



Rapport de situation sur l'amélioration du financement des soins de santé et les progrès réalisés en vue de la protection sociale de la santé dans la Région

1. Chaque année, des millions de personnes dans le monde et la Région de la Méditerranée orientale sont privées de services de santé indispensables et connaissent des difficultés financières dues au mode de financement des services de santé. Les paiements directs, qui sont les paiements effectués lors de l'utilisation des services de santé, sont reconnus comme étant la principale cause de catastrophe financière et ses conséquences. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 consacré à la couverture universelle de santé a permis aux pays de renforcer la protection sociale de la santé en fournissant le diagnostic et le remède. Définie à l'aide des trois dimensions de largeur (pourcentage de population couverte), profondeur (éventail de services offerts) et coût, la couverture universelle de santé garantit à tout un chacun un accès à une gamme de services indispensables sans risquer la ruine financière. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 décrit les mesures pratiques que peuvent prendre les pays pour se rapprocher de l'objectif de couverture universelle et maintenir leurs réalisations.
2. Un document¹ présenté lors de la cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale en 2010 attirait l'attention sur la part extrêmement élevée des paiements directs dans les dépenses de santé totales dans la plupart des pays à revenu faible et de nombreux pays à revenu intermédiaire. En outre, le document soulignait l'insuffisance des investissements en santé dans de nombreux pays à revenu faible et la mauvaise utilisation des ressources de santé limitées dans la plupart des pays. Six orientations stratégiques et mesures étaient proposées pour permettre aux pays d'avancer plus rapidement vers la couverture universelle de santé : 1) mobilisation de ressources suffisantes pour permettre la couverture universelle ; 2) mise en place de systèmes de prépaiement ; 3) promotion et soutien des achats stratégiques ; 4) promotion, soutien et génération de connaissances pour favoriser le passage à la couverture universelle ; 5) coordination des partenaires nationaux et internationaux et amélioration de l'efficacité de l'aide ; et 6) suivi et évaluation. Dans la résolution EM/RC57/R.7, le Comité régional invitait instamment les États Membres à adopter et adapter les orientations stratégiques.
3. Deux ans plus tard, le présent rapport fait le point sur la situation dans la Région,² en se concentrant sur les évolutions récentes et en identifiant les prochaines étapes pour accélérer les améliorations dans les trois catégories de pays de la Région.³ Les progrès sont décrits dans les trois sous-fonctions de financement de soins de santé : collecte, mise en commun et achat.

¹ Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011–2015 (Document n° EM/RC57/Tech.Disc.1).

² Suite à des retards dans la notification des données relatives aux dépenses, les informations contenues dans le présent rapport concernent 2009 et 2010.

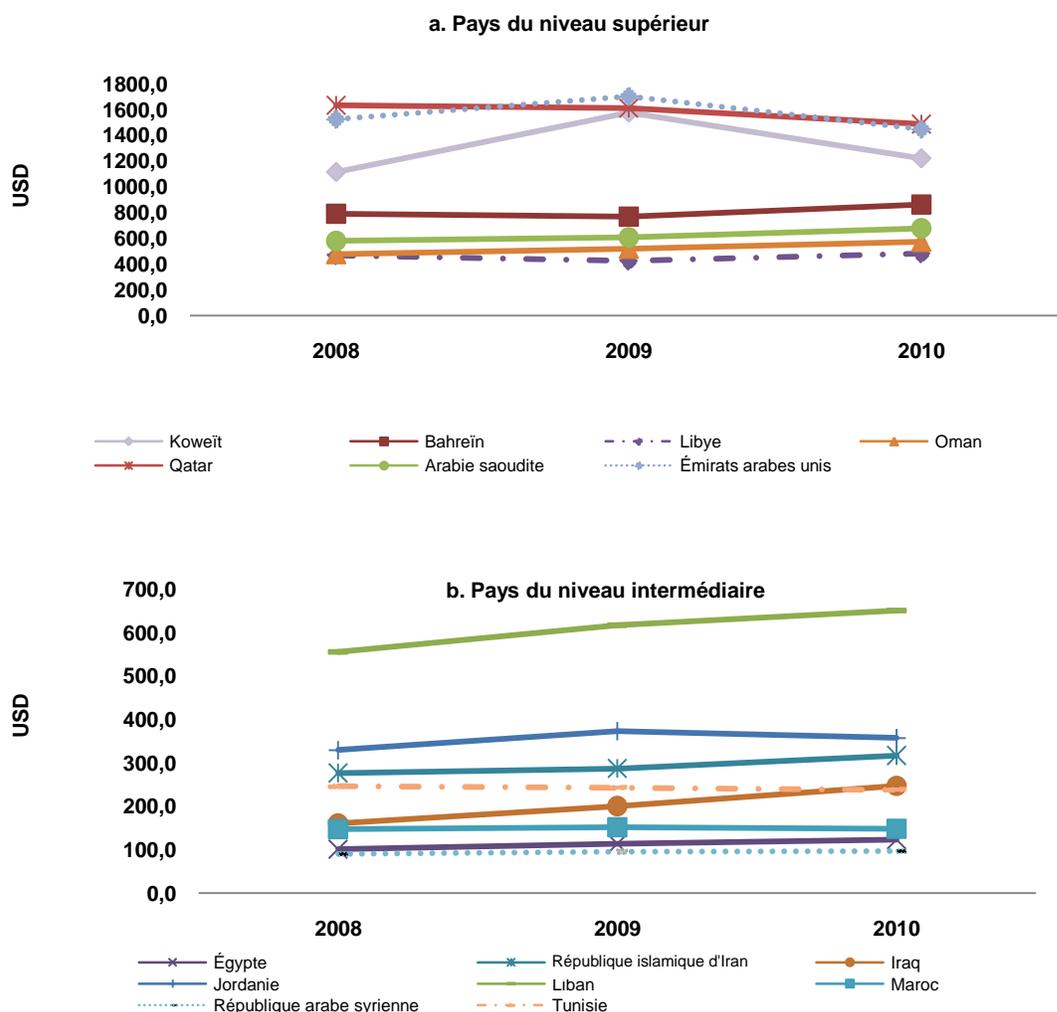
³ Les pays sont classés en utilisant un système à trois niveaux en fonction de leur situation socioéconomique, leurs dépenses de santé et leurs résultats sanitaires. Sept pays se situent dans le niveau supérieur, ce sont les six pays du Conseil de Coopération du Golfe (CCG) plus la Libye (économies pétrolières). Sept autres pays sont dans le niveau inférieur : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud, Soudan et Yémen. Le niveau intermédiaire se compose des huit pays restants : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Maroc, République arabe syrienne et Tunisie, plus le Territoire palestinien occupé.

Progrès vers la couverture universelle de santé dans la Région

Collecte

4. La sous-fonction de collecte fait référence à la capacité d'un pays à collecter des fonds suffisants et durables de façon équitable. Dans la résolution EM/RC57/R.7, les États Membres étaient instamment invités à renforcer l'investissement dans la santé. Les progrès sont examinés en estimant les dépenses de santé totales par habitant dans et entre les pays.

5. En ce qui concerne les pays appartenant au niveau supérieur, les dépenses de santé totales par habitant ont augmenté de façon constante en Arabie saoudite et à Oman, mais ont baissé au Qatar, passant de USD 1636 à USD 1489 (prix actuels). Toutefois, le Qatar reste toujours en tête en ce qui concerne les dépenses de santé dans la Région. Pour les autres pays du niveau supérieur, la situation a été mitigée (Figure 1a). Dans les pays du niveau inférieur, les dépenses de santé totales par habitant ont augmenté en Afghanistan (de 31,8 USD à 37,7 USD) mais ont baissé au Yémen, passant de 68,2 USD à 63,2 USD. La situation est en demi-teinte à Djibouti, au Pakistan et au Soudan (Figure 1c). Entre 2008 et 2010, tous les pays du niveau intermédiaire, à l'exception de la Tunisie où les dépenses de santé totales par habitant ont baissé - de 133,2 USD à 129,1 USD - ont vu leurs dépenses de santé augmenter (Figure 1b).



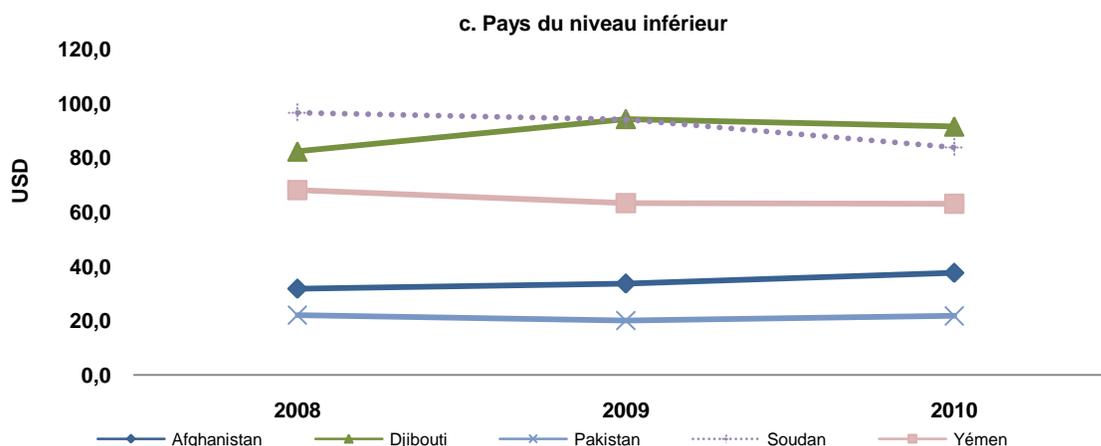
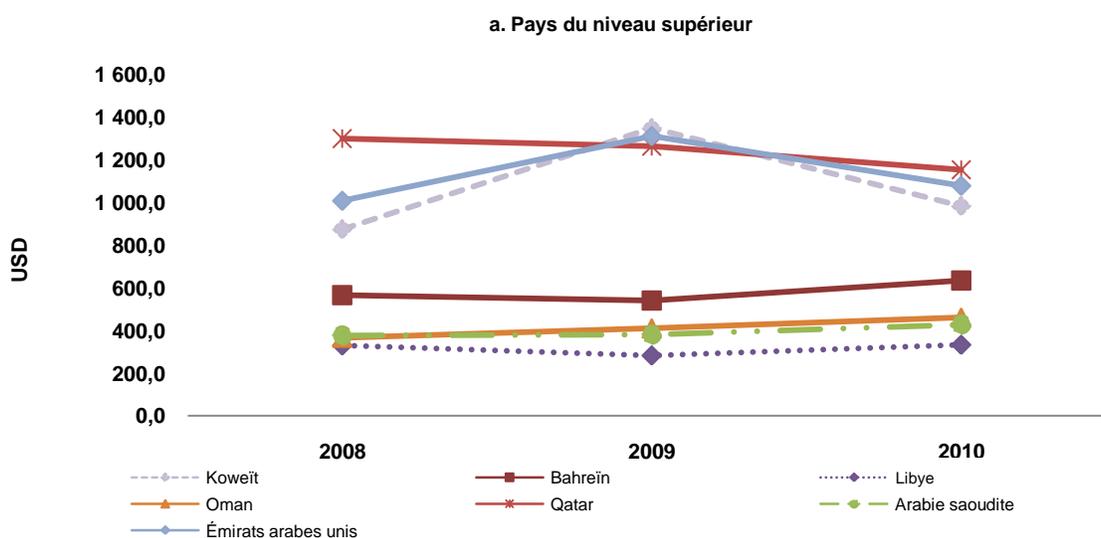


Figure 1a–c. Dépenses de santé totales par habitant, 2008–2010

Mise en commun

6. La sous-fonction de mise en commun fait référence au fait de gérer les fonds collectés, afin de répartir équitablement et efficacement les risques sanitaires. Dans la résolution précédemment mentionnée, le Comité régional invitait instamment les États membres à promouvoir les systèmes de prépaiement. Cet aspect a été examiné en évaluant les dépenses publiques générales de santé par habitant, en intégrant tous les systèmes de prépaiement publics, en plus du pourcentage de paiements directs dans les dépenses de santé totales.

7. Dans le cas des pays appartenant au niveau supérieur, si l'Arabie saoudite et Oman ont vu augmenter la valeur absolue des dépenses publiques générales de santé, le Qatar a connu une légère diminution de ces dépenses qui sont passées de 1635,5 USD à 1488,8 USD. Dans la plupart des pays du niveau inférieur, la part attribuée par les pouvoirs publics a diminué. Au Pakistan en revanche, les dépenses publiques générales de santé ont légèrement augmenté, passant de 4,3 USD en 2008 à 6,4 USD en 2010. La figure 2a-c montre l'évolution de la valeur absolue des dépenses publiques générales de santé dans les trois catégories de pays.



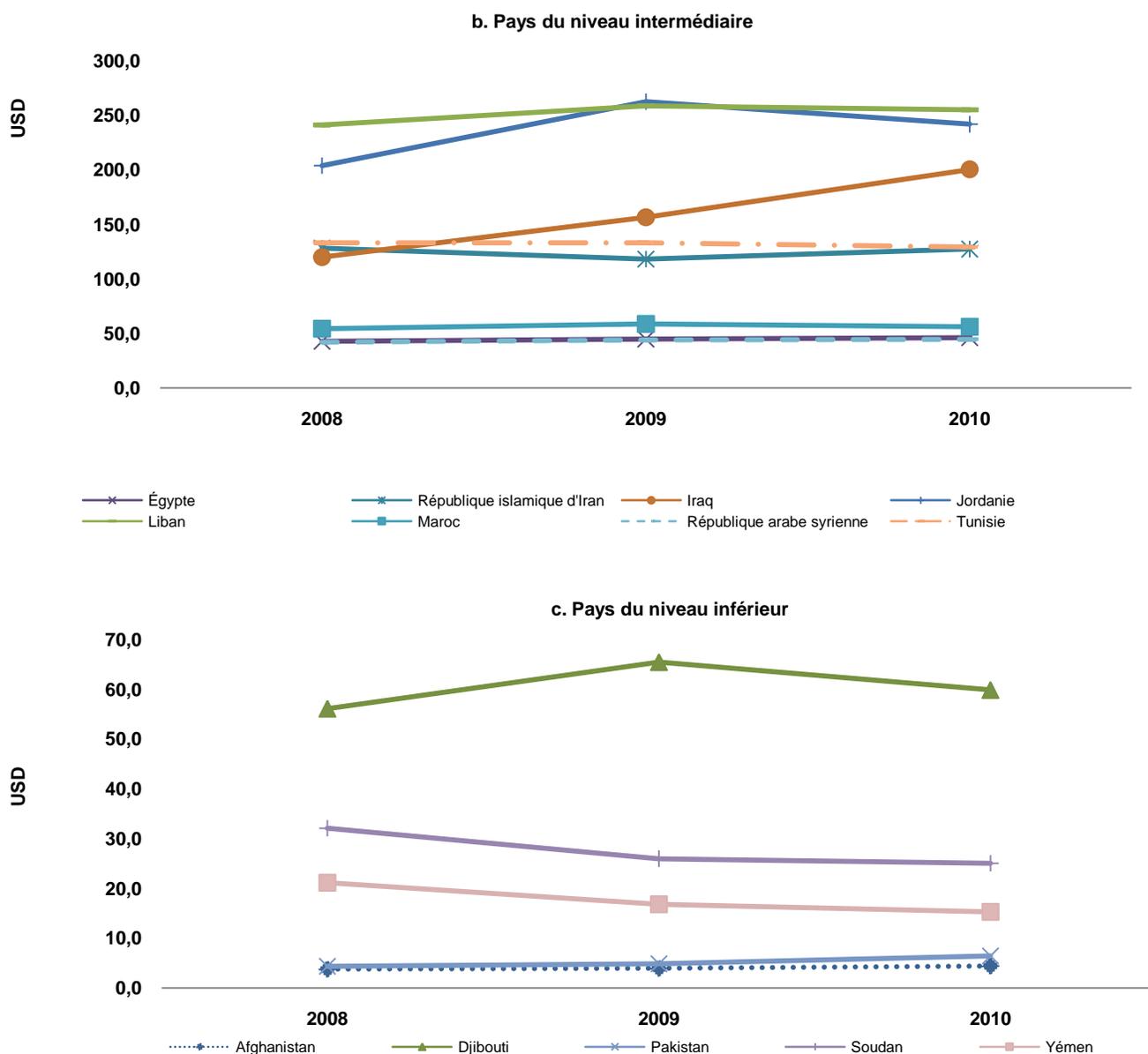


Figure 2a–c. Dépenses publiques générales de santé par habitants, 2008-2010

8. En ce qui concerne le pourcentage de paiements directs dans les dépenses de santé totales, il reste relativement faible dans les six pays du Conseil de Coopération du Golfe (inférieur à 20 %) ; dans le cas de la Libye, ce pourcentage était de 31,2 % en 2010. Il semble que les pays de niveau inférieur ne soient pas parvenus à limiter la part relativement élevée des paiements directs dans leurs dépenses de santé totales. Dans le cas du Yémen, ce pourcentage a même augmenté, passant de 68,0 % à 74,8 %. On observe le même phénomène dans les pays de niveau intermédiaire, où le pourcentage de paiements directs dans les dépenses de santé totales reste relativement élevé en Égypte et en République islamique d'Iran (61,2 % et 57,8 % en 2010, respectivement). La Figure 3a-c montre l'évolution de la part des paiements direct dans les dépenses de santé totales pour les trois catégories de pays.



Figure 3a-c. Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, 2008-2010

Achat

9. La sous-fonction d'achat fait référence au fait d'utiliser les fonds regroupés pour acheter divers services de santé de façon efficace. Dans la résolution EM/RC57/R.7, les États Membres étaient instamment invités à introduire des dispositifs d'achat stratégiques afin de promouvoir l'utilisation efficace des ressources. Dans la Région, quatre principales sources d'inefficacité font l'objet d'une attention particulière : ressources humaines pour la santé, médecine et technologie, prestation de services et mécanismes de paiement aux prestataires. Des efforts ont été déployés pour évaluer les problèmes d'inefficacité dans certains pays et les résultats ont été communiqués aux responsables politiques et décisionnaires lors d'une réunion d'experts interrégionale qui a eu lieu du 13 au 15 décembre 2011 au Liban.

Défis et conclusions

10. Les principaux défis identifiés pour le Comité régional en 2010 persistent dans la plupart des pays. Ils peuvent être résumés comme suit :

- Absence de vision claire ou d'orientations stratégiques pour le financement des soins de santé et engagement insuffisant de la part des gouvernements à l'égard de l'équité en santé.
- Capacités limitées pour la mobilisation et la gestion des ressources adéquates au niveau national et coordination insuffisante des contributions des partenaires du développement internationaux.
- Secteur privé de moins en moins réglementé, secteur informel étendu et double pratique omniprésente, ce qui nuit à la prestation publique et limite les capacités des gouvernements à collecter et rationaliser l'utilisation des faibles ressources en soins de santé.
- Situations d'urgence complexes dans plusieurs pays, ce qui rend difficile l'élaboration de plans à long terme requis pour offrir une protection sociale de la santé à leur population.

Prochaines étapes

11. L'expérience montre qu'il est possible de progresser considérablement vers la couverture universelle de santé dans les systèmes de financement de la santé existants en appliquant des dispositions réglementaires et juridiques et en renforçant les capacités organisationnelles. Un outil analytique pour évaluer le financement de la santé a été élaboré dans le but de déterminer les possibilités des progrès : il s'agit de l'analyse organisationnelle et institutionnelle en vue de l'amélioration et du renforcement du financement de la santé - en anglais OASIS (*Institutional and Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing*). Le nouvel outil évalue la conception institutionnelle et les pratiques organisationnelles et identifie les options en vue d'effectuer les changements nécessaires.⁴ L'évaluation des systèmes de financement de la santé dans tous les pays permettra d'obtenir des données et d'amorcer le dialogue politique entre les parties prenantes concernées pour renforcer la performance du système de financement de la santé.

12. L'évaluation des progrès vers la couverture universelle de santé dans la Région doit être une priorité. Un cadre d'évaluation est également en cours d'élaboration et il est prévu d'étendre sa mise en œuvre à tous les États Membres. Il aidera les pays et l'OMS à surveiller l'équité en matière de financement de la santé et les progrès vers la protection sociale de la santé.

⁴ La conception institutionnelle fait référence aux règles formelles et la pratique organisationnelle à la mise en œuvre de ces règles. Neuf indicateurs génériques pour le financement de la santé sont utilisés pour évaluer les performances.

13. Il conviendrait également d'accorder une attention particulière à la création de données en utilisant la méthodologie du nouveau système de comptes de la santé (SCS 2011). Le système limité est en phase d'introduction et l'élargissement de sa mise en œuvre dans la Région permettra d'obtenir des informations utiles pour améliorer les performances du système de financement de la santé. Un autre outil récemment élaboré, l'outil de calcul des coûts OneHealth, vise à évaluer le coût de la mise en œuvre des plans de santé stratégiques nationaux, y compris des stratégies de financement de la santé. L'utilisation de ce nouvel outil permettra d'évaluer le coût de la mise en œuvre des stratégies à élaborer.

14. Finalement, la progression vers la couverture universelle de santé est de plus en plus reconnue comme une évolution vers la réorganisation du système de santé dans son ensemble, ce qui nécessite des efforts concertés et des actions intégrées. Les décisions relatives aux dispositions institutionnelles prises par les pays doivent être axées sur les trois fonctions de collecte, mise en commun et achat de façon à assurer l'équité et l'efficacité et promouvoir la protection sociale en accélérant le passage des pays à la couverture universelle de santé.