection sociale de leur population, bien que certains soient confrontés à des situations d'urgence complexes.

Suite à la résolution EM/RC51/R.6 du Comité régional sur l'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement et la résolution WHA58.33 de l'Assemblée mondiale de la Santé intitulée Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale, plusieurs pays ont tenté de progresser en introduisant et/ou élargissant plusieurs mesures de protection sociale. Par exemple, la plupart des pays du Conseil de Coopération du Golfe ont pris des mesures pour introduire des programmes de protection sociale pour les expatriés. L'Égypte, la République islamique d'Iran, la Jordanie et le Maroc ont pris des mesures pour

élargir la couverture par des programmes de protection sociale existants, comprenant un système d'assurance maladie, et certains sont proches de la couverture universelle. Le Soudan tente d'améliorer la couverture de son système d'assurance maladie dans l'État de Khartoum. Le Yémen devrait prochainement promulguer une loi sur l'assurance maladie pour couvrir les fonctionnaires et les agents du secteur formel. Toutefois, les systèmes de soins de santé dans les pays à faible revenu de la Région restent largement sous-financés et dépendent en grande partie des contributions des bailleurs de fonds. En outre, la plupart des pays à faible revenu sont confrontés à des situations d'urgence complexes qui entravent leur vision à long terme permettant d'élaborer des programmes de protection sociale. Aujourd'hui, ces pays se rendent compte que l'élaboration et le financement d'un ensemble de prestations de base couvrant toute la population, conformément aux recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, sont hors de leur portée.

La plupart des pays tentent d'utiliser plus efficacement leurs ressources disponibles par l'introduction de principes et outils économiques, une gestion efficace et le renforcement des soins de santé primaires. Parmi les outils économiques, on peut citer : comptes nationaux de la santé, enquêtes sur les dépenses en santé des ménages et leur utilisation des services de santé, et calcul des coûts des services de santé aux différents niveaux de soins. Certains pays ont également évolué vers l'introduction d'achats sélectionnés pour leur performance, en ayant recours à la capitation et aux groupes homogènes de diagnostics. En outre, afin de réduire les dépenses en matière de médicaments et renforcer la qualité et l'efficacité, certains pays - surtout ceux du Conseil de Coopération du Golfe – ont recours à l'achat en gros et substituent les médicaments de marque, plus coûteux, par des génériques.

### **3.2 Difficultés sur la voie de la couverture universelle**

Tous les États Membres sont confrontés à des difficultés qui entravent leurs efforts vers une couverture universelle. Les principales difficultés sont les suivantes :

- absence de vision stratégique efficace pour le financement des soins de santé dans de nombreux pays ;
- capacité limitée des gouvernements dans les pays non exportateurs de pétrole à prélever des impôts afin de créer l'espace fiscal nécessaire à la fourniture d'une protection sociale pour la population ;
- systèmes de prestation et de financement de la santé fragmentés avec une mauvaise coordination entre les parties prenantes nationales et internationales ;
- absence de coordination et de collaboration entre les partenaires internationaux ;
- développement du secteur privé non réglementé, entraînant une demande induite par les prestataires ;
- persistance des taux élevés de paiements directs dans la plupart des pays malgré les efforts des gouvernements pour les réduire ;
- difficulté à étendre la protection sociale au secteur informel, qui constitue une large part de la population dans de nombreux pays ;
- capacités limitées pour l'utilisation rationnelle des rares ressources, notamment l'établissement de priorités et l'utilisation de la technologie ;
- situations d'urgence complexes dans plusieurs pays, ce qui rend difficile l'élaboration de plans à long terme, plans requis pour fournir une protection sociale à leur population.

#### **4. Vers une couverture universelle : financement et prestation de services reposant sur les soins de santé primaires**

Le financement de la santé se compose de trois fonctions : collecte, mise en commun et achat.

1. *Collecte* : collecter des fonds suffisants et durables de façon équitable afin de fournir à tous les individus une gamme de services de santé nécessaires et les protéger contre le risque de dépenses de santé catastrophiques et de paupérisation.
2. *Mise en commun* : gérer les fonds collectés, afin de répartir équitablement et efficacement les risques sanitaires, permettant le glissement des ressources des nantis vers les pauvres, des bien-portants aux malades, ainsi que des actifs aux personnes dépendantes.
3. *Achat* : utiliser les fonds regroupés pour acheter divers services de santé de façon efficace et sélectionnés pour leurs performances, incitant les prestataires et les consommateurs à adopter une ligne de conduite efficace. Pour ce faire, les questions suivantes doivent trouver une réponse : quels services acheter, pour qui et à qui, et comment régler les prestataires.

La couverture universelle sera possible uniquement si les fonctions ci-dessus sont remplies et réglementées de façon satisfaisante - condition nécessaire mais pas suffisante, comme indiqué dans la partie 2. Le passage à une couverture universelle consiste à réorganiser le système de santé et tous ses éléments constitutifs, en mettant l'accent sur le financement et la méthode de gestion du système et la prestation des services de santé. Il existe différents modèles pour financer la couverture universelle (par exemple, assurance maladie, fonds publics, etc.) et pour fournir des services de santé (par exemple, médecine familiale fondée sur les soins de santé primaires). Toutefois, les modèles de financement de la santé et de prestation de services sont interdépendants et l'interface entre ces deux composantes du système de santé est indispensable pour parvenir à une couverture universelle.

La scission institutionnelle entre le financement de la santé et la prestation de services est possible, voire recommandée dans certains cas. Par exemple, le système de santé pourrait être financé par le secteur public afin de permettre la solidarité et une plus large répartition des risques, tandis que les services de santé pourraient être fournis par les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales, afin de permettre la concurrence entre les prestataires et offrir le choix aux patients. Toutefois, la scission institutionnelle entre le financement de la santé et la prestation de services, lorsqu'elle existe, ne signifie pas que les fonctions de financement de la santé et de prestation de services de santé sont indépendantes. L'élaboration et la mise en œuvre de la fonction d'achat se font lorsque les deux éléments constitutifs du système de santé sont liés et donc doivent être synchronisés.

#### **5. Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé et accélérer le passage à la couverture universelle**

L'objectif du financement de la santé est d'atteindre la couverture universelle et de protéger la population contre le risque de dépenses de santé catastrophiques et de paupérisation. Cela nécessite une mobilisation équitable et une utilisation efficace de fonds suffisants. En outre, il ne devrait pas y avoir d'obstacles financiers ou physiques à l'accès aux services de santé nécessaires pour tous. De plus, le système devrait être pérenne et suffisamment flexible pour faire face aux nouvelles difficultés.

Il n'existe pas de voie unique vers la couverture universelle adaptée à tous les pays de la Région. Il faut noter que selon le Rapport sur la santé dans le monde 2002, jusqu'à 70 % de la charge de morbidité peut être évitée par la prestation de services et programmes de prévention primaire et de promotion de la santé. Ces services et programmes (également appelés services en population

ou services non personnels), entraînent des bienfaits externes mesurables, et incluent des biens publics tels que l'eau potable et l'assainissement, et des services tels que la promotion de la santé et la vaccination. De ce fait, le financement et la prestation de services en population restent l'unique responsabilité du gouvernement, quel que soit le choix des options de financement de la santé et de prestation de services s'y rapportant.

Par ailleurs, la responsabilité de l'État consistant à veiller à ce que les pauvres et les groupes vulnérables bénéficient de services de santé de qualité au moyen d'un réseau de soins de santé primaires performant, ne doit pas être minimisée. Ces programmes sont financés par l'État par le biais de l'impôt et d'autres sources de revenu et sont souvent, mais pas toujours, exécutés au moyen d'installations publiques ou sous-traités à des organisations non gouvernementales nationales et internationales.

Enfin, dans tous les pays de la Région, le secteur privé a besoin d'être réglementé, mais doit aussi être considéré comme un partenaire ayant la capacité d'améliorer la performance du système de santé. Son rôle et la place qu'il occupe dépendent de la capacité ou non du secteur public à assurer une couverture nécessaire de qualité acceptable.

Six orientations stratégiques et actions correspondantes sont présentées ici. Il faut noter que toutes les orientations stratégiques sont applicables à tous les pays de la Région, quelle que soit l'étape de développement. Toutefois, certaines actions recommandées peuvent être plus impératives dans certains pays.

#### **Orientation stratégique 1 : mobiliser suffisamment de ressources pour la couverture universelle**

Les gouvernements et leurs partenaires de développement doivent préconiser l'investissement dans la santé et son fort taux de retour économique tel que recommandé par la Commission Macroéconomie et Santé. Il faut noter que les membres de l'Organisation de l'unité africaine se sont engagés, dans la Déclaration d'Abuja en 2000, à fixer comme cible une allocation d'au moins 15 % de leur budget public annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Toutefois, la part du budget public allouée à la santé dans le plupart des pays de l'Organisation de l'unité africaine est loin de la cible.

##### *Actions recommandées*

- Plaider en faveur de la santé en tant que droit de l'être humain.
- Promouvoir l'impact potentiel de la santé sur la croissance économique, en se basant sur les données disponibles.
- Améliorer le dialogue politique avec le ministère des Finances, le ministère de la Planification et le Parlement.
- Proposer des cibles pour l'allocation de ressources publiques pour la santé, y compris une allocation de 8 % pour le ministère de la Santé.
- Introduire des taxes spéciales au bénéfice de la santé et des impôts sur les produits malsains, comme les taxes sur le tabac et l'alcool.

#### **Orientation stratégique 2 : élaborer des programmes de prépaiement**

Les paiements directs ont été désignés comme étant les principaux responsables des risques de catastrophe financière pour les ménages et de paupérisation. En vue de protéger les familles, en particulier les ménages pauvres et vulnérables, les ressources pour la santé doivent être mises en commun afin de permettre le subventionnement croisé des riches, bien-portants et actifs vers les pauvres, malades et dépendants.

*Actions recommandées*

- Élaborer différentes options pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prépaiement (programmes financés par le budget de l'État, programmes d'assurance maladie publics ou privés, etc.)
- Soutenir les études actuarielles et de faisabilité pour l'élaboration de programmes de prépaiement.
- Promouvoir une culture de l'assurance-maladie comprenant des programmes publics/privés et communautaires.
- Réduire, par une gestion efficace, les coûts administratifs associés à la collecte, la mise en commun et l'achat.
- Renforcer et réduire les coûts administratifs liés à l'introduction de différentes formes de programmes d'assurance-maladie, en particulier l'assurance-maladie communautaire.

**Orientation stratégique 3 : promouvoir et soutenir l'achat stratégique**

L'achat reste la fonction du financement des soins de santé la moins développée dans la Région de la Méditerranée orientale. L'allocation des ressources disponibles doit se faire avec efficacité. Il faut établir des priorités pour la sélection de mesures adaptées, et les interventions sélectionnées doivent être mises en œuvre à moindre coût. Des mesures incitatives adaptées doivent être intégrées dans le système, afin de modifier le comportement des prestataires et des consommateurs et d'utiliser les ressources de santé le plus rationnellement possible [10].

*Actions recommandées*

- Élaborer et chiffrer l'ensemble de prestations en fonction des besoins des pays et de leurs capacités de financement et de prestation.
- Soutenir le développement et la gestion de la sous-traitance pour l'achat des services de santé.
- Veiller à une bonne allocation des ressources entre les soins primaires, secondaires et tertiaires, de façon à optimiser les bénéfices pour la santé.
- Promouvoir des mécanismes adaptés de paiement des prestataires et introduire des mesures incitatives appropriées pour les prestataires et les patients afin de modifier leur comportement.
- Renforcer le système d'information sanitaire, notamment en utilisant les indicateurs pour concevoir et surveiller les mécanismes adoptés pour le paiement des prestataires.
- Élaborer des directives cliniques pour orienter les pratiques des prestataires.
- Plaider pour une stratégie de maîtrise des coûts, par exemple dans le domaine des médicaments, achats en gros, substitution des médicaments de marque, plus coûteux, par des génériques, et utilisation rationnelle des médicaments.
- Promouvoir l'évaluation des technologies de la santé et les études sur le rapport coût-efficacité pour la sélection, l'utilisation et l'évaluation des dispositifs médicaux.

**Orientation stratégique 4 : promouvoir, soutenir et générer des connaissances pour les politiques de financement de la santé fondées sur des données probantes et parvenir à la couverture universelle.**

Les politiques doivent être fondées sur des données probantes. Par conséquent, des informations pertinentes doivent être recueillies et analysées pour servir de base au processus décisionnel.

*Actions recommandées*

- Promouvoir le recours à l'analyse des dépenses des ménages et de leur utilisation des services de santé pour contribuer au processus décisionnel.
- Promouvoir les études sur l'équité.
- Institutionnaliser et utiliser les comptes nationaux de la santé pour l'élaboration des politiques.
- Promouvoir le recours aux principes d'économie et de financement de la santé pour analyser et élaborer les politiques de santé.
- Renforcer les capacités du personnel du ministère de la Santé en matière d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de financement de la santé.
- Élaborer et renforcer les capacités des établissements universitaires dans le domaine de l'économie de la santé et du financement des soins de santé.

**Orientation stratégique 5 : coordonner les partenaires nationaux et internationaux et renforcer l'efficacité de l'aide**

De nombreux partenaires internationaux sont présents dans les pays à revenu faible et les pays en situation d'urgence complexe. Par conséquent, la coordination entre les partenaires nationaux et internationaux pour parvenir à la couverture universelle reste essentielle.

*Actions recommandées*

- Élaborer une stratégie de santé nationale pour parvenir à une couverture universelle qui facilitera la coordination, l'harmonisation et la cohérence entre les bailleurs de fonds nationaux et autres donateurs et les partenaires internationaux, tel qu'énoncé dans la Déclaration de Paris en 2005 et la Déclaration d'Accra en 2008.
- Renforcer le rôle de la société civile dans la promotion de l'accès aux services de soins de santé pour tous, en tant que droit fondamental de l'être humain.
- Mettre en place des mesures pour améliorer la transparence et l'obligation de rendre des comptes afin de rassurer les donateurs et les partenaires internationaux, sur l'efficacité de leurs contributions.
- Travailler avec les partenaires internationaux pour réduire les formalités administratives et les frais de transaction de l'aide internationale au développement.
- Collaborer avec les partenaires internationaux pour réduire la volatilité de l'aide internationale au développement.

**Orientation stratégique 6 : suivi et évaluation de l'équité et de la couverture universelle**

L'évolution vers la couverture universelle dans ses trois dimensions (largeur, profondeur et hauteur) nécessite une réorganisation du système de santé et l'introduction de nouvelles politiques. Afin de suivre les progrès réalisés vers la couverture universelle, des indicateurs de couverture doivent être élaborés et mesurés.

*Actions recommandées*

- Institutionnaliser la pratique de suivi et de l'évaluation et en faire une partie intégrante du système d'information sanitaire.
- Élaborer des instruments et indicateurs appropriés, dont des indicateurs d'équité et d'accès, afin de mesurer et surveiller l'évolution vers la couverture universelle.
- Allouer des ressources suffisantes pour suivre et évaluer l'évolution vers la couverture universelle.

**6. Conclusion**

Les décideurs de tous les pays doivent renforcer l'accès aux soins de santé nécessaires en levant les obstacles existants. Ces obstacles sont très souvent financiers, et associés à l'obligation de s'acquitter des paiements directs pour les soins de santé nécessaires, ils entraînent des risques plus importants de dépenses catastrophiques pour les ménages et leur paupérisation. Par conséquent, la mise en place d'une couverture universelle fournira la protection sociale nécessaire pour tous.

À son tour, l'accès à la couverture universelle nécessite une réorganisation du système de soins de santé pour se concentrer sur le financement, ainsi que sur le mode de gestion du système et de prestation des services de santé. Les pays doivent avoir une vision et des objectifs clairs, établir des priorités en tenant compte des ressources limitées et élaborer des stratégies pour réorganiser leurs systèmes de soins de santé, afin d'accélérer l'évolution vers la couverture universelle. L'évolution vers la couverture universelle nécessite le renforcement des capacités institutionnelles et humaines, ainsi que la génération de données pour orienter et surveiller les progrès réalisés. Les responsables politiques doivent coordonner leurs efforts avec toutes les parties prenantes nationales, y compris les organisations de la société civile. Les pays doivent également tirer des enseignements des expériences des autres pays et collaborer avec les organisations internationales.

En fonction du revenu par habitant, les pays de la Région peuvent être classés en trois groupes : revenu faible ou intermédiaire ou élevé. La voie optimale vers la couverture universelle dépend de la disponibilité des ressources et du profil de santé de chaque pays. Néanmoins, tous les pays, quel que soit le niveau de revenu, peuvent prendre des mesures pour accélérer l'évolution vers la couverture universelle.

**Pour les pays à revenu faible**, outre les services et programmes en population, un ensemble de soins de santé primaires de base pour tous, financé par le budget de l'État et les bailleurs de fonds, est actuellement la seule alternative viable. Les services de santé dispensés par le biais d'un réseau d'établissements publics ou sous-traités à des organisations non gouvernementales forment la charpente du système. L'assurance-maladie communautaire peut compléter la couverture de base dans la mesure où les communautés peuvent être organisées efficacement pour jouer leur rôle. Une sélection de programmes de lutte contre les maladies et leur prise en charge peut recevoir le soutien financier du gouvernement, dans la mesure où les ressources publiques le permettent.

**Pour les pays à revenu intermédiaire**, un ensemble complet de soins de santé primaires financé par les recettes publiques, avec une contribution minimale de l'utilisateur pour certains services et médicaments, afin de freiner leur surutilisation, devrait être mis à la disposition de tous. Les soins de santé dispensés par le biais d'un réseau d'établissements publics ou sous-traités à des organisations non gouvernementales forment la trame du système. L'assurance-maladie obligatoire devrait être mise en place pour fournir une couverture complète aux fonctionnaires,



employés du secteur formel, employés des grandes institutions, et les membres de leur famille. L'État devrait apporter son soutien à des programmes spéciaux pour assurer une couverture aux pauvres et aux groupes vulnérables et prendre en charge certaines maladies qui concernent l'ensemble de la population. Des organismes privés d'assurance-maladie pourraient, moyennant une contribution financière supplémentaire, offrir une couverture destinée à combler les lacunes de la protection sociale. Avec le temps, l'affiliation à un organisme de sécurité sociale devrait devenir obligatoire pour tous et les régimes d'assurance sociale devraient être regroupés. Le gouvernement doit payer la part des pauvres et des groupes vulnérables avec le budget de l'État.

**Pour les pays à revenu élevé**, les programmes existants financés par l'État fournissent une couverture complète pour tous les citoyens et certains expatriés. Toutefois, dans le processus d'adoption de régimes obligatoires d'assurance-maladie pour les expatriés, les pays doivent se conformer aux principes d'équité et de justice. En outre, il convient d'étudier soigneusement les coûts administratifs afférents à l'instauration d'un nouveau régime destiné à couvrir les ressortissants ainsi que ses répercussions sur le régime en vigueur.

Dans tous les pays de la Région, le secteur privé doit être réglementé, mais il doit aussi être considéré comme un partenaire capable d'améliorer la performance du système de santé. Son rôle et la place qu'il occupe dépendent de la capacité ou non du secteur public à assurer une couverture nécessaire de qualité acceptable.

Il n'existe pas de voie unique vers la couverture universelle qui soit adaptée à tous les pays de la Région. La transition vers la couverture universelle prend du temps. Toutefois, de récentes expériences ont révélé que certains pays ont atteint la couverture universelle dans un laps de temps nettement plus court que d'autres au cours du siècle dernier.

## 7. Références

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Dans : *Documents fondamentaux* 45<sup>e</sup> édition. Supplément. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
2. López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L. eds. *Health and economic growth: findings and policy implications*. Cambridge MA, MIT Press, 2005.
3. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2007.
4. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26:972-83.
5. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
6. *The World health report 2010. Better health for all: financing universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (in press).
7. *World health statistics, 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
8. *Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean 2009*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009.
9. Ammar W. *Health beyond politics*. Beirut, Ministry of Health, Lebanon, 2009.
10. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington DC, World Bank, 2009.