

Financement des politiques de santé

Les services de santé des pays en développement sont financés soit par des sources publiques (ressources locales et aides internationales) soit pour près de 50 % par la participation des individus. Au-delà du montant de ces financements, c'est de leur performance qu'il faut se préoccuper.

Yves-Antoine Flori
Maître de Conférences à l'Université de Bourgogne et Chercheur au Centre de recherches économie, gestion appliqués à la santé (Cregas, Inserm U537)

La question du financement des systèmes de santé est au centre des débats, réformes et politiques de santé partout dans le monde. Elle est particulièrement importante pour les pays en développement en cette phase de crise et de changements profonds. Le financement se pose en effet au cours des années quatre-vingt-dix en de nouveaux termes, ceux de la recherche, de l'efficacité et de la pérennité.

En situation d'ajustement structurel et d'accroissement rapide des populations, deux tendances parallèles concernant le développement des systèmes de financement des services de santé sont à observer. D'un côté, l'accès aux soins de santé de base est reconnu comme un droit de chaque citoyen. De l'autre côté, les pays ont de plus en plus de difficultés à trouver les ressources nécessaires pour maintenir et développer les services publics de santé. Les États sont poussés à réduire les budgets publics alors que l'objectif de leur politique de santé est de garantir l'accès équitable aux soins qui est alors jugé inefficace.

Enfin, le financement des services de santé a changé dans beaucoup de pays en voie de développement depuis l'indépendance : l'État n'est plus le financeur principal de soins, il a perdu son monopole dans l'allocation des ressources, et il est devenu un des prestataires de la médecine moderne parmi d'autres. Dans les pays pauvres, au moins 50 % des dépenses pour la santé sont financées par les utilisateurs.

Dépenses de santé ou dépenses pour la santé

Avant de décrire les divers types de ressources allouées à la santé, il convient de rappeler qu'il existe un lien entre la performance économique d'un pays et son niveau

de santé ; mais que ce lien n'est pas totalement direct. Plus le revenu par tête est élevé, plus la part de la richesse publique ou privée consacrée à la santé est élevée ; mais la dépense publique de santé dans l'ensemble des dépenses de santé n'est pas liée au niveau de richesse. Ainsi pour une même performance économique, l'état de santé des populations peut être différent. La performance sanitaire, pour un niveau de revenu donné, dépend donc de choix politiques portant sur les services à produire et leur financement [20].

Les questions de financement ne doivent pas être comprises uniquement sous la forme d'une mobilisation de ressources additionnelles. Elles doivent également porter sur une meilleure utilisation des ressources disponibles et une réduction des coûts des actions engagées. C'est sous cette double exigence (réduction des coûts et mobilisation de ressources additionnelles) que le financement peut se traduire par une nette amélioration des performances et de l'équité [19]. Les données concernant la structure du financement de la santé sont rares et peu exploitables du fait de la faiblesse des comptes nationaux et de la complexité des sources, il est difficile par exemple de valoriser les dons ou la fourniture à titre gracieux de médicaments.

Les sources de financement

Parmi les sources de financement traditionnelles, on distingue :

- les fonds publics,
- les fonds des ménages,
- les fonds extérieurs,
- les autres ressources.

La théorie économique et l'expérience ne permettent



pas de définir la meilleure source de financement. Elle dépend des pays et de leurs capacités. Il s'agit plutôt de donner quelques indications permettant de faciliter le recours à telle ou telle source de financement.

En effet, les sources actuelles de financement des services de santé ne sont pour la plupart pas le résultat d'une analyse préalable. Elles découlent, le plus souvent, de facteurs comme l'histoire, l'état de l'économie et des finances du pays, les priorités de santé, les attentes de la population, le type de gouvernement en place, la capacité administrative du pays, ou l'influence des organisations internationales.

Enfin, l'analyse systématique de toutes les possibilités de financement doit se faire à l'aide de critères comme l'équité, l'efficacité, la stabilité et l'impact sur l'utilisation des services. Selon que l'on privilégiera un critère ou un autre, le choix se portera sur telle ou telle source de financement.

Allocations de ressources grâce au budget de l'État

L'État peut soit mobiliser des ressources qui lui sont propres (recettes fiscales diverses, revenus des activités ou d'entreprises publiques...) soit obtenir des ressources de l'étranger sous forme de dons, de prêts ou d'aides budgétaires diverses. La part des ressources locales est significative des capacités du pays considéré à assurer un pérennisation du système en place et à lui permettre son développement. L'État a des obligations de service public et ici de protection générale de la santé des populations et en tout premier lieu en matière d'hygiène, d'assainissement et de lutte contre les maladies évitables. Cette obligation implique que

Quelques critères d'évaluation des sources de financement

L'équité

C'est un critère fondé sur la notion de justice sociale. L'équité renvoie aux principes suivants : accès aux soins préventifs et curatifs selon le besoin et paiement selon le niveau de revenus. Une source de financement et des modalités de mise en œuvre qui favoriseraient la concrétisation de ces principes seraient équitables. Une source de financement qui aurait pour conséquence, directe ou indirecte, de limiter, pour les pauvres, l'accès aux soins ne serait pas équitable. Ainsi le paiement direct par l'utilisateur ou par sa famille n'est peut-être pas la formule à promouvoir.

L'efficacité

Certaines sources peuvent nécessiter de lourdes formalités administratives pour leur mise en œuvre. Leur coût va réduire les montants réellement disponibles pour les soins.

La pérennité

Une source de financement est pérenne si elle est relativement stable et durable, sans interruption subite. Si elle est fondée sur des contrats et des engagements pluriannuels fermes ou mieux encore sur des ressources locales renouvelables, les risques d'interruption ou de fluctuations seront limités.

l'État ou les collectivités locales financent (soit directement soit indirectement) les politiques de santé publique, la prise en charge des indigents, ainsi que les investissements lourds. Mais cela suppose principalement que l'État sache énoncer ces choix et sélectionner des programmes.

Ces choix politiques sont toutefois difficiles à envisager pour de nombreux pays car les budgets alloués à la santé sont relativement faibles, et les déficits de l'État restent importants. Ils nécessitent dans bien des cas de reconsidérer les affectations budgétaires :

- entre les différents secteurs économiques et sociaux : une simple baisse de 10 % de certaines dépenses de prestige, de défense ou d'administration dégagerait des ressources significatives pour les programmes de santé et pour les districts en particulier ;
- au sein du secteur de la santé : le report de certains investissements hospitaliers ou d'équipements lourds a permis à certains pays de financer de manière beaucoup plus autonome les districts et les soins de base.

La *faisabilité* est surmontable avec le retour de la croissance économique, une solide politique fiscale et sociale et une plus grande crédibilité des institutions publiques.

L'*équité* de cette option dépend largement de la nature du système fiscal, du type de taxation des revenus et de l'*équité* des impôts prélevés.

Quant à l'*efficacité*, elle est liée aux capacités de l'administration fiscale et financière de chaque pays.

C'est en principe une source de financement *stable*, sauf dans le cas de bouleversements politiques ou, comme c'est le cas le plus souvent, lorsque le budget prévu n'est pas exécuté au cours de l'année, faute de liquidités.

Ainsi, la participation des pouvoirs publics à la santé peut être à la fois efficace et équitable, elle n'entraîne pas nécessairement l'augmentation des dépenses publiques, mais elle présuppose que les politiques effectuent des choix à la fois dans la répartition des dépenses entre ministères et au sein de la santé vers des programmes qui servent soit à la population dans son ensemble, soit aux plus défavorisés.

Les ONG nationales, organisations de bienfaisance, églises, mosquées

Ce sont des organismes caritatifs privés, ou d'autres agences non gouvernementales, qui, grâce à des contributions volontaires, mettent à la disposition du système de soins des ressources (du temps de travail, des locaux mais aussi des véhicules, du personnel...).

Les ONG nationales dotées de moyens suffisants sont très peu nombreuses, c'est donc une nouvelle source de financement peu satisfaisante du point de vue de la *faisabilité*.

Les contributions volontaires, qui sont à l'origine des ressources que ces ONG peuvent mettre à la disposition, sont *équitables*. C'est en principe une option ef-



© Médecins du monde.

La pérennisation d'un programme passe par l'implication des pays et des populations bénéficiaires

ficace, avec un bon degré d'adaptation car la bureaucratie est souvent faible et le personnel très motivé. Leur *impact* sur l'utilisation de services de santé est bon puisqu'elles peuvent financer certains besoins du district, ou participer à la promotion d'activités de prévention et de soins de base. Ces financements représentent au plus entre 5 et 10 % du total.

Néanmoins, ces ressources ne peuvent être considérées que comme des ressources d'appoint et elles doivent être intégrées dans un plan global d'organisation. Ce qui est difficile vu la volonté d'indépendance de ces organisations.

Les aides étrangères

Il s'agit surtout des organisations internationales (OMS, Unicef, PAHO, FNUAP...) ou d'agences d'aide ou de coopération (Union européenne, GTZ, coopération française ou belge,...) ou enfin, d'ONG. Ces agences ont des programmes de promotion et d'amélioration de la santé des populations dans le monde. L'aide étrangère peut prendre différentes formes :

- aides sans contrepartie directe : dons en argent ou en nature, subventions, assistance technique, fournitures de produits et équipements,... ;
- aides avec contrepartie : prêts à taux bonifiés, contrats pluriannuels d'aide avec conditions limitatives explicites (achats dans les pays donateurs,...).

Les soutiens étrangers peuvent mettre à la disposition des populations divers types de ressources, par exemple des médicaments, des véhicules, des équipements, du personnel d'assistance technique à court terme, des formations et de la documentation.

L'aide a permis d'améliorer les performances des centres de santé de base et de soutenir des zones en difficulté structurelle du fait de leur isolement ou de la pauvreté de leur population.

Cette option n'est pas toujours satisfaisante dans la mesure où le pays doit songer à la phase de pérennisation : il s'agit surtout de maintenir les équipements actuels et d'améliorer l'efficacité des activités et, plus rarement, de mettre en place de nouveaux équipements ou de créer de nouvelles infrastructures.

Or l'expérience montre que la pérennisation d'un programme passe toujours par l'implication des pays et des populations bénéficiaires.

On assiste ces dernières années à une nouvelle orientation de l'aide au niveau international et au sein des pays. De nombreuses coopérations tentent d'affecter des ressources spécifiquement à telle ou telle région ou district et à en suivre l'utilisation et les résultats (ainsi en est-il de l'Unicef et du FNUAP). Une des conditions de réussite de telles initiatives est l'existence de cadres locaux capables de gérer à bien ces affectations décentralisées de ressources et d'en rendre compte aux différentes parties concernées (autorités du pays, bailleurs étrangers, populations...).

Le financement décentralisé à partir de ressources externes est une solution équitable, aussi bien pour les donateurs que pour les receveurs. Il s'agit le plus fréquemment de dons ou de prêts à des conditions avantageuses (Banque mondiale, Banques régionales de développement,...), voire sans remboursement réel.

La *stabilité* et le *degré d'adaptation* de cette source de financement sont variables et dépendent de l'engagement et des moyens des donateurs. Certains donateurs ciblent leurs aides (Japon...) et posent des conditions rigoureuses pour le déblocage des fonds.

Au total, cette source présente des avantages surtout lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de pérennisation, c'est-à-dire d'implication progressive



mais certains des acteurs locaux et en premier lieu des États.

Contributions financières des usagers : paiement direct et mutualisation

Nous allons distinguer ici deux sources de financement, qui concernent directement les utilisateurs, potentiels ou réels, des services de santé :

- le recouvrement des coûts grâce à des contributions financières des utilisateurs ;
- les systèmes de mutuelles.

Les contributions financières des utilisateurs sont une modalité de recouvrement des coûts selon laquelle l'utilisateur paie, intégralement ou partiellement, pour les biens et services de santé auxquels il a recours. Cette modalité de financement s'est généralisée pour les médicaments à partir du lancement de l'Initiative de Bamako, lancée en 1987 par l'Unicef et l'OMS. La contribution financière des usagers ne couvre jamais plus de 5 % de l'ensemble des dépenses de santé (salaires et contributions extérieures inclus). Elle peut, au niveau périphérique, à l'échelon local couvrir une très large part des charges récurrentes des centres de santé.

L'objectif affiché de la mise à contribution des usagers est de permettre aux centres de santé de faire face aux dépenses de fonctionnement grâce à l'argent collecté auprès des utilisateurs, par la vente de médicaments essentiels et le paiement partiel des consultations et autres prestations. Les services curatifs, pour lesquels la demande est souvent considérable et la volonté de payer importante, permettent ainsi de financer les activités préventives essentielles (principalement la vaccination et le suivi de la grossesse). Mais la pérennité de la participation des ménages aux soins suppose que la gestion soit efficace et transparente, que le niveau de participation ne soit pas trop élevé et que la qualité s'améliore. L'expérience prouve ainsi que si ces conditions ne sont pas réunies, il y a un risque d'échec [26].

Mais les ressources ainsi obtenues sont limitées et ne permettent pas de résoudre la question de l'obtention des devises nécessaires à l'achat d'équipements, médicaments, vaccins et autres inputs étrangers. De plus, les paiements directs ne permettent pas aux populations de financer des soins lourds, il faut donc procéder à un système de mutualisation des ressources.

Ces systèmes peuvent être :

- privés à but lucratif : les assurances privées,
- privés à but non lucratif : les mutuelles,
- publics : les systèmes d'assurances obligatoires et de sécurité sociale.

Nous ne traiterons pas des systèmes privés qui ont pour défaut de conduire à la fois à une sélection des populations, des prestations fournies et de présenter des coûts de gestion élevés. S'ils existent dans les pays en développement, ils sont utilisés surtout par des populations favorisées.

Les systèmes publics de sécurité sociale ou d'assurances sociales sont des systèmes où l'employeur et l'employé participent à la cotisation. La prime n'est pas liée au risque mais au revenu. C'est un système qui est équitable pour la population couverte. Il a été fortement développé en Amérique latine. Les assurances maladie ou plus largement la sécurité sociale ne concernent qu'une faible part des habitants des PED : de 2 à 20 % de la population selon les régions. En Afrique subsaharienne, elles ne concernent que les fonctionnaires et une partie des salariés permanents (moins de 5 % de la population). Il ne peut être mis en place que pour des populations salariées et urbaines. De plus, ces systèmes sont très sensibles à un retournement de conjoncture. Ainsi, la mise en place de système de sécurité sociale ne peut se réaliser que dans des pays ayant déjà dépassé un certain niveau de développement, et elle ne peut couvrir toute la population ni tous les soins.

Ce faisant, la mise en place de mutuelles, fortement encouragée par les bailleurs de fonds et soutenue par les coopérations, semble être une solution qui présente l'avantage d'être équitable, pérenne et ayant un bon impact.

Le principe de la mutuelle est la création d'un organisme à but non lucratif, soit au sein d'une zone (mutuelle villageoise), soit au sein d'une profession (mutuelle d'enseignants) afin de couvrir une gamme de soins. La cotisation versée est indépendante du risque, ce qui la rend plus équitable puisqu'elle n'est plus liée aux prestations utilisées. Étant à but non lucratif, et gérées par des représentants des cotisants, les mutuelles ont moins de frais que les assurances privées. L'expérience acquise montre que les populations sont prêtes à participer à des mutuelles, qui sont souvent soutenues par des bailleurs de fonds, mais la pérennité de ces systèmes n'est pas toujours assurée notamment en cas de crise économique ou d'une mauvaise supervision.

Ainsi, en conclusion, les sources de financement des services de santé dans les pays en développement sont réparties actuellement autour de deux pôles, les financements publics et la participation des individus. Il est possible d'améliorer la performance des financements publics en définissant mieux les objectifs à suivre et en privilégiant la prise en charge des questions de santé publique et les populations les plus défavorisées. Cette amélioration de la performance passe par une allocation différente des ressources publiques et une réduction des dépenses peu efficaces. Ce n'est que dans un tel contexte que la participation des individus, qui représente encore 50 % du financement, peut être considérée. Son équité et sa pérennité ne peuvent être entrevues que si des mutuelles sont mises en place. Il revient à l'aide internationale de soutenir ces projets plutôt que de soutenir des investissements peu utiles et qui entraîneront des dépenses futures. ■