



**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires
en Sciences de la Santé et de l'Éducation
(IFRISSE)**

Autorisation N°2015-001793/MESS/SG/DGESR/DIESPr
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
www.ifris-bf.org

Tel: (+226) 25 40 75 41

Institut de formation et de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé
et de l'éducation (IFRISSE)

Chapitre II : Financement de la santé

Chargé de Cours : M. Seydou NOMBRE

Année : 2020-2021

Plan du cours

- Objectifs pédagogiques
- Introduction
 - I. Fonctions du financement de la santé
 - II. Principales sources de financement
 - III. Utilités de l'analyse des coûts
- Conclusion

Objectifs

A la fin du module, les participants doivent être capable de :

- Définir le financement de la santé;
- Citer les fonctions du financement de la santé;
- Citer les différentes sources de financement;
- Comprendre l'utilité de l'analyse des coûts;
- Echanger sur les expériences de certains pays.

INTRODUCTION ^{1/3}

- Le financement des soins de santé figure une fois de plus en tête de l'ordre du jour de la politique mondiale de santé.
- Au cours des dernières années, différents livres ont été écrits sur ce sujet (Dror et Preker, 2002 ; Gottret et Scheiber, 2006 ; Preker et Carrin, 2004) ; des résolutions ont été adoptées par les organisations multilatérales (Organisation mondiale de la Santé, 2005b) ; et de nombreux ateliers et conférences ont été tenus sur le sujet.
- Cette résurgence d'intérêt est alimentée par différents facteurs.

INTRODUCTION ^{2/3}

- La difficulté rencontrée par les pays à faibles et moyens revenus pour fournir les soins de santé nécessaires à leurs populations demeure un problème essentiel.
- Une part du regain d'intérêt pour le financement des soins de santé s'explique par la prise de conscience du fait que de nouveaux mécanismes sont devenus indispensables.
- Dans les années 1980 et 1990, les systèmes de recouvrement des coûts et de partage des coûts, qui faisaient appel à la contribution financière des usagers dans les structures du secteur public (principalement par le biais des paiements directs ou de la participation financière des usagers) étaient très en vogue (Akin et al., 1987).

INTRODUCTION ^{3/3}

- Cependant, au cours des dernières années, un consensus a émergé autour de l'idée que le financement des soins de santé par prépaiement, assure une meilleure protection financière des ménages et qu'il est donc préférable au financement des soins de santé basé sur les paiements directs (Preker et Carrin, 2004 ; Organisation mondiale de la santé, 2000 ; Organisation mondiale de la santé, 2005a).



- I. FONCTIONS DU FINANCEMENT DE LA SANTE

Définition

Par **financement de la santé** on entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de **santé**.

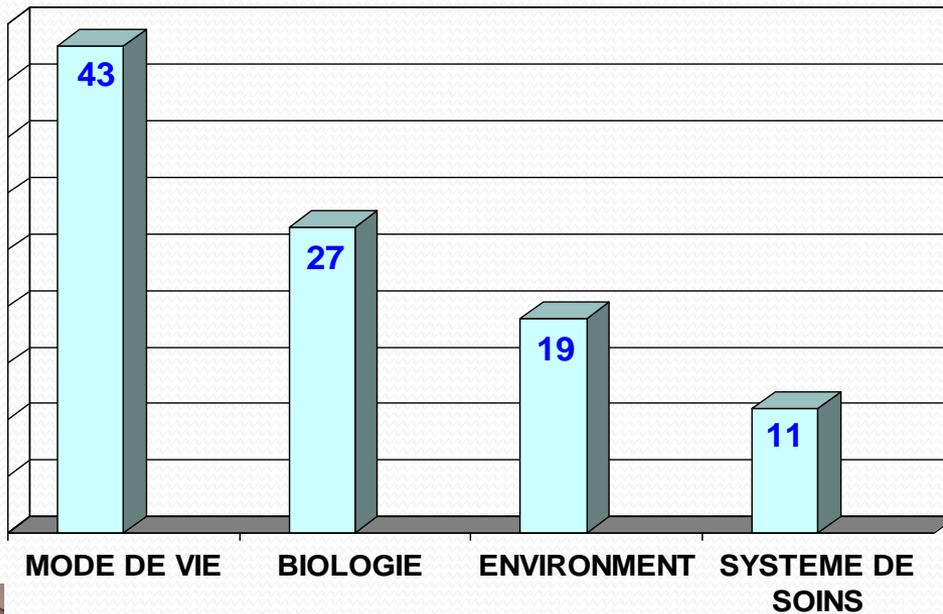
Parmi les exemples de questions relatives au financement de la santé, on peut citer:

- Comment et auprès de quelles sources lever suffisamment de fonds en faveur de la santé?
- Comment surmonter les obstacles financiers qui excluent de nombreux pauvres de l'accès aux services de santé, ou
- Comment proposer un éventail de services de santé équitables et efficaces?

- La santé dépend de nombreux éléments qui se situent en dehors des systèmes de santé.
- La littérature empirique sur les déterminants de l'état de santé montre notamment que le revenu et l'éducation jouent en général un rôle plus important que les dépenses publiques et privées de santé dans la réduction de la mortalité infantile et dans l'augmentation de l'espérance de vie.



Contribution potentielle des interventions sur la réduction de la mortalité aux Etats-Unis (en %)



Adapted from Devers G.E.A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis Soc. Ind. Res., 1976 Vol.2 P 465



Changement des comportements : les bonnes nouvelles

↓

Coffee May Protect the Liver
By MICHAEL BALLAR © 2018-2019



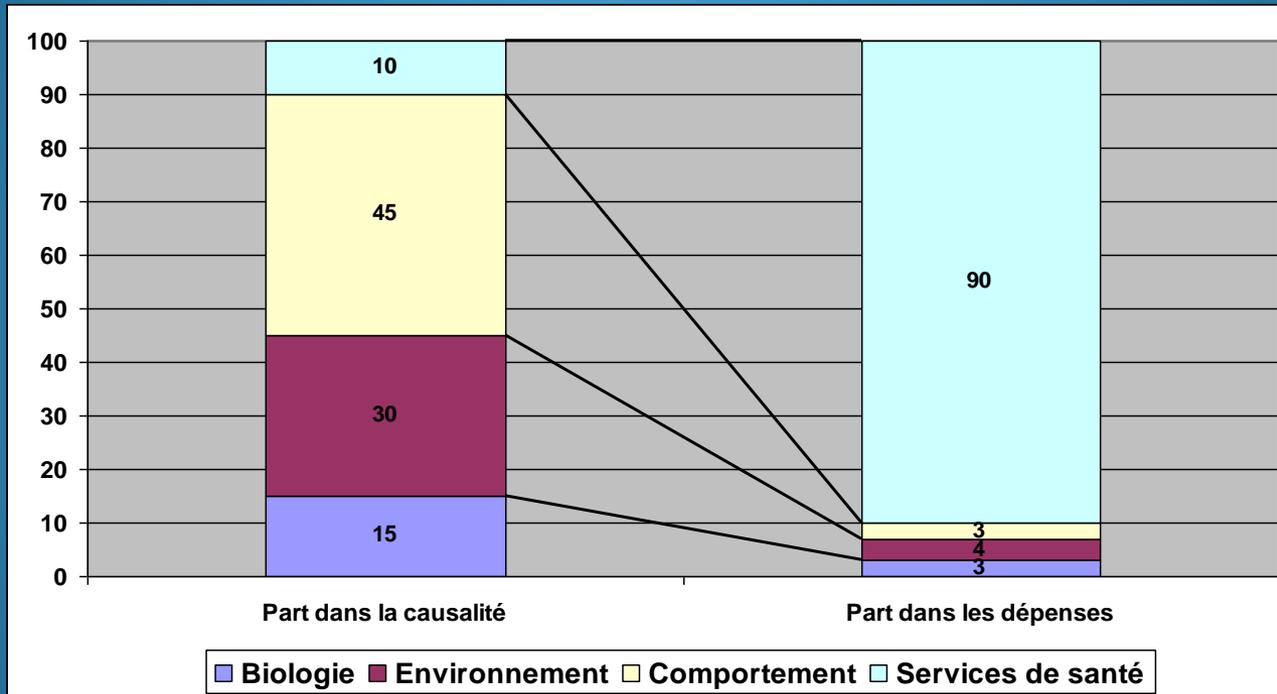
A Glass Of Wine A Day May Help Control Type 2 Diabetes
© 2018-2019



Quelles sont les mauvaises nouvelles ?

WORLD BANK GROUP

Comment dépensons nous pour la santé ?



Hippocrate déjà parlait d'environnement et de conditions de vie

- Hippocrate (v. 460 - 377 av. J.-C.) " Pour approcher la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants " (1X",)



- On distingue essentiellement trois fonctions intimement liées:
 - ✓ La collecte ou la mobilisation des ressources
 - ✓ La mise en commun des ressources
 - ✓ L'achat des services

1.1 Mobilisation 1/5

- Il s'agit du moyen par lequel le système de santé reçoit des fonds pour financer les activités.
- La collecte des ressources concerne les sources de financement, leur structure et l'entité ou l'organisme choisi pour la collecte.

De manière plus spécifique :

- Pour ce qui est des sources de financement, la principale question concerne l'équilibre entre les ressources internes et externes, et, au sein des ressources internes, entre les entreprises commerciales (ou les employeurs) et les individus (ou les ménages) ;

1.1 Mobilisation des ressources 2/5

- Pour ce qui est des mécanismes de cotisation, les principales difficultés sont relatives à la structuration des cotisations et à leur degré d'équité (c'est-à-dire à leur progressivité ou dégressivité).
- Enfin, l'organisme chargé de la collecte des fonds peut être public, privé ou paraétatique.
- S'il est privé, il peut être à but lucratif ou non lucratif.

1.1 Mobilisation des ressources 3/5

➤ *Type d'organismes de collecte*

Le type de l'organisme de collecte est très étroitement lié au mécanisme de participation. Ainsi:

- les impôts sont collectés par des organismes gouvernementaux ;
- les cotisations à l'assurance maladie obligatoire sont collectées soit par le gouvernement, soit par des organismes para-étatiques ou privés ;
- enfin, les cotisations à l'assurance maladie privée sont collectées par un organisme privé qui peut être, ou non, à but lucratif..;

1.1 Mobilisation des ressources 4/5

- Le type d'organisme de collecte peut avoir un impact sur la part des revenus à collecter qui est réellement collectée ;
- Par exemple, dans un pays où la population considère que son gouvernement n'est pas responsable ou dans un pays où elle ne lui accorde pas sa confiance, l'évasion fiscale peut être importante.
- Dans le cas de l'assurance maladie obligatoire, si le gouvernement ne jouit pas d'un large soutien ou si les citoyens ne font pas confiance à leur gouvernement pour agir dans leurs intérêts, il est préférable que l'assurance obligatoire soit gérée par un organisme paraétatique ou même par un organisme privé à but non lucratif.

1.1 Mobilisation des ressources 5/5

- Le degré de confiance accordé à l'organisme de collecte est encore plus important dans le cas de l'assurance maladie volontaire, qu'elle soit privée ou à base communautaire.
- L'affiliation de nouveaux membres au régime d'assurance volontaire dépendra principalement de la confiance qu'ils accordent à ce régime d'assurance, ainsi que de sa capacité à sécuriser et à bien utiliser leur cotisation (Schneider, 2005).

1.2. Mise en commun des ressources (Pooling) 1/6

- La fonction de mise en commun des fonds pour le financement des soins de santé a été décrite comme « l'accumulation de ressources prépayées pour les soins de santé d'une population (Kutzin, 2001).
- La finalité de cette fonction est de connecter le montant du paiement du coût des services consommés par le ménage.
- Le pooling des ressources s'inscrit dans une logique de partage des risques (fonction assurantielle du financement des services de santé)

1.2. Mise en commun des ressources (Pooling) 2/6

- Les dépenses pour les soins de santé sont imprévisibles:
 - Quand est ce que on va tomber malade?
 - Quels types de soins aurons nous besoin?
 - Combien ces soins vont-ils nous couter?
 - Serons nous à mesure de payer ces soins?
- La plupart des individus sont incapables de payer ces dépenses imprévues avec les ressources dont ils disposent sur le moment.

1.2. Mise en commun des ressources (Pooling) 3/6

- Même s'il est difficile de prévoir les besoins de santé futurs d'un individu ainsi que leurs coûts, il est possible d'utiliser des données épidémiologiques et actuarielles pour anticiper les besoins de santé futurs d'un groupe.
- **Cette possibilité est au cœur de la mise en commun des risques** : les individus cotisent régulièrement à un fonds de mise en commun des ressources et, lorsqu'ils tombent malade, le fonds couvre leurs dépenses de santé.
- En fait, à un instant t , les membres du fonds de mise en commun des ressources qui sont en bonne santé aident ceux qui sont malades à payer leurs dépenses de santé.

1.2. Mise en commun des ressources (Pooling) 4/6

- Il est évident que les individus qui sont malades et ceux qui sont en bonne santé vont changer au cours du temps.
- Le risque de tomber malade et d'avoir des dépenses de santé élevées imprévues est ainsi distribué parmi les membres du fonds de mise en commun des ressources.
- Le temps est pris en compte dans les plans de partage des risques puisque les individus utilisent les cotisations qu'ils ont faites quand ils étaient en bonne santé pour payer les soins de santé dont ils ont besoin quand ils sont malades (Normand, 1999).

1.2. Mise en commun des ressources (Pooling) 5/6

- Plus le groupe de mise en commun des risques est grand, plus il est facile de prévoir les dépenses de santé qui seront nécessaires.
- « Il existe un large consensus sur le fait que, toutes choses égales par ailleurs, les systèmes dans lesquels le degré de mise en commun des risques est le plus élevé atteignent de meilleurs résultats » (Davies et Carrin, 2001).
- Souvent, l'organisme responsable de la collecte des cotisations est aussi responsable de la mise en commun de ces ressources.

1.2. Mise en commun des ressources (Pooling) 6/6

Les éléments essentiels de la mise en commun des risques sont :

- La taille de la population et les groupes socio économiques qui sont couverts par le mécanisme de financement ;
- Les mécanismes utilisés pour allouer les ressources de l'organisme chargé de la mise en commun à celui chargé de l'achat

1.3. Achat

1/2

- L'achat est défini comme « le transfert des ressources aux prestataires de soins au nom de la population pour qui ces ressources ont été mises en commun » (Kutzin, 2001).
- Le terme de « transfert » implique une approche passive alors qu'il est de plus en plus reconnu que l'organisme qui transfère les ressources doit être un acheteur de services actif pour les bénéficiaires des ressources mises en commun.
- Il doit particulièrement veiller à ce que les services appropriés soient efficacement garantis.

1.3. Achat

2/2

Les principales difficultés liées à la fonction d'achat du financement des soins de santé sont :

- Le choix du paquet de services auquel les bénéficiaires auront droit, y compris le type de services, le type de prestataires et le parcours d'accès aux soins ;
- Le choix du mécanisme pour le paiement des prestataires ou la méthode utilisée pour transférer les ressources de l'acheteur au prestataire.

1.4: Objectifs de ces fonctions

- Améliorer l'état de santé des populations
- Favoriser l'équité dans le financement et dans l'accès aux soins
- Orienter la production des services de santé en premier lieu vers ceux qui ont le plus besoin
- Agir sur l'évolution des coûts de production des soins
- Améliorer la qualité des soins
- Améliorer la performance des systèmes de santé en agissant sur entre autres sur l'efficience allocative et technique des ressources utilisées dans le système de santé

II. Sources de financement

Parmi les sources de financement traditionnelles de la santé on va distinguer :

- Les fonds publics;
- Les fonds privés (ménages et assurances);
- Les ressources extérieures.

L'objectif n'est pas de déterminer la meilleure source de financement mais de donner quelques indications pour faciliter le recours à telle ou telle source de financement.

2. 1. Financement public des dépenses de santé

- Le financement de l'Etat tire généralement sa source des impôts, (impôts directs, prélevés sur les revenus des entreprises ou des particuliers, ou impôts indirects comme la taxe sur la valeur ajoutée ou les droits de douane).
- Le financement des bailleurs de fonds, qu'il provienne de bailleurs bilatéraux ou d'organisations internationales multilatérales, peut prendre la forme soit de prêts qui devront être remboursés avec des intérêts, soit de dons qui ne doivent pas être remboursés.

2. 1. Financement public des dépenses de santé

Pour optimiser les recettes publiques afin de financer les dépenses de santé, l'Etat doit opérer des réformes budgétaires et fiscales. Cela passe par:

- La lutte contre la corruption;
- Le renforcement des compétences des collecteurs et des comptables publics;
- L'élargissement de l'assiette fiscale;
- L'instauration d'une équité fiscale.

2. 1. Financement public des dépenses de santé

La Déclaration d'Abuja 2001:

15% du budget de l'Etat consacrés à la santé

Mais les Ministères des Finances sont toujours réticents

2. 1. Financement public des dépenses de santé

Les financements innovants - Etat

- Produits de voyage et de tourisme
- Impôt sur le change de devises
- Impôts sur les transferts d'argent
- Taxe sur les opérateurs de téléphonie portable
- Taxe sur les profits des firmes pharmaceutiques
- Les taxes sur les produits nocifs à la santé comme le tabac, l'alcool, le sucre, sel, l'huile

2. 1. Financement public des dépenses de santé

Les financements innovants – Extérieur

- Taxe sur les billets d'avion

1. 1. Financement public des dépenses de santé

Les financements innovants

Problèmes :

- Unicité budgétaire
- Compétition entre ministères
- Comment gérer ces financements?

2.2. Les fonds privés

Les fonds privés sont constitués des contribution financières des usagers à travers le paiement direct et les systèmes d'assurances.

- **Le recouvrement des coûts (paiement direct)**
 - C'est une modalité selon laquelle l'utilisateur paie intégralement ou partiellement les services de santé par les soins ou les services auxquels il a recours.
 - Le paiement direct s'est généralisé pour les médicaments à partir de l'Initiative de Bamako, lancée en 1987 par l'OMS et l'UNICEF.

2.2. Les fonds privés

Le recouvrement des coûts (paiement direct)

Il poursuit essentiellement 3 objectifs:

- Améliorer la qualité des services;
- Améliorer la fréquentation des FS;
- Améliorer l'accessibilité financière.

2.2. Les fonds privés

Avantage du recouvrement des coûts (paiement direct)

Les principaux avantages sont:

- Renforcement du pouvoir des usager par la création d'une chaîne de responsabilité;
- Renouvellement du stock de médicaments;
- Financement des dépenses de fonctionnement et de quelques investissements;
- Recrutement du personnel contractuel;
- Création d'incitation financière au personnel;
- Promotion de l'équité.

2.2. Les fonds privés

Limites du recouvrement des coûts (paiement direct)

Les principales limites sont:

- Faible capacité contributive des ménages;
- Répartition unique des charges financières entre les catégories sociales;
- Dualité entre espaces urbaines et rurales et entre économie moderne et informelle;
- Prééminence de la logique économique.

2.2. Les fonds privés

Limites du recouvrement des coûts (paiement direct)

Les principales limites sont:

- Faible capacité contributive des ménages;
- Répartition unique des charges financières entre les catégories sociales;
- Dualité entre espaces urbaines et rurales et entre économie moderne et informelle;
- Prééminence de la logique économique.

2.2. Les fonds privés

➤ Assurance maladie

Il existe différents types d'assurance maladie.

- L'assurance maladie obligatoire (AMO) est un système d'assurance auquel certains groupes de population ou la population totale ont l'obligation légale d'adhérer.
- En revanche, l'assurance maladie volontaire ne comporte pas une telle obligation
- *Assurance maladie obligatoire*
- L'assurance maladie obligatoire est souvent appelée « assurance sociale de santé » (ASS), notamment si seuls certains groupes ont l'obligation d'adhérer ou si elle n'accorde de bénéfices qu'à ceux qui cotisent.

2.2. Les fonds privés

- *Assurance maladie obligatoire*
- L'assurance maladie obligatoire est fondée sur le principe de la solidarité sociale. Les cotisations sont « à base communautaire », c'est-à-dire qu'elles sont basées sur le coût moyen attendu de l'utilisation des services de santé par la totalité du groupe assuré et non par un individu ou un sous-groupe.

2.2. Les fonds privés

- *Assurance maladie volontaire*
- Aussi appelée « assurance maladie privée », l'assurance volontaire a historiquement été le domaine réservé des groupes à revenus supérieurs.
- Les régimes d'assurance maladie à base communautaire (RABC), également appelés « mutuelles de santé », « régime de prépaiement à base communautaire », « fonds de santé communautaire » ou « microassurance » sont une forme d'assurance maladie volontaire qui s'est largement développée au cours des dernières années en Afrique et en Asie (Bennett et al., 1998).

2.3 Les fonds extérieurs

- De très nombreux pays à faibles revenus sont dépendants du financement des bailleurs de fonds extérieurs.
- Par exemple, Sao Tomé et Príncipe où 75% des dépenses totales de santé proviennent de ressources extérieures ; le Rwanda, avec 47% ; les Iles Salomon avec 41% ; ou encore le Mozambique et la Papouasie Nouvelle Guinée avec 38% chacun.
- Au Burkina Faso, contrairement aux autres années les fonds privés (Ménages 31,6% en 2016) constituent la 2^{ème} source de financement de la santé derrière les dépenses de santé de l'Etat (35,1% en 2016) et les fonds extérieurs constituent la 3^{ème} source de financement de la santé selon le rapport des CNS 2016.

2.3 Les fonds extérieurs

L'aide étrangère peut prendre différentes formes:

- Aides sans contrepartie directe: Elles sont constituées des dons en argent ou en nature, des subventions, de l'assistance technique, des dons en équipements, en matériels divers...
- Aides avec contrepartie: prêts à taux bonifiés, contrats pluriannuels d'aide avec conditions limitatives explicites (achats dans les pays donateurs, ...)

2.3 Les fonds extérieurs

Cette source présente des avantages surtout lorsqu'elle s'inscrit dans une stratégie de pérennisation, c'est-à-dire d'implication progressive de l'Etat.

Cependant, elle présente un aspect désavantageux, du fait que les ministères des finances exercent un pouvoir considérable au sein de nombreux gouvernements africains et ils sont souvent plus réactifs aux demandes des bailleurs que les ministères sectoriels.

Ainsi, les bailleurs peuvent tenter d'imposer leurs priorités pour le secteur de la santé, notamment pour les stratégies de financement des soins de santé, en faisant pression sur les représentants du trésor qui peuvent, à leur tour, faire pression sur les représentants du ministère de la santé.



III. Utilités de l'analyse des coûts

Le Coût pour le producteur

Coût de production: valeur de l'ensemble des ressources mobilisées (nécessaires) pour la production d'un bien.

Analyse des coûts: Évaluation des coûts relatifs à toutes les ressources employées pour le fonctionnement d'un programme ou d'un service.

Utilité de l'analyse des coûts

- L'économie de la santé évalue, en termes de coût et d'efficacité, la production de soins et de services médicaux alloués à une population.
- L'analyse des coûts constitue un outil d'appréciation des besoins de financement et d'aide à la décision.

10 Raisons de faire l'analyse des coûts

- 1- Décision d'investir
- 2- Mesure de l'efficacité
- 3- Maîtrise des coûts
- 4- Promotion des bonnes pratiques
- 5- Budgétisation

10 Raisons de faire l'analyse des coûts

6- Evaluation

7-Recouvrement des coûts

8- Accessibilité financière

9- Pérennisation de la qualité

10- Passage à l'échelle

V. Etude de cas

CONCLUSION

Aucun pays n'a un mécanisme de financement des soins de santé unique.

- Un pays peut par exemple avoir une assurance maladie obligatoire universelle qui est financée par les prélèvements sur les salaires des employés du secteur formel, par les cotisations des travailleurs du secteur informel qui sont reversées à la communauté et par les cotisations des pauvres qui sont entièrement subventionnées par les recettes fiscales.
- De plus, ce pays peut avoir une assurance maladie volontaire complémentaire et des paiements directs pour les services qui ne sont pas inclus dans le paquet de services offerts de l'assurance obligatoire.

CONCLUSION

- Chaque mécanisme de financement a ses avantages, ses inconvénients et une structure propre qui lui permet d'atteindre plus facilement ses objectifs et de minimiser le risque de conséquences défavorables.
- Un mécanisme de financement des soins de santé devrait fournir une protection financière suffisante de telle sorte qu'aucun ménage ne s'appauvrisse en raison du recours aux services de santé.
- Une telle protection comprend l'intégration d'un plan de partage des risques dans le mécanisme de financement des soins de santé, dans le cadre duquel les dépenses de soins uniquement par un individu ou un ménage.

CONCLUSION

- Il est évident que chaque pays doit disposer d'une grande marge de manœuvre pour améliorer son système de financement des soins de santé et le rendre viable, équitable, efficient et pérenne.
- Pour cela, ce pays devra évaluer avec attention les trois fonctions essentielles du financement des soins de santé, à savoir la collecte des revenus, la mise en commun des risques et l'achat.
- Il devra également se baser sur l'expérience d'autres pays à faibles et moyens revenus qui se sont engagés avec succès dans la même voie, en l'adaptant si nécessaire.



***Merci pour votre
attention***