



PROGRAMME D'APPUI A L'EXTENSION DE LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE

Programme financé par l'Union Européenne
EuropeAid/127025/C/SER/MA)

Mixité des sources de financement, diversité des régimes de couverture maladie : l'impératif de cohérence

2^{ème} Conférence nationale de santé
1er juillet 2013
Alain Letourmy (ADECRI)

Couverture universelle et financement du système

- La politique de couverture universelle tend à mobiliser le maximum de sources de financement et à remplacer le paiement direct par la gratuité et le paiement par des tiers, d'où des régimes de couverture variés
- Mixité des sources et diversité des régimes sont en même temps génératrices de risques
 - sous-financement de la production de soins
 - inefficience de la production
 - inégalité dans la prise en charge des personnes.

Objet de la présentation

- Décrire les principaux risques inhérents à la mixité de sources de financement et à la diversité des régimes de couverture maladie.
- Examiner les possibilités de mise en cohérence des sources et des régimes.
- Deux aspects :
 - financement de la production de soins
 - architecture institutionnelle de la couverture maladie

Les acteurs

- **Les sources primaires** (ménages, Etat, entreprises, collectivités, associations, Extérieur) qui peuvent fournir des ressources directement aux prestataires
- **Les sources secondaires ou payeurs collectifs** (fonds publics gérant la gratuité, caisses d'assurance, mutuelles, compagnies commerciales) qui peuvent tirer leurs ressources de plusieurs sources primaires avant de payer le prestataires

1- La production de soins face à la mixité des sources de financement (cas des établissements publics)

- **Les patients** fournissent des recettes par paiement direct (éventuellement ticket modérateur)
- **Plusieurs payeurs collectifs** règlent des factures en tiers-payant et complètent les recettes précédentes
- **L'Etat** alloue des dotations de fonctionnement (personnel + médicaments + autres) et d'investissement.

Coexistence de 3 logiques de financement

- Une logique économique d'achat de services par les patients et les organismes collectifs de paiement
- Une logique sociale de tarification imposée par l'Etat pour permettre le paiement direct par les malades
- Une logique administrative de subventionnement par l'Etat

Sous-financement

- Aucune source ne couvre à elle seule l'ensemble des coûts de production
- Si l'une des sources vient à manquer ou si l'apport global est trop faible, l'établissement est déficitaire et doit réduire les prestations aux patients

Mise à disposition non synchronisée des ressources

- Les délais d'acheminement des ressources monétaires ne sont pas les mêmes selon les sources : les retards de paiement des organismes de tiers-payant ou les retards d'allocation de la subvention pénalisent à nouveau l'établissement
- Par exemple, L'Etat tiers-payant pour les formules de gratuité est souvent mauvais payeur ou retardataire

La spécialisation des sources

- La spécialisation des sources pour la couverture des coûts de production entraîne rigidité dans la gestion, inefficience, voire perte d'autorité des responsables des établissements prestataires.
- Généralement, les salaires du personnel sont payés par l'Etat et non pas par l'établissement : celui-ci n'a alors qu'une maîtrise partielle des ressources humaines (effectifs, grille de salaire).
- Les recettes propres font alors office de bouche trou (achat de médicaments hors procédure, recrutement de contractuels, etc.)

La logique sociale de tarification

- Entraîne des problèmes de non respect de la filière de soins : certains actes sont demandés en raison de leur coût avantageux, ce qui provoque des goulots d'étranglement de certains services (urgences, soins ambulatoires à l'hôpital).

La recherche de cohérence

- Transformation des établissements de soins en véritables entités économiques de production (entreprises) capables de gérer l'ensemble de leurs ressources de manière vraiment autonome, surtout les personnels
- Cette transformation est d'autant plus facile qu'une catégorie de source de financement sécurisées est dominante : avantages sur ce point des payeurs collectifs
- Corrélativement : achat de services fixé contractuellement à partir d'une tarification fondée sur les coûts réels en situation de fonctionnement efficient (benchmarking entre établissements).

La recherche de cohérence (2)

- L'augmentation probable de la tarification provoque l'éviction des paiements directs et suscite l'offre d'une couverture maladie à la population
- Doter les payeurs collectifs plutôt que subventionner des établissements

2- L'architecture institutionnelle de la couverture maladie face à la diversité des régimes

- En matière de couverture, opposition classique entre :
 - Les architectures de type bévériidgien, où la **couverture universelle avec gratuité d'accès à un ensemble fixé de prestations est financée par l'impôt.**
 - Les architectures de type bismarckien fondés sur des **régimes contributifs obligatoires selon le type d'activité**

Diversité des régimes en vue de la la couverture universelle

- Une opposition dépassée, mais, quelle que soit l'inspiration initiale dans un pays donné, il faut établir un équilibre entre régimes contributifs et dispositifs de gratuité
- Les risques ne manquent pas de deux côtés, à trop privilégier contributivité ou gratuité

La recherche de cohérence en matière de couverture maladie

- La recherche de cohérence en matière de couverture maladie est obtenue de façon idéale en mettant en place une architecture qui fournit tout de suite une solution à chacun.
- A ce titre, l'inspiration béveridgienne est intéressante

Inspiration b ev ridgienne

- UK, Irlande et pays scandinaves
- Europe du sud (Italie, Espagne, Portugal)
- Canada
- Gratuité des hôpitaux publics dans de nombreux pays

Limites de la gratuité comme système national

- Tout dispositif de gratuité d'accès doit être associé à un financement public dédié, à hauteur du besoin
- Le financement public doit passer par un gestionnaire autonome
- Gratuité à 100% pour tous contestable du point de vue économique
- Panier de soins modeste, contraintes d'accès
- D'où recherche d'alternatives pour les plus riches (systèmes à 2 vitesses)

Exemples

- UK : nécessité de réformer la conception initiale (1991) ; privatisation des hôpitaux publics, quasi marchés en vue d'améliorer l'efficience
- Toutefois le rationnement reste important : 15% des britanniques ont une couverture complémentaire (Provident associations)

Le système unique de santé brésilien (SUS)

- Couverture universelle pour un panier de soins complet : progrès évident, mais...
- Difficultés de financement : par les régions et l'Etat
- Développement d'une couverture privée qui absorbe plus de ressources que le SUS

Constat sur les régimes de gratuité : un pis aller ?

- Les lacunes de la protection publique ne sont pas forcément comblées par une offre privée abordable, du fait du caractère lucratif des activités d'assurance ou de soins
- Faut-il choisir la gratuité, si l'offre de couverture contributive est inabordable ?
- Exemple de l'Afrique du Sud : échec des low cost options
- Option : vers un SUS bis

Inspiration bismarckienne initiale

- Pays européens : RFA, France, Belgique, Luxembourg
- Maghreb : Tunisie, Maroc
- Asie : Thaïlande
- Amérique du Sud : Argentine
- Afrique : Afrique francophone, Afrique de l'Est (Kénya, Tanzanie. Rwanda)

Limites de l'inspiration bismarckienne et des formes contributives

- L'extension de l'AMO suppose l'extension des statuts d'activité formelle : problème à peu près résolu dans les pays industrialisés, pas dans les pays émergents, ni en développement : population non couverte majoritaire
- Le développement isolé de l'AMV aboutit à un taux de couverture modeste et à des inégalités
- L'AMO tend à proposer une couverture de base limitée, mais la nécessaire couverture complémentaire soulève immanquablement des problèmes d'accès et de solidarité restreinte

Défis

- La mise en place d'un régime particulier pour les plus démunis est inévitable
- Au-delà même du régime particulier offert aux démunis, des franges importantes de population ont des difficultés pour obtenir une prise en charge financière correcte d'un panier de soins complet.
- L'assurance maladie complémentaire est un outil important à cet égard, mais à articuler avec l'assurance obligatoire selon une problématique de solidarité

Exemples : articulation entre régimes contributifs et régimes de gratuité

- Thaïlande 2002
- Le régime de prestations médicales de la fonction publique (Civil Servant Medical Benefit Scheme - CSMBS), destiné aux employés du gouvernement central et d'autres régimes de prestations plus réduits 7% de la population.
- Le régime de sécurité sociale (Social Security Scheme - SSS) à destination des employés du privé couvre 15% de la population.
- Les 78 % restants, ils sont couverts par le Régime de couverture universelle (2002). Celui-ci couvre toutes les personnes, riches ou pauvres, travaillant dans l'économie informelle. Il est financé sur le budget général. Il paye les factures des hôpitaux. Ce système a remplacé l'accès gratuit dans les hôpitaux publics subventionnés par l'Etat.

Exemples : articulation entre régimes contributifs et régimes de gratuité

Colombie 1993

- La réforme de la santé a instauré un système de subventions (prestations monétaires destinées aux personnes pauvres) administré par des compagnies d'assurance privées, dénommées entités promotrices de santé (entidades promodoras de salud, EPS), qui assignent les ressources du budget général national aux institutions chargées de prodiguer des soins de santé, tels les hôpitaux et les cliniques.
- Le Système général de sécurité sociale en santé (Sistema general de seguridad social en salud, SGSSS) est ainsi constitué de deux régimes : un régime contributif pour les personnes qui en ont les moyens et un régime subventionné pour les personnes pauvres.
- Le système couvre 90% de la population
- Il fonctionne grâce à un fonds de péréquation nationale (Caisse de solidarité et de garantie, El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA)

Hypothèse

- Lorsque la gratuité n'est pas universelle, les difficultés sont plus grandes pour contenir chaque catégorie dans son régime statutaire contributif : il vaut sans doute mieux limiter le nombre de régimes contributifs

Développer l'AMV ?

- AMV seule : limitée, comme le suggère l'échec relatif des mutuelles en Afrique de l'Ouest
- De façon générale une architecture institutionnelle complète met du temps à s'établir, du fait de résistances diverses et de la gestion politique de la couverture maladie (cas de la France).
- Ainsi, l'implantation d'une couverture segmentée est le cas de figure le plus fréquent, avec le risque d'exclusion prolongée de groupes nombreux.
- L'option du subventionnement

Exemples d'articulation entre AMO et AMV

- AMV comme couverture complémentaire
- L'intérêt de la couverture complémentaire est autant de porter sur les prestations exclues de l'AMO que de réduire au maximum le coût des soins. Encore faut-il qu'elle soit abordable !
- CMU, CMU-C et ACS en France

Couverture universelle à base contributive

- Possibilités d'architecture complète fondée sur l'AMO, avec des mécanismes de redistribution et inclusion des plus démunis : cas du Ghana et du Rwanda
- Success stories répliquables ?
- En tout cas, se méfier du schéma souvent déduit de l'inspiration bismarckienne le schéma : AMO pour le secteur formel, assistance pour les démunis et AMV pour la catégorie intermédiaire

Un enseignement tiré de l'évolution des systèmes

- La gestion des régimes, qu'ils soient contributifs ou gratuits, renvoient aux mêmes principes de base :
 - séparation payeur/prestataire
 - nécessité d'une information détaillée sur la consommation de soins
 - contrôle médical des prestataires et des bénéficiaires
 - ajustement permanent entre les recettes (cotisations ou dotations publiques) et prestations selon le coût du risque.

Conclusion

- La couverture maladie n'est qu'un moyen de mieux financer l'accès aux soins, ce qui suppose que cet accès aux soins fait l'objet d'une demande, autrement dit qu'il existe un secteur de soins de bonne qualité que la population.
- En ce sens, la cohérence du financement des prestataires est indissociable de la cohérence de l'architecture de couverture maladie.