

Le financement de la santé : Mixité des sources et diversité des régimes (leçons de quelques expériences internationales)

2^{ème} Conférence de santé (1 au 3 juillet 2013)

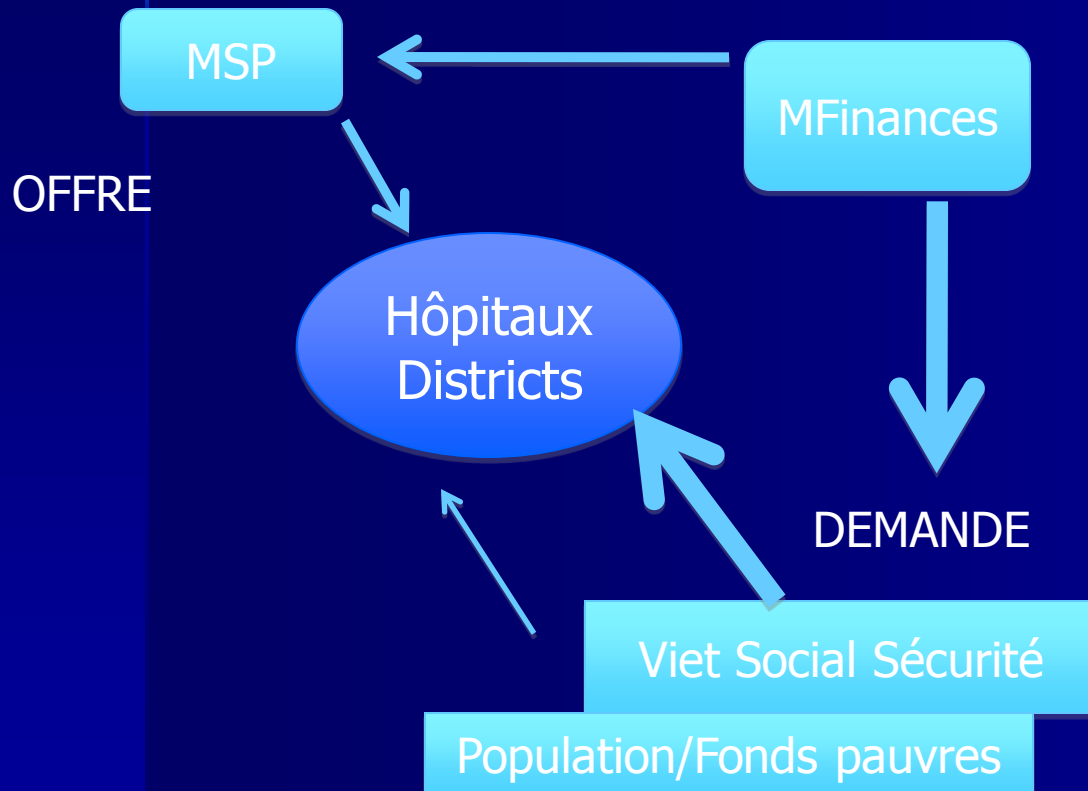
Union Européenne

Des systèmes diversifiés mais 3 problèmes particuliers

- Equilibre entre le financement de l'offre et de la demande
- Le ciblage des pauvres ou du paquet de base ? Des personnes ou des soins ?
- Les mécanismes de financement des « nouveaux » soins de santé primaires

Passer d'un Financement de l'offre à un équilibre entre l'offre et la demande

Le cas du Vietnam : 2001 transfert des fonds du MF non plus seulement au MSP mais à VSS qui intègre les pauvres (en particulier pour les cotisations des pauvres et des minorités)



VSS achète les services par facturation avec quota.

Le débat actuel est l'introduction de capitation et de forfaits (DRG)

Distribution de cartes et/ou réel nouveau partage du financement

- Le cas du Vietnam : 67% population couverte mais 18% des financements !

% Dépenses de santé	National	Cao Bang	Bac Kan
MSP	22%	48%	37%
VSS	18%	28%	26%
Paiements directs	51%	19%	17%
Entreprises	7%	1%	4%
Extérieurs	2%	4%	16%

Comparaison entre le niveau national et deux régions pauvres avec plus de 70% des minorités

Baisse des paiement directs
Augmentation de VSS et augmentation de la part du MSP

Financement par l'offre pour les priorité de service public et pour l'équité

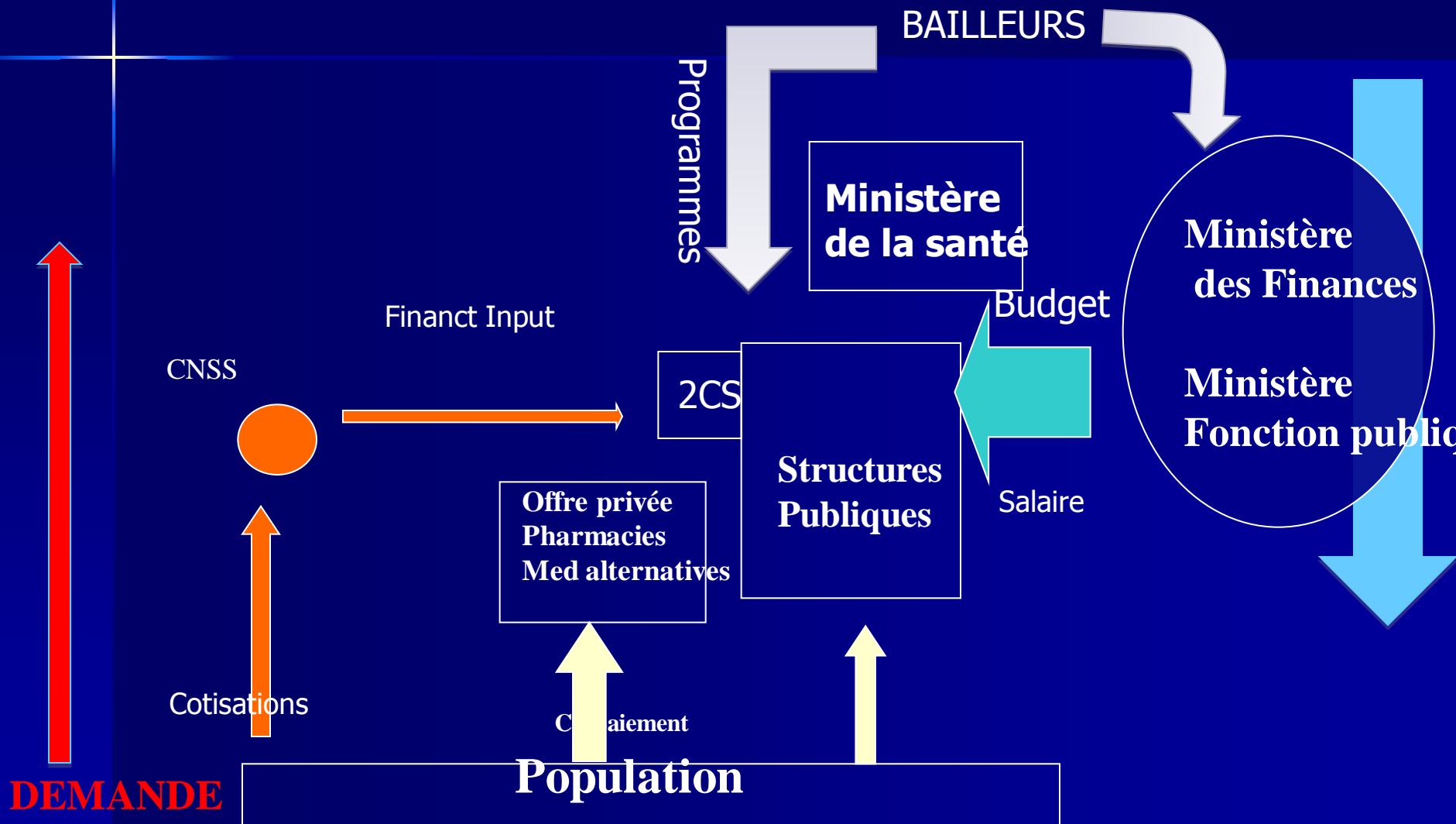
Financement par la demande pour les services vraiment fournis aux patients (qualité)

Comparaison du financement par la demande et par l'offre

	Par l'offre	Par la demande
Exemples	Investissement publics Dotations budgétaires selon des critères de répartition	Remboursement de factures ou de forfaits (capitation, DRG) Tiers payants, Bon d'achats
Avantages	Planifier selon les besoins Utiliser des indicateurs de qualité plus sophistiqués Équité, accessibilité Plus facilement contrôlable	Suit le patient - Crée des droits Pression sur la qualité Liens avec l'activité réelle Dépenses de fonctionnement Concurrence public-privé
Inconvenients	Sur-capacités/pénurie Sous-utilisation Problème de timing Vulnérabilité politique	Risque inflationniste Le patient mal informé Dérive commerciale Renforce les inégalités
Outils de régulation	Numerus clausus Carte sanitaires ONDAM	Ticket modérateur-avance Conventionnement Contractualisation

Un cas de financement axé sur l'offre : Djibouti

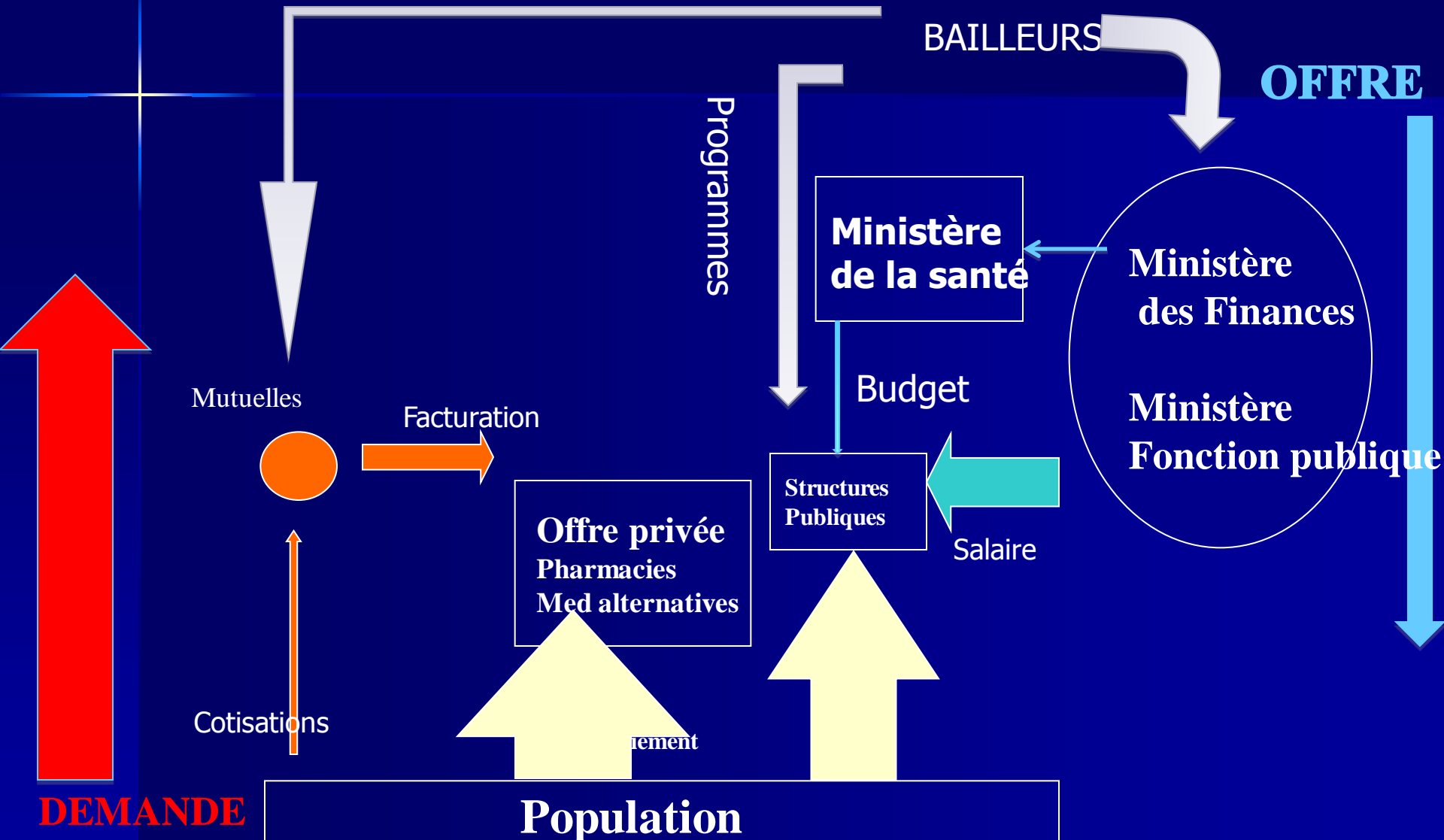
OFFRE



Les leçons d'un financement trop axé sur l'offre (Djibouti)

- Le circuit public initialement conçu pour des fonctions régaliennes n'est pas toujours adapté à un financement de la santé (flexibilité, lien avec l'activité réelle)
- Forte dépendance extérieure qui passe par le circuit public sans le reformer
- Une habitude de gratuité sans réelle financement (-> Des paiements informels)

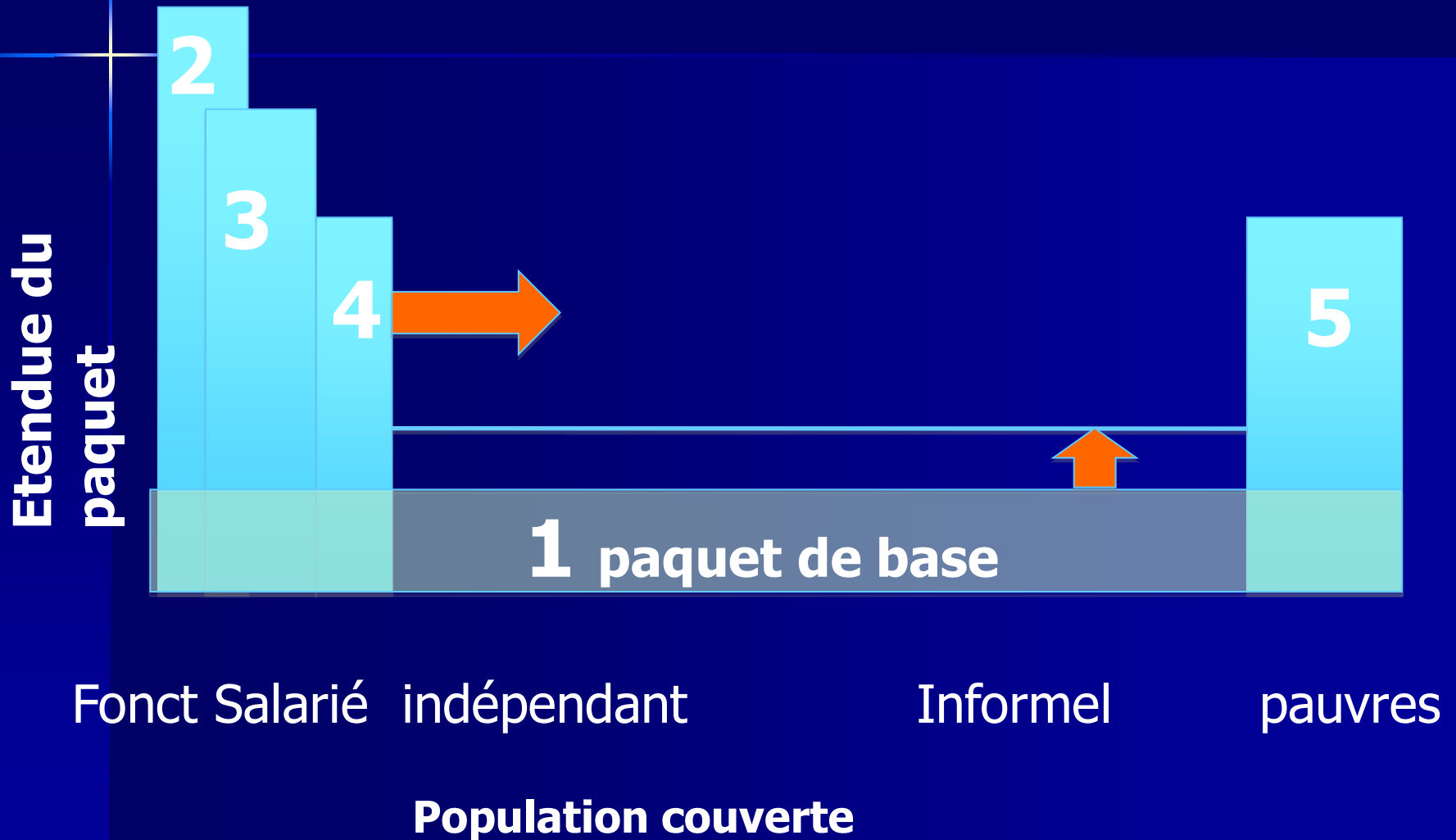
Un cas de financement par la demande sans tiers payant : Comores



Les leçons d'un financement par la demande sans tiers payant : Comores

- Faibles moyens budgétaires de l'Etat
- Importance des paiements directs
- Problème d'accès. Faible fréquentation et utilisation (cercle vicieux sur les moyens)
- Un début d'assurances salariés (publics et privé) mais faiblesse de l'offre
- Comment couvrir les pauvres et les moins pauvres ?

Extension horizontale (nouveau régime) ou extension vertical (paquet de base)



Le ciblage des pauvres : Les limites des systèmes d'exemption des paiements pour les pauvres (ex Tanzanie)

		Selon le test	
		exempté	Non exempté
Situation réelle	Pauvre	Ok	Faux négatif
	Non pauvre	Faux positif	Ok

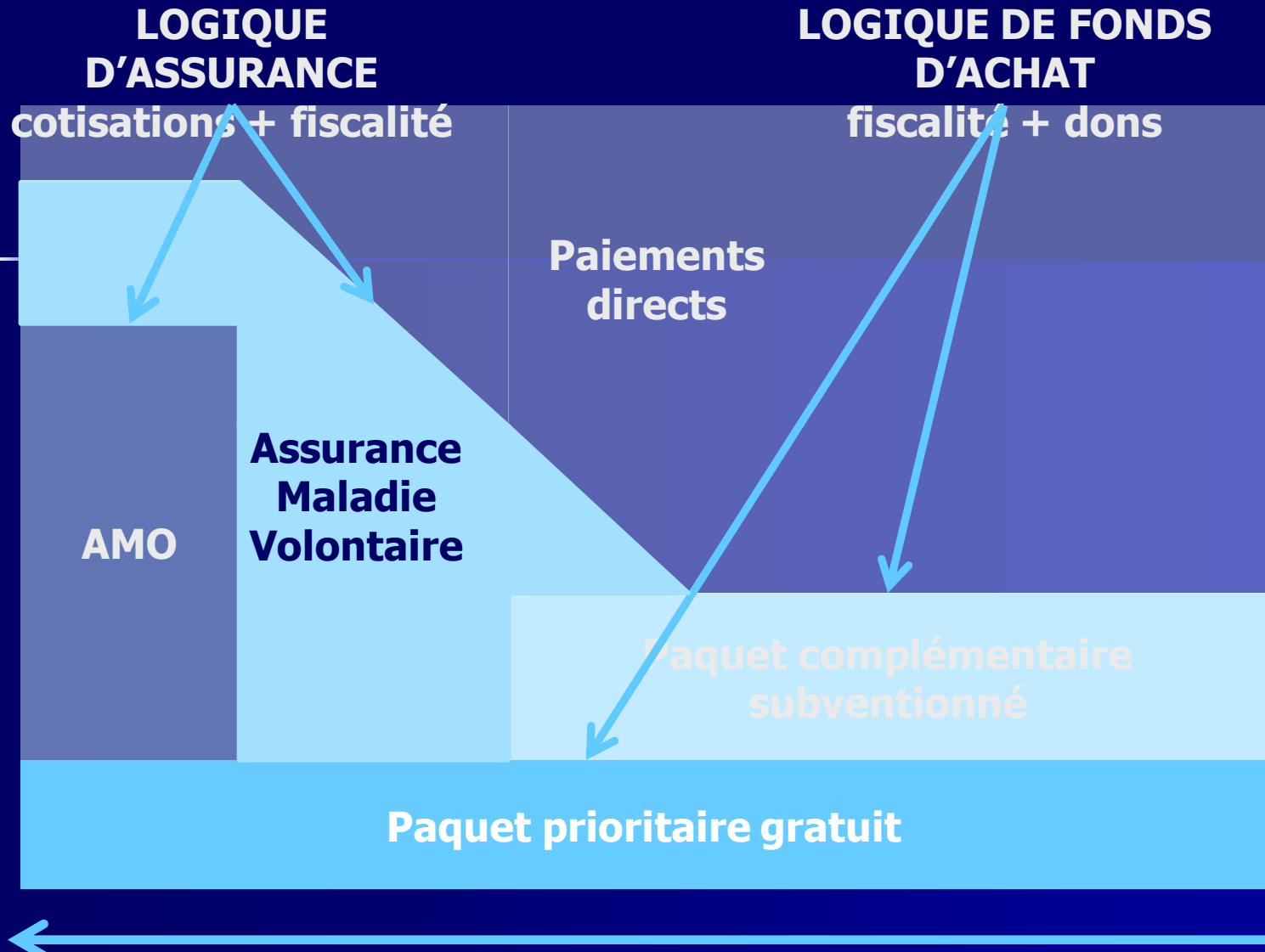
Les systèmes d'exemptions mettent souvent l'accent sur les faux positifs (pour limiter le gaspillage) mais ne prennent pas en compte les faux négatifs (ceux qui sont exclus par erreur, souvent parce qu'ils ne peuvent demander l'exemption). Ceux sont surtout eux qui influent sur les indicateurs de santé publiques.

La sélection du paquet de soins plutôt que celle des personnes

- Le système de sélection des pauvres est-il très spécifique ou très sensible ?
- Quel est le coût administratif du système par rapport aux pertes liées aux faux positifs/négatifs
- Quel est « le paquet pour tous » que peut prendre en charge le pays ? Quel est son coût par rapport à l'ensemble des dépenses publiques ?
- Une grande partie des plus riches sélectionnent eux-même d'autres services
- Le système de santé n'a pas la charge (ni la capacité technique) d'effectuer une bonne redistribution sociale (impôts)

La gratuité de ce paquet doit être financée mais différents mécanismes existent : Comparaison des expériences au Senegal

- Fournitures des intrants (kits accouchements, dotation médicaments)
- Donations d'équipement permettant d'avoir des revenus pour compenser les pertes (Laboratoire dans le projet banque Mondiale)
- Augmentation des allocations budgétaires (indigents)
- Remboursements des services par le Ministère (Sesames pour les personnes âgées)
- Fonds d'achats spécifiques (débat SIDA)
- Intégration dans le système de protection sociales avec paiement d'une partie des cotisations (DECAM)



Salariés protégés

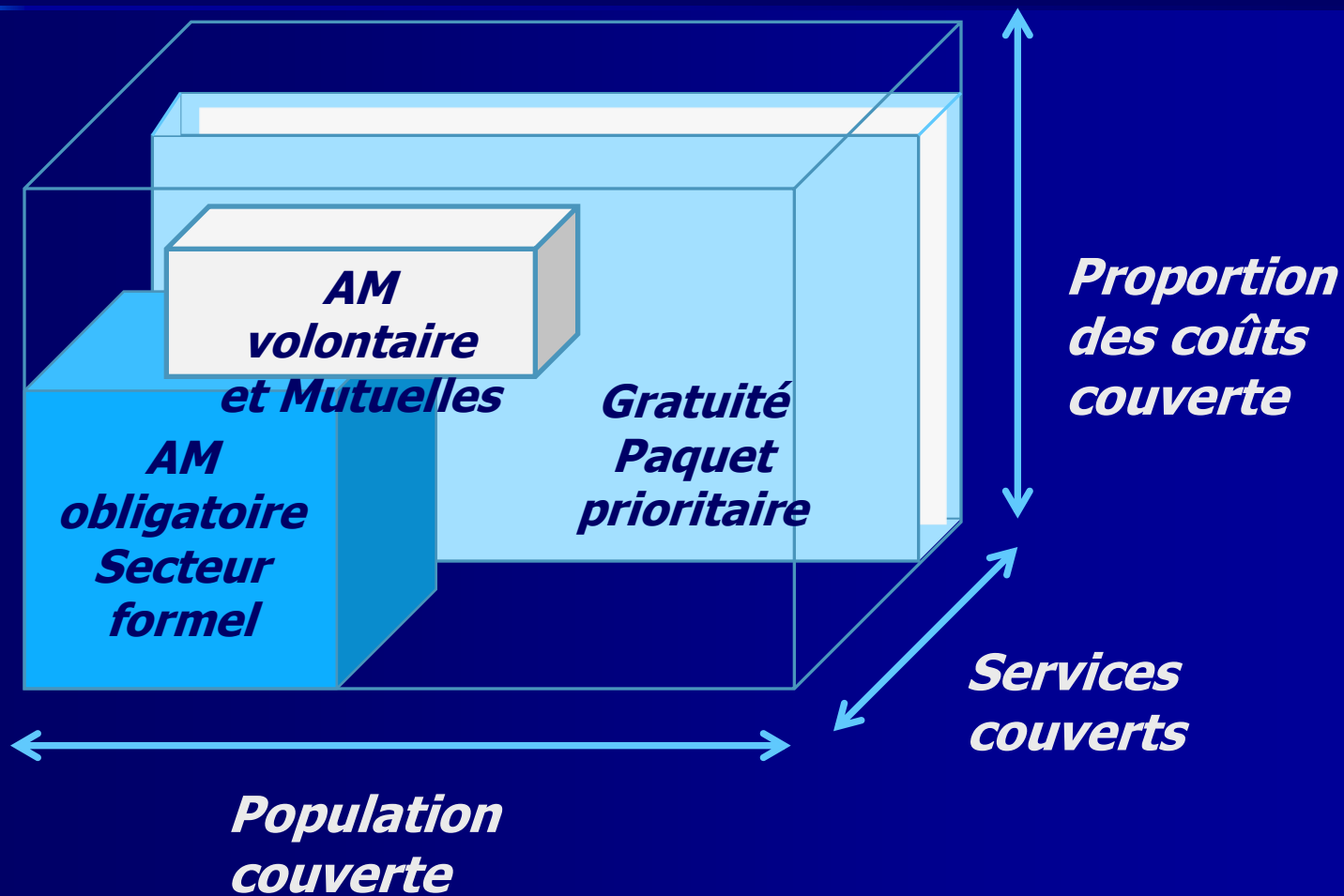
Salariés non protégés

Indépendants, artisans

Agriculteurs, pêcheurs, éleveurs

Chômeurs Inactifs

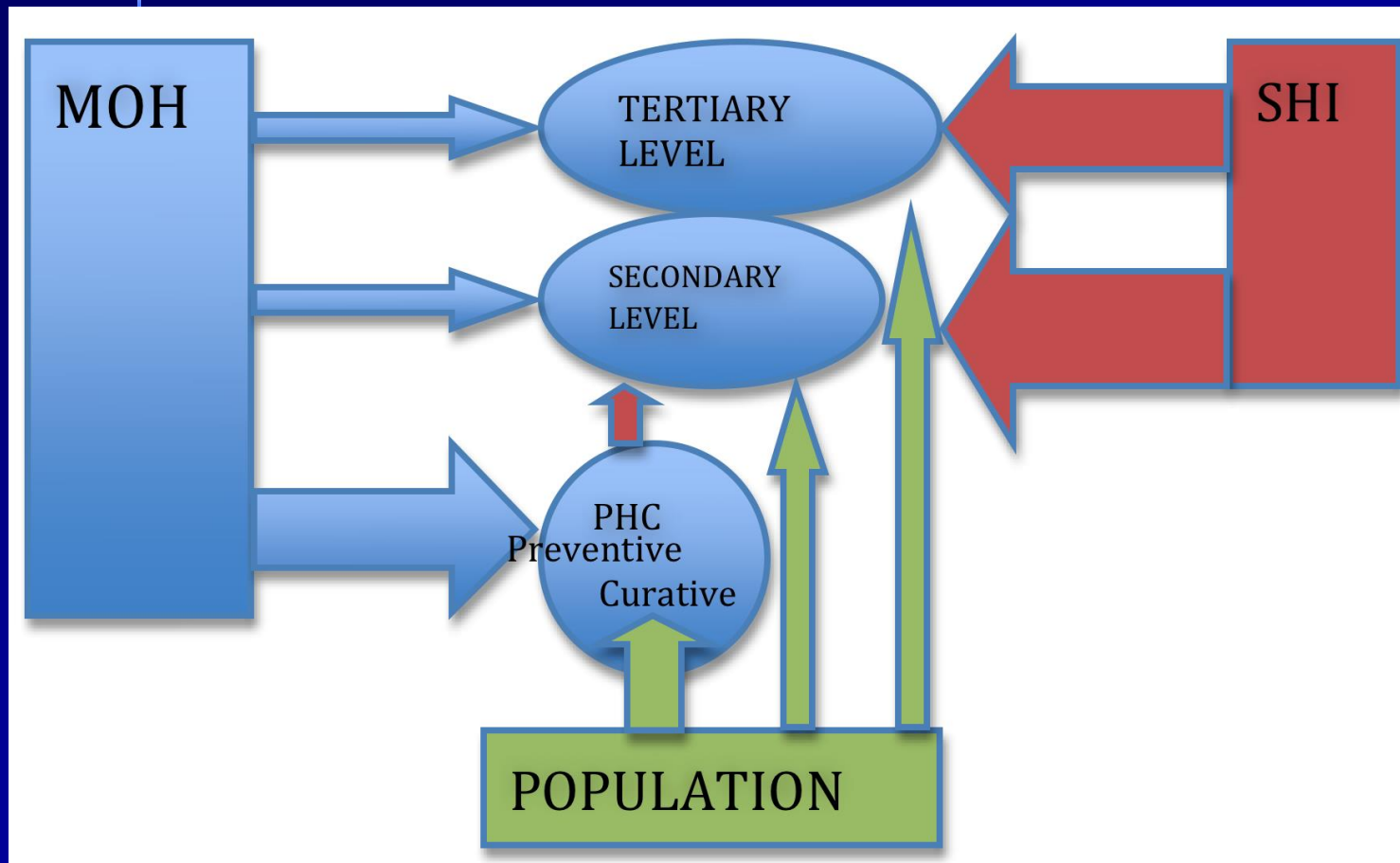
*La progression vers la couverture universelle aux Comores:
un ensemble d'outils et de mécanismes complémentaires*



Le financement des SSP

- Les nouveaux besoins des SSP (transition épidémiologique, demande de soins de proximité, diagnostics de bon niveau, hôpital de jours).
- Problème de financement de ces SSP publics qui n'ont souvent pas d'autonomie budgétaire et bénéficient peu du financement de l'assurance et d'autres incitatifs
 - Proposition de regroupement (RU)
 - Des centres intermédiaires ou les polycliniques de la CNSS (Tunisie),
 - 2 001 création des FHF (fonds Médecins Famille) en Egypte

Egypte: Questions sur la nouvelle loi sur la Social Health Insurance (SHI) en attente depuis 2009



Risque de sous financer les soins de santé primaires avec un partage inégal : MOH pour les SSP et SHI pour tous les hôpitaux

Comment financer les références ?

Questions sur les transformation du système de santé Tunisien

- Un système ancien (1960) et par étapes, couvrant théoriquement 95% population (y compris indigents)
- 2004 Union de la CNSS (salarié privé) et de la CNRPS (public) dans la CNAM mais les caisses continuent de récolter les cotisations
- Tronc commun rendant possible une redistribution mais diversité des paquets et des mécanismes
- Financement de la CNAM progresse pour les hôpitaux publics et privés
- Il progresse pour les 6 polycliniques de la CNSS et les SSP Privés (mais pas dans le secteur public qui risque de devenir « pour les indigents » et dépend uniquement du financement du MSP)

Les services et des mécanisme différents suivant 3 filières

	Recours des Patients						Financement des Structures	
	Filière Publique			Filière privée				
Secteur public								
Ambulatoire	TP	TM	PLT				AF 30%	Actes PL
CNSS	TP	TM						Inputs
Hospitalisation	TP	TM	PLT	TP	TM	REF	TP TM	GHM PL
APCI	TP		PEC	TP		PEC		Forfaits
Secteur privé								
Ambulatoire				TP 30%	PL	REF	AF 30%	Actes
Hospitalisation	TP		PEC	TP	PL	PEC	AF 30% PEC	Actes/forfaits
APCI	TP		PEC	TP		PEC	AF PEC	Forfaits

TP : tiers payant ; AF : avance de frais et remboursement ; TM : ticket modérateur; PL : Plafond pour le patient ; PLT : Plafond du ticket modérateur ; PEC : décision de prise en charge ; REF : Décision du médecin référent ; Inputs : remboursement des factures de frais ; GHM : remboursement par groupes homogènes de malades.

Conclusion : Un système diversifié pour renforcer le droit des patients

Le financement par la demande donne un droit aux patients.

Obligation de résultat et non plus de moyens

Une logique « Bottom up » et non plus « top down »

Un puissant incitatif à l'amélioration de la qualité et à la réforme

Il existe de nombreux mécanismes de régulation

Un paquet de base garanti pour tous peut ne pas être très cher et peut varier selon les moyens du pays. Il peut être pris en charge par différents mécanismes mais ne doit pas être trop segmenté par type de personne

Un système simple est une manière de lutter contre la corruption. Le citoyen connaît ses droits. Le financement de l'activité est plus direct (moins d'intermédiaires, contrôle sur le service réellement effectué)

Un partage claire entre les différents mécanismes de financement

La délimitation claire d'un paquet de base permet ensuite d'établir d'autres financements sur une base volontaires (public ou privé, mutuelles ou assurances complémentaires d'entreprise)

Les effets bénéfiques de cette logique complémentaire du financement de la demande et de l'offre dépends :

- du choix judicieux des mécanismes de financements (facturation, forfaits, capitation)
- de l'autonomie des agents (Assurance, Fonds d'achats, rôle régulateur de l'Etat)