

FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les systèmes fragmentés et les dépenses pour la santé

Wilm Quentin, Dr. med. MSc HPPF

Département de la Gestion des Soins de Santé, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

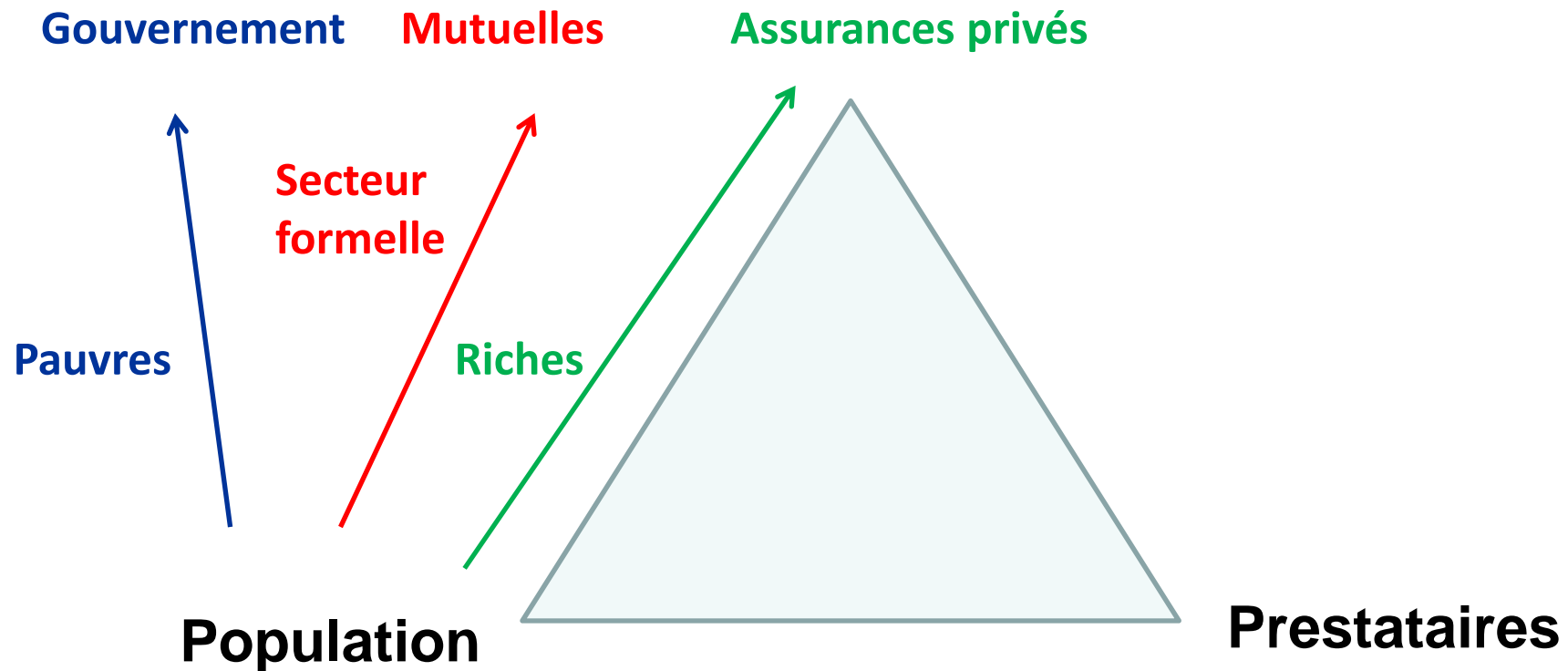
European Observatory on Health Systems and Policies



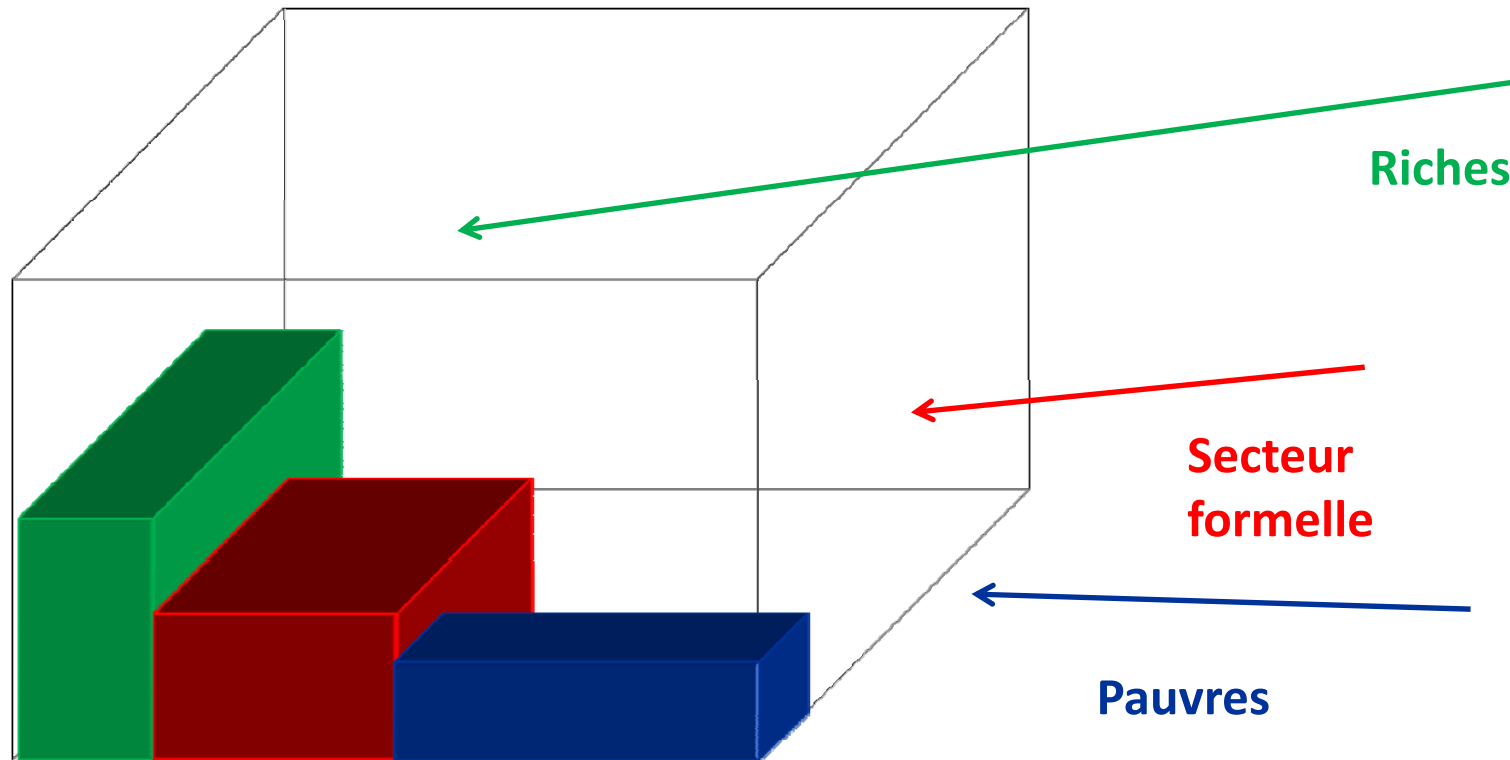
Programme

Jour	Thème
04 Novembre 14-16 heures	Le système de santé et le rôle du financement
05 Novembre 14-16 heures	Les paiements directs et l'assurance maladie volontaire
06 Novembre 14-16 heures	L'assurance à base comm., obligatoire et le financement par impôts
07 Novembre 14-16 heures	Systemes fragmentés et les dépenses Pratique I: Avantages et desavantages des systèmes
08 Novembre 14-16 heures	Pratique II: le Financement en Côte Ivoire Conclusions

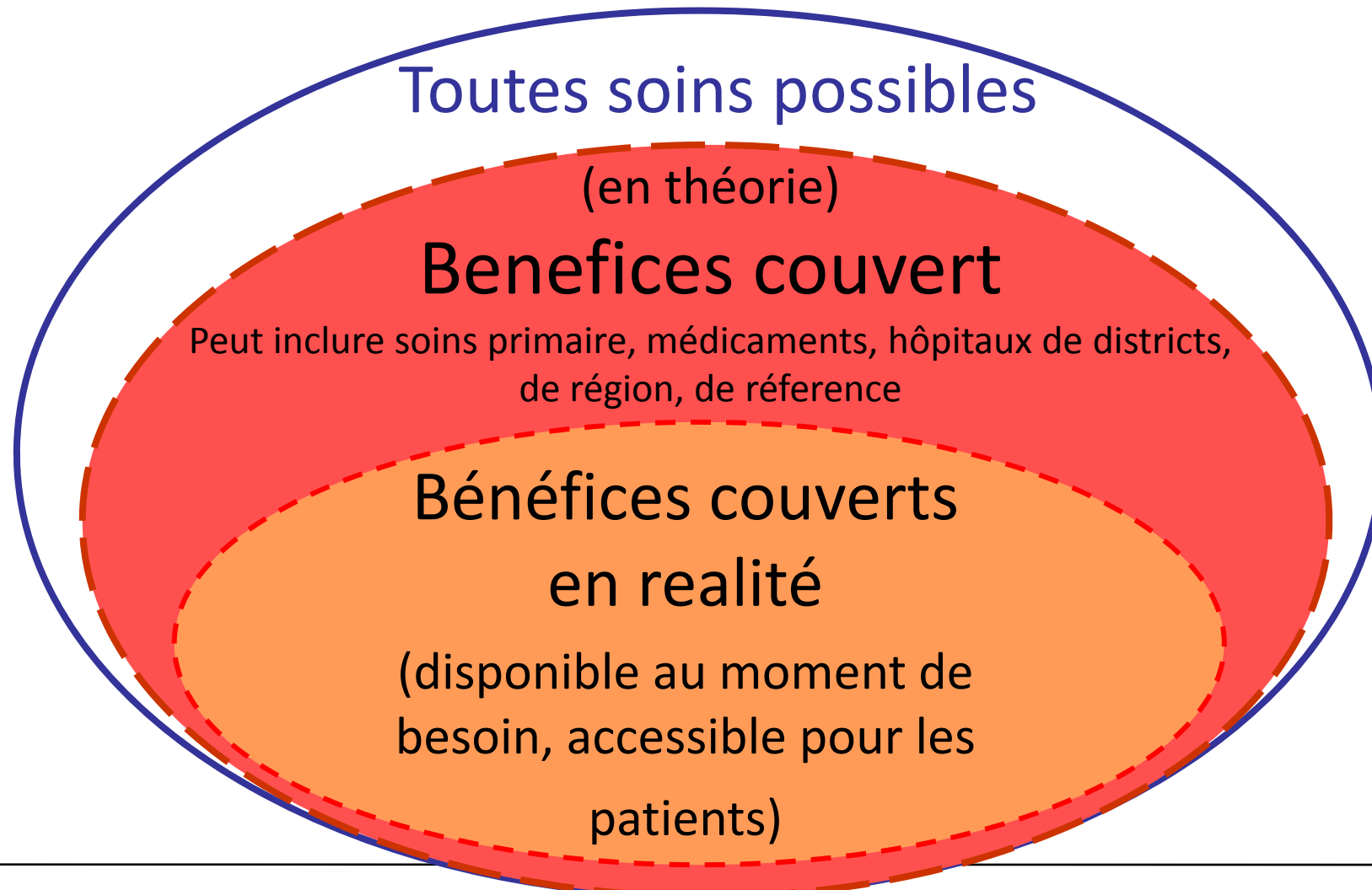
Systemes fragmenté



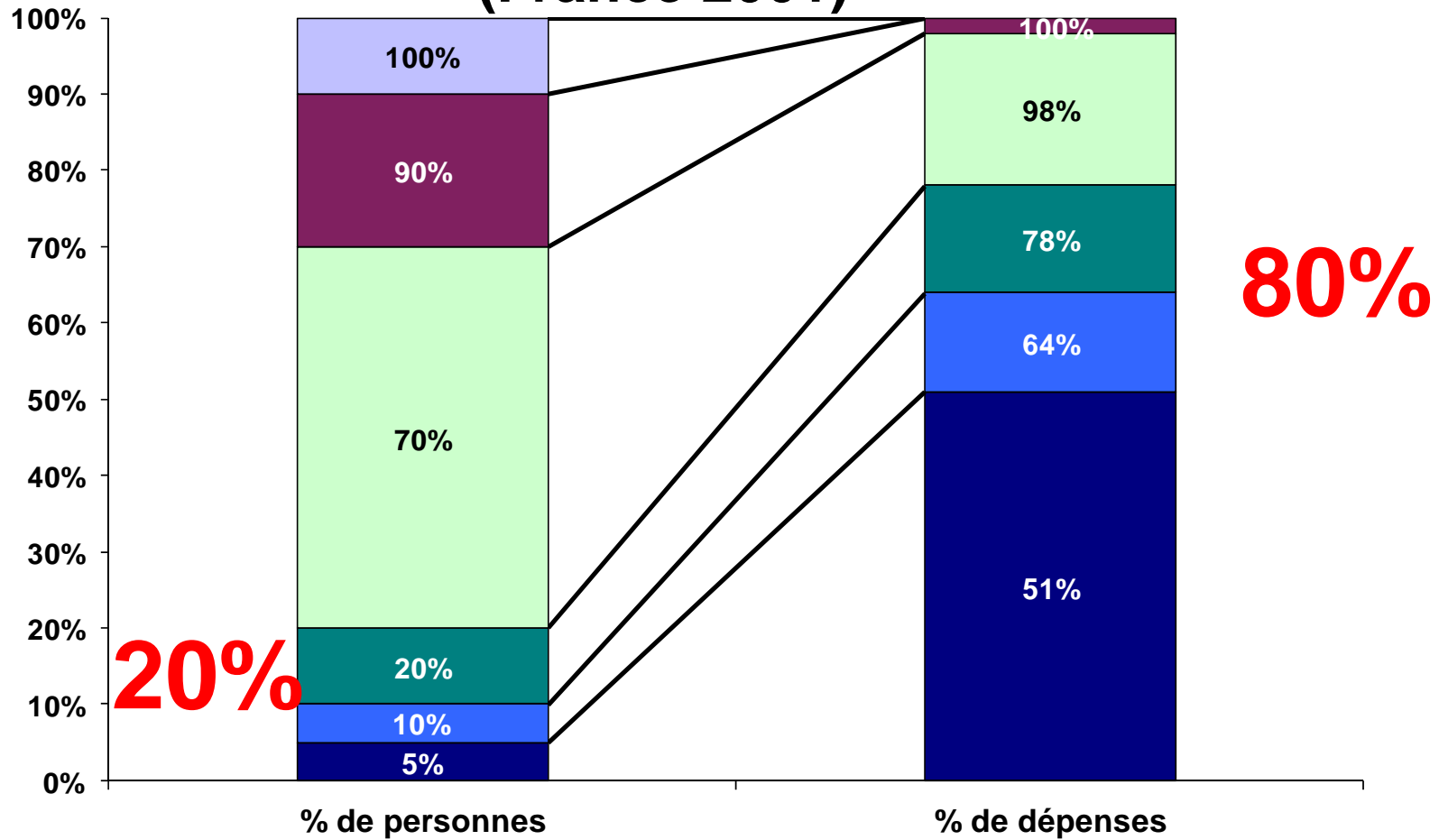
La couverture dans les pays avec des systèmes fragmenté



Modèle de benefices couvert



Peu de gens ont besoin de beaucoup des soins (France 2001)



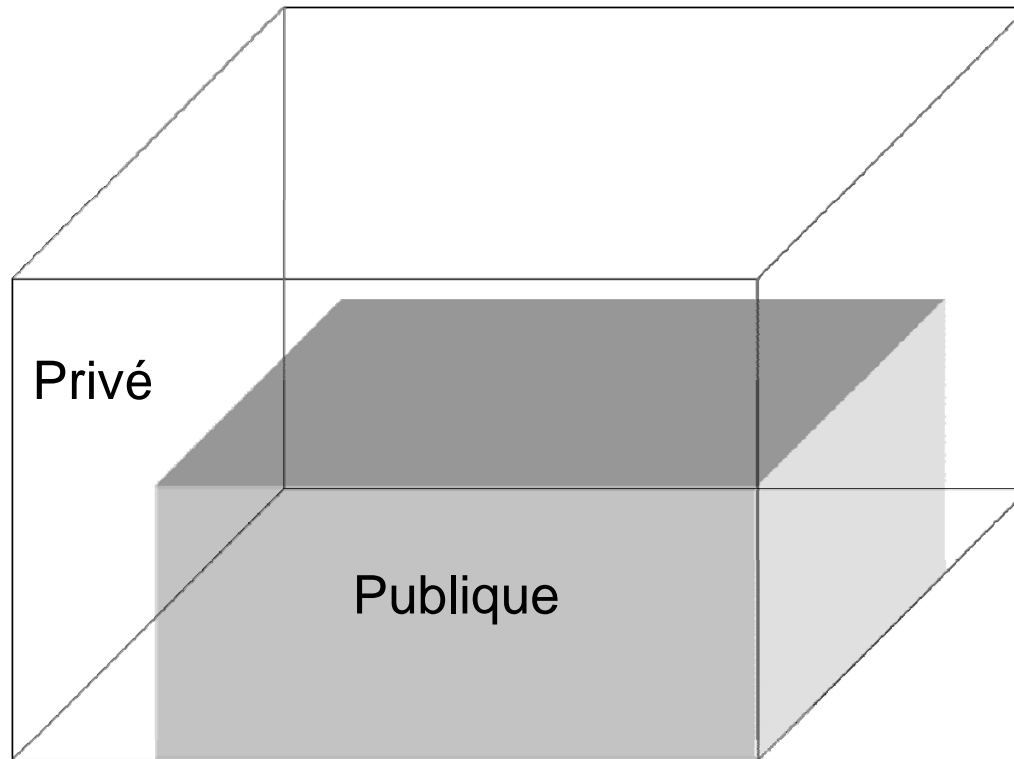
Source : CNAMTS/EPAS

	Publique Pauvres	Ass. Oblig. Secteur formelle	Ass. Privé Riches
Sources	Impôts	Contributions	Primes
Collecteur	Gouvernement	Mutuelles	Ass. privé
Mise en commun	Oui	Un peu	Non
Acheteur	Ministère	Mutuelles	Non
Relation Ach.-Prest.	Intégré	Contrats	Non
Prestataires	Publiques	Contractés (publique, privé)	Prive

Problèmes des systèmes fragmentés

- Manque de mise en commun de ressource
- Difficulté de générer suffisamment de ressource pour la couverture effectif de toute la population
- Inéquité horizontal: meilleures services pour les riches, difficulté de trouver assurance privé même pour les riches avec maladie.
- Inéquité vertical: les riches souvent ne contribuent pas d'une manière progressive à la santé.

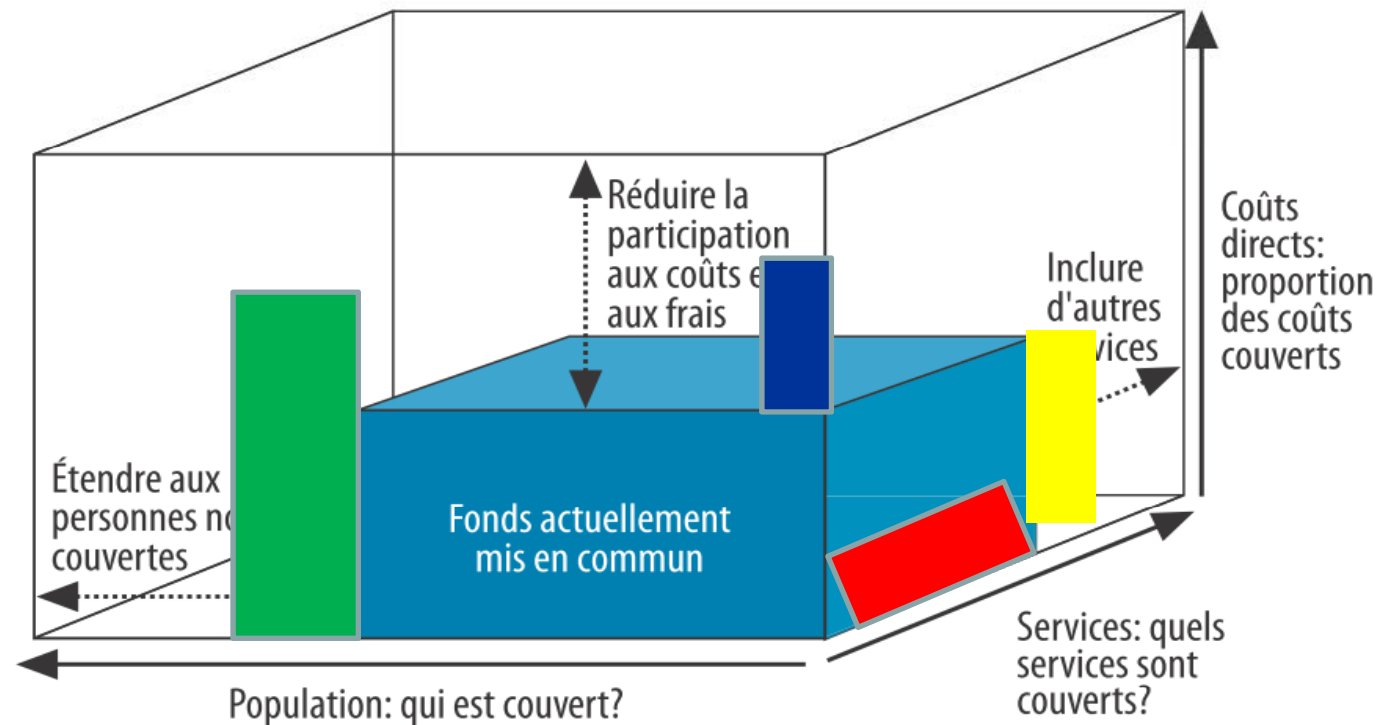
Couverture publique et couverture privé



Formes de couverture privé

- Complémentaire
 1. Pour couvrir paiements direct (frais d'utilisateur)
 2. Pour couvrir des services non-couvert
- Supplémentaires
 - Couverture pour des soins inclut dans la couverture publique → plus de choix, meilleure qualité, accès plus rapide
- Substitutive
 - Couverture complet → remplace la couverture publique

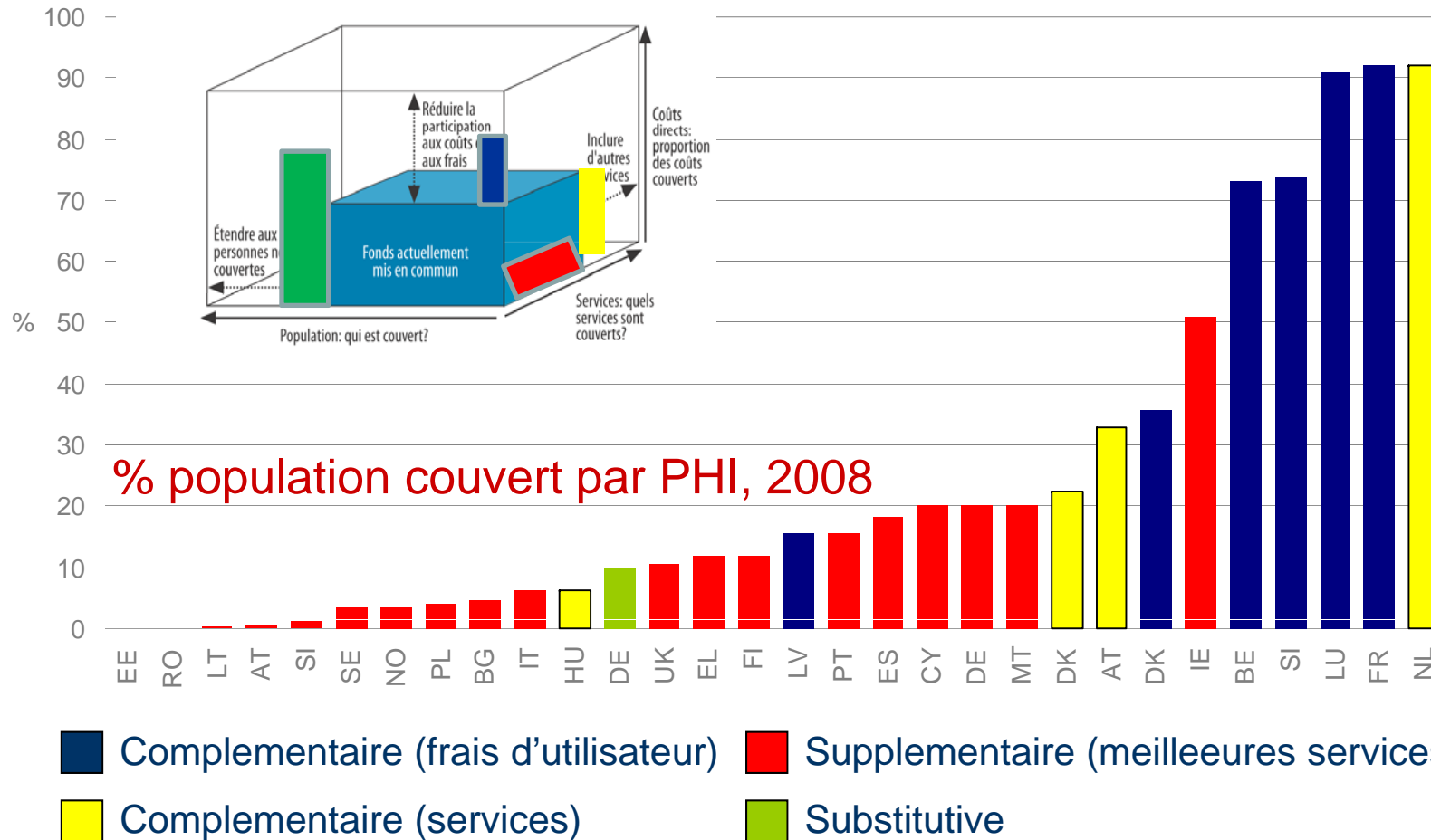
Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



- Complémentaire (frais d'utilisateur)
- Supplémentaire (meilleures services)
- Complémentaire (services)
- Substitutive

Couverture par Assurance Privé

Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Problèmes: Ass. Substitutive

- Segmentation du marché et de la mise en commun des ressources
 - Ass. privés sélectionnent les gens sans maladie et les riches.
- Menace le financement des services publiques
- Inégalités de l'accès aux soins

Problèmes: Ass. Complémentaire

- Difficulté pour assureurs d'éviter sélection adverse: → les vieux et malades seront plus disposé à acheter l'assurance
- Difficulté pour les vieux et les malades d'obtenir assurance (si les primes sont plus élevé)
- Augmentation de l'accès aux soins pour les gens couverts. (→ Aléa moral?)
- Augmentation de l'inégalité de l'accès aux soins

Problèmes Ass. supplémentaire

- Demande l'existence de prestataires privé
- Augmente inégalité d'accès aux médecins (qui peuvent choisir de travailler dans le privé)
- Déformation de l'allocation des ressources
- Demande régulations pour protéger les consommateurs

Pourquoi comparer le ratio dépense/GDP?

- Pour mesurer les coûts d'opportunité des dépenses pour la santé.
- Pour faire des comparaisons internationales.

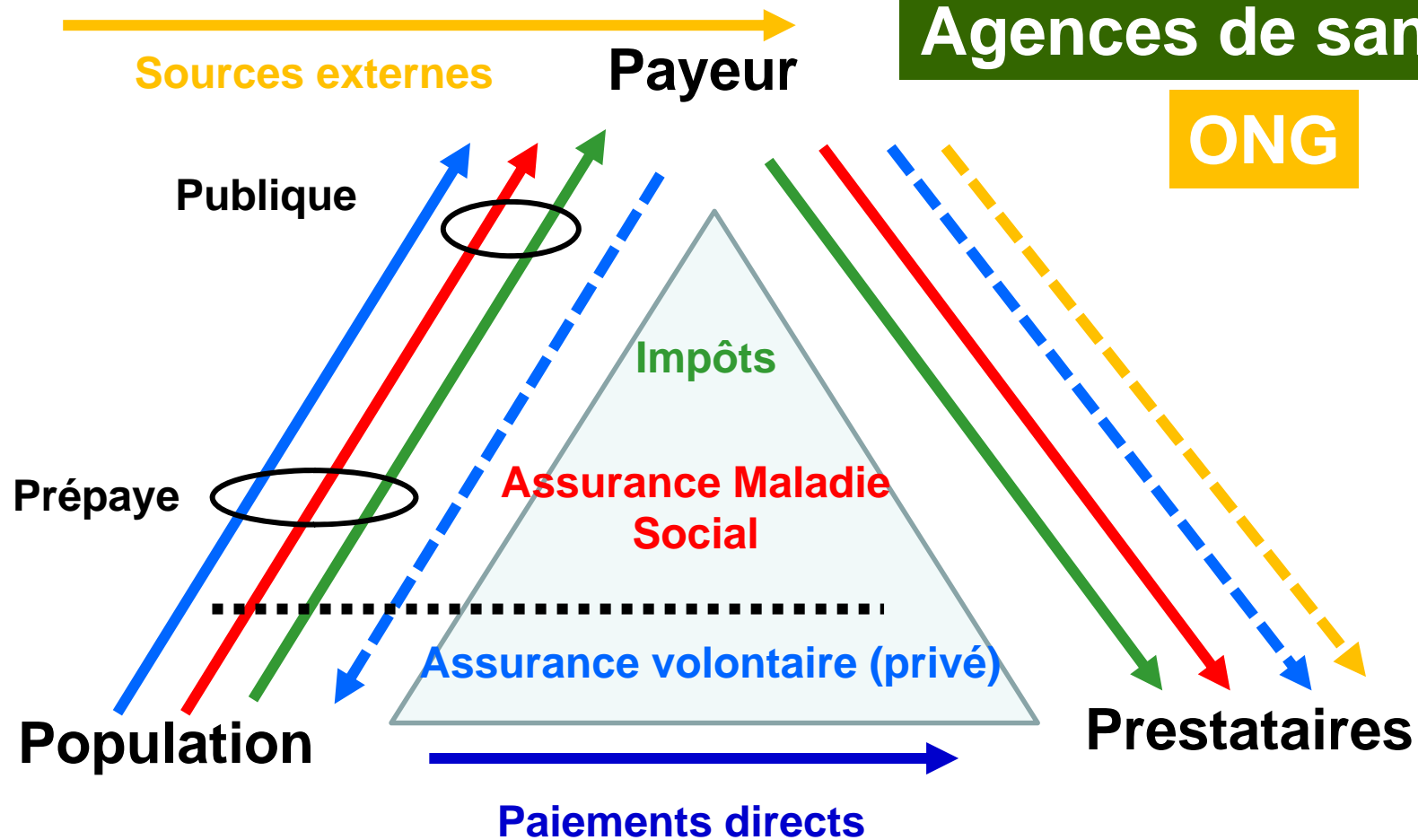
Mais:

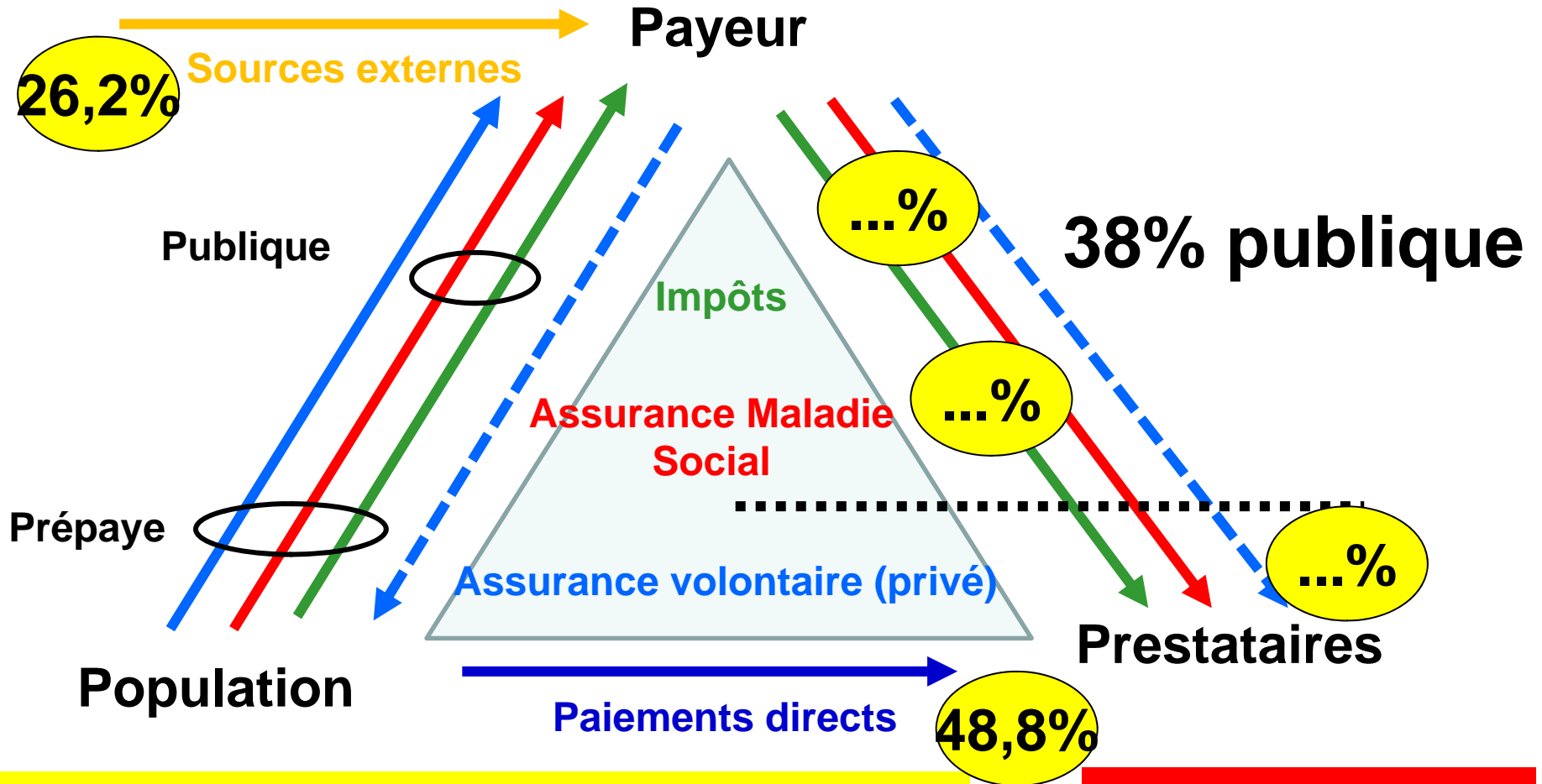
Il n'y a pas un niveau optimal défini. Le niveau dépend des préférences politiques.

Assurance Privé

Mutuelles de sante

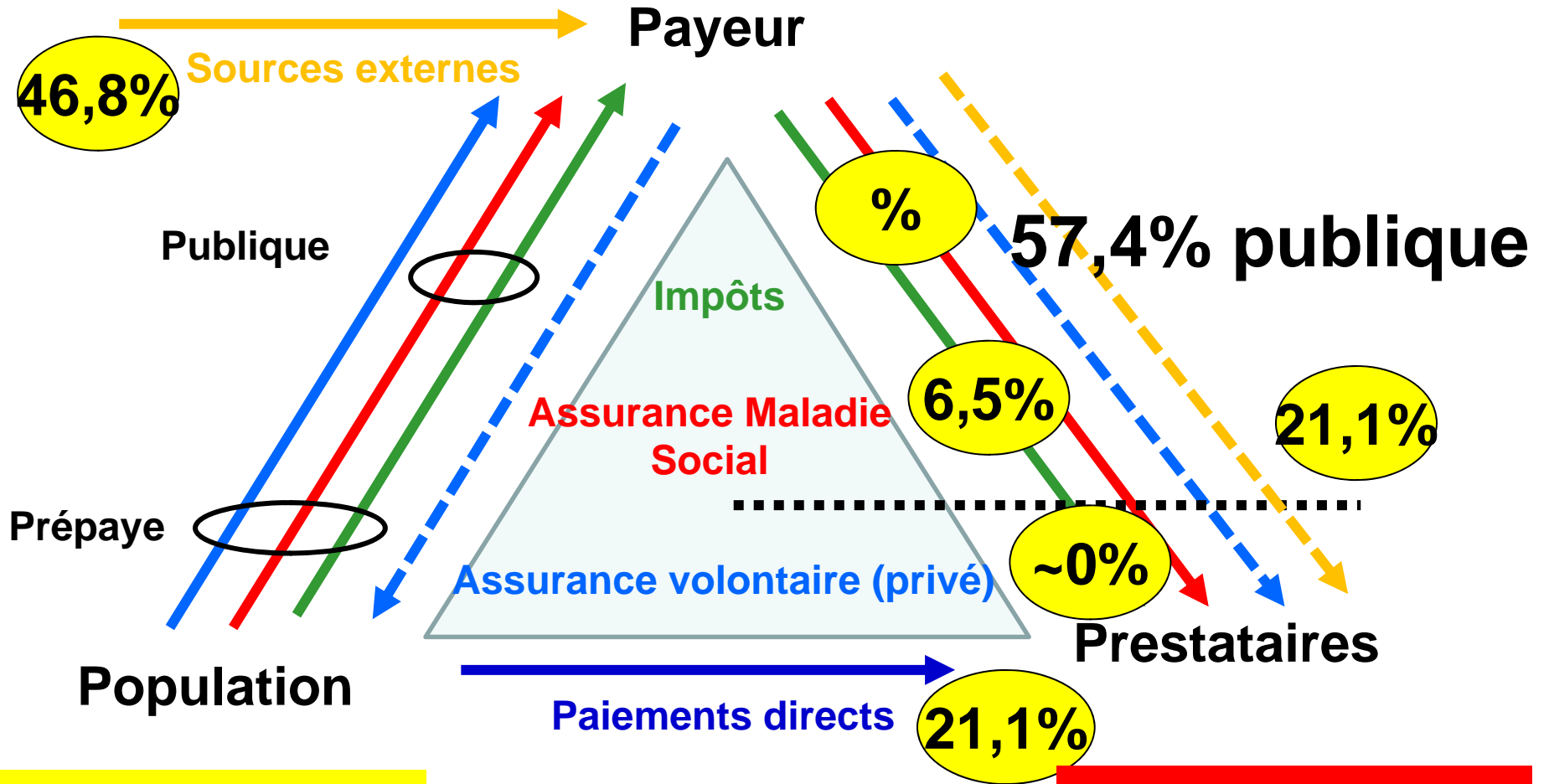
Agences de santé





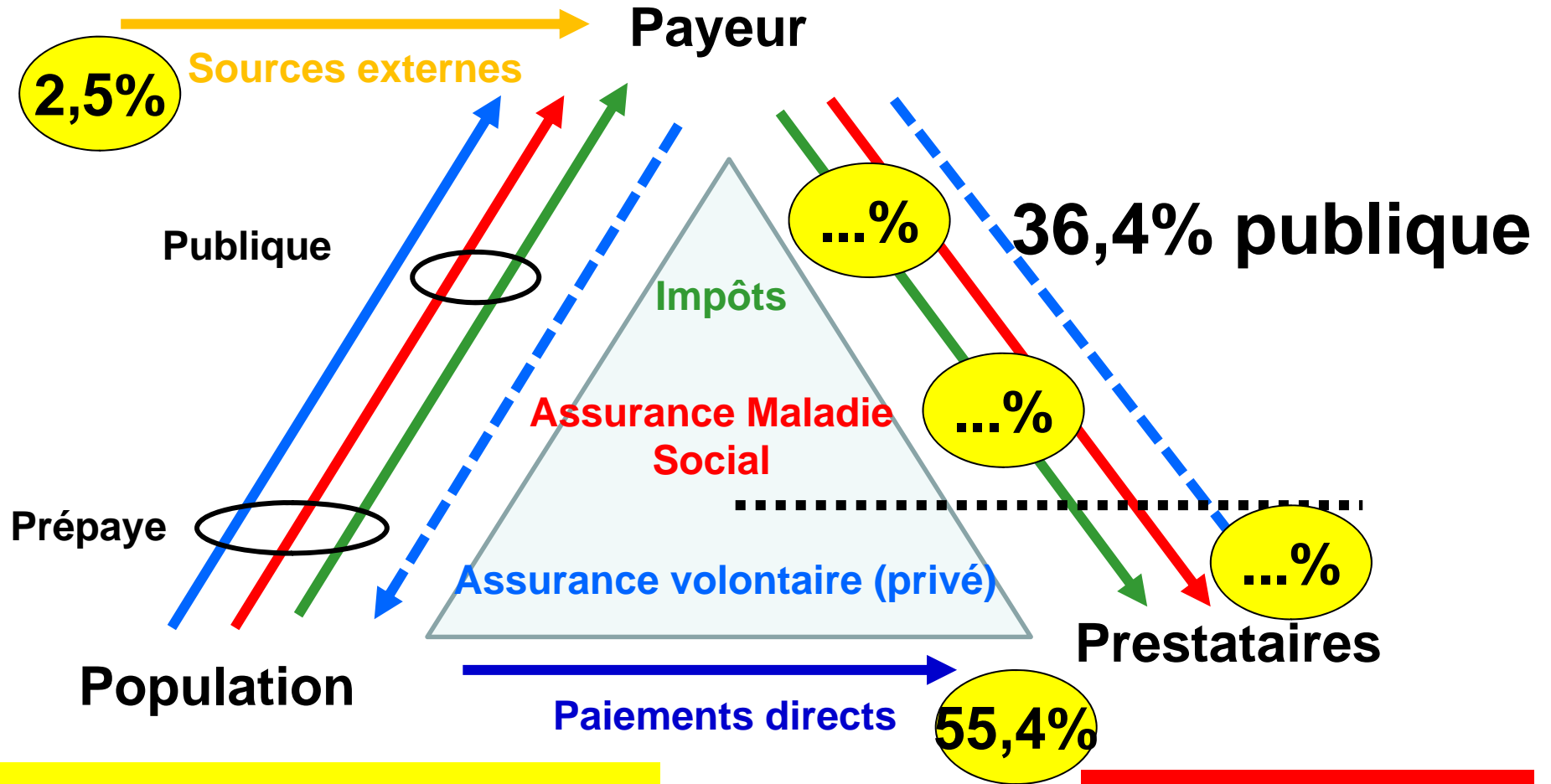
Pays au faibles revenues 2011

5,6% du PIB



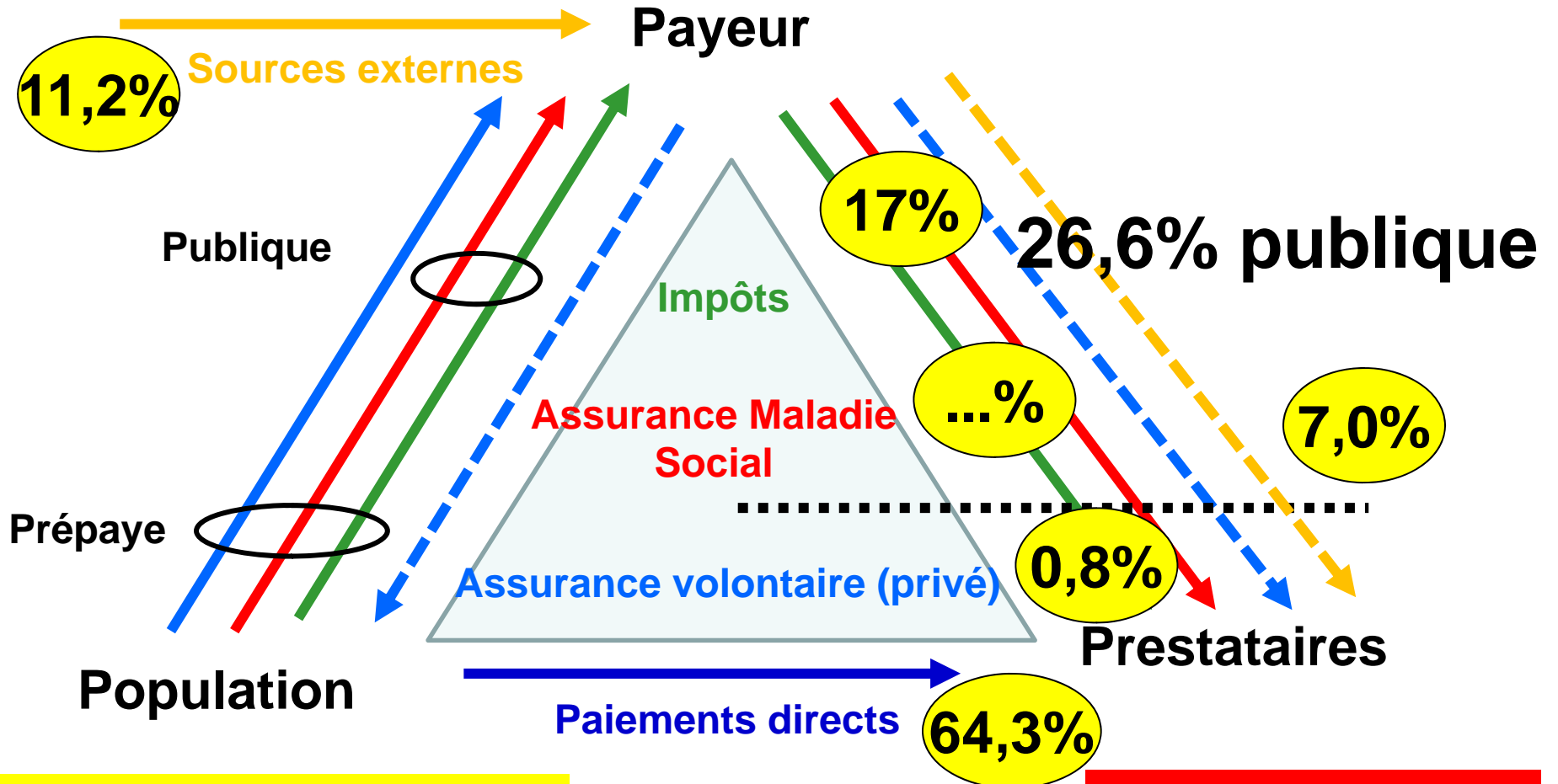
Rwanda 2011

10,7% du PIB



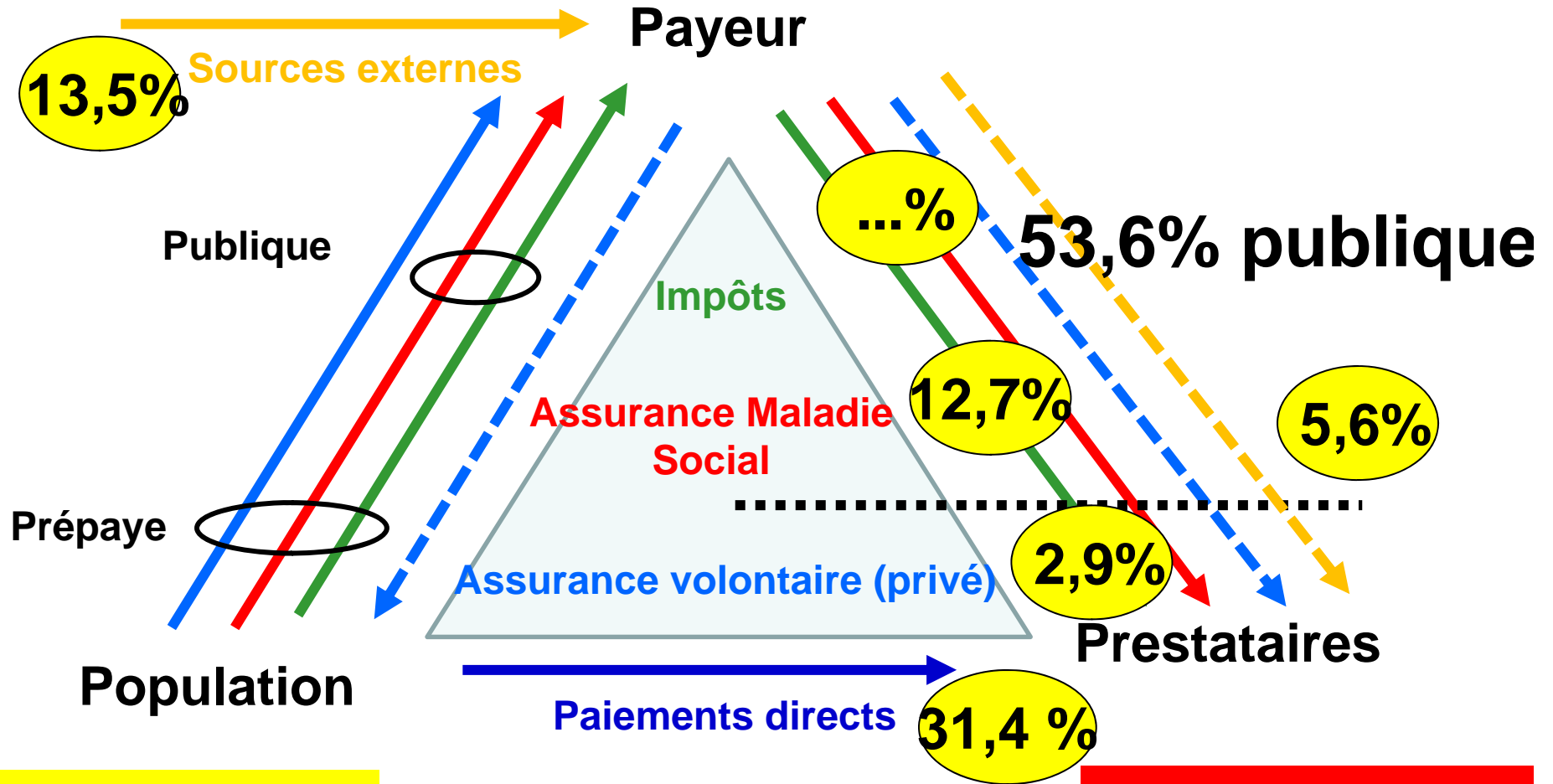
Moyen inferieur 2011

4,3% du PIB



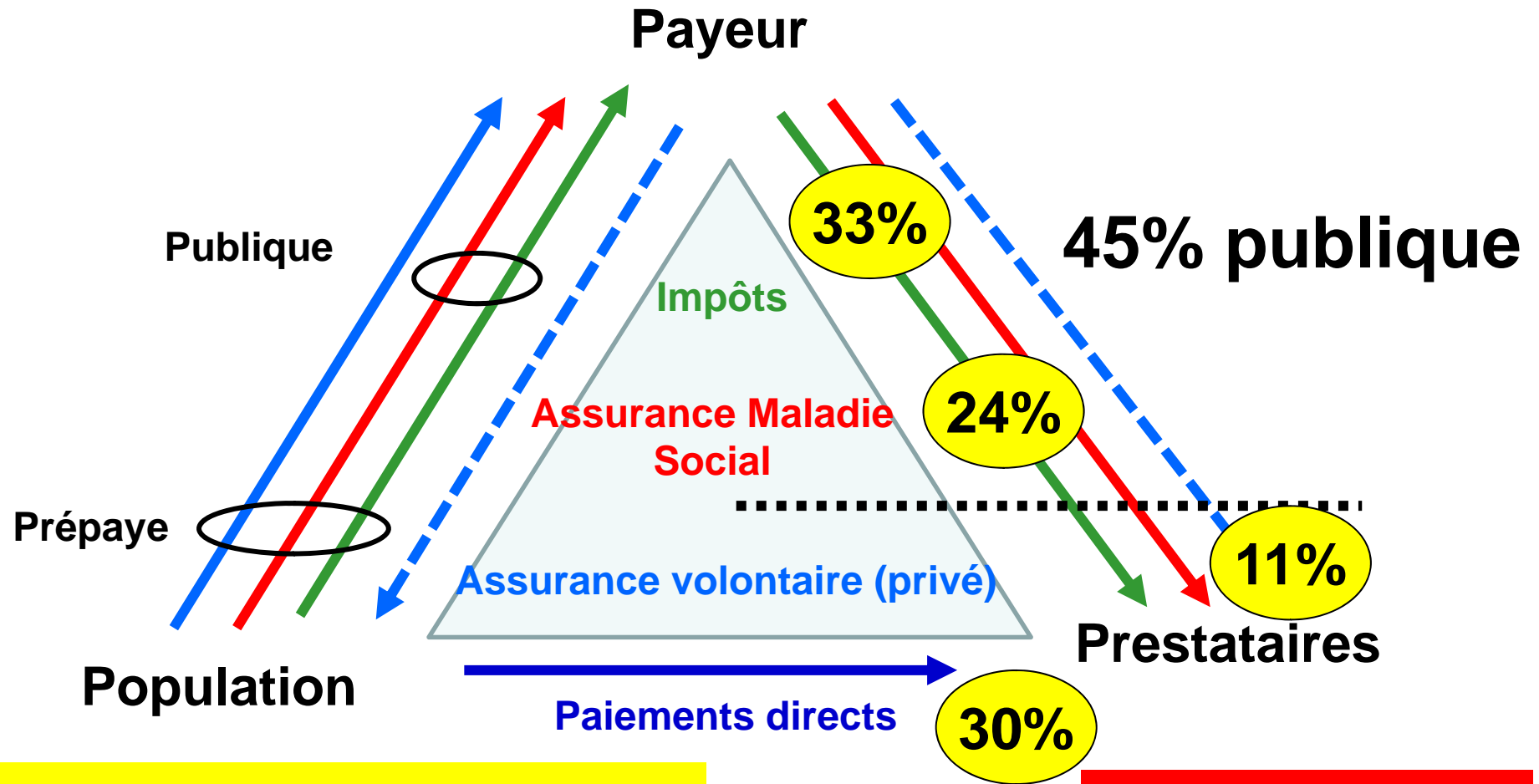
Côte d'Ivoire 2011

6,8% du PIB



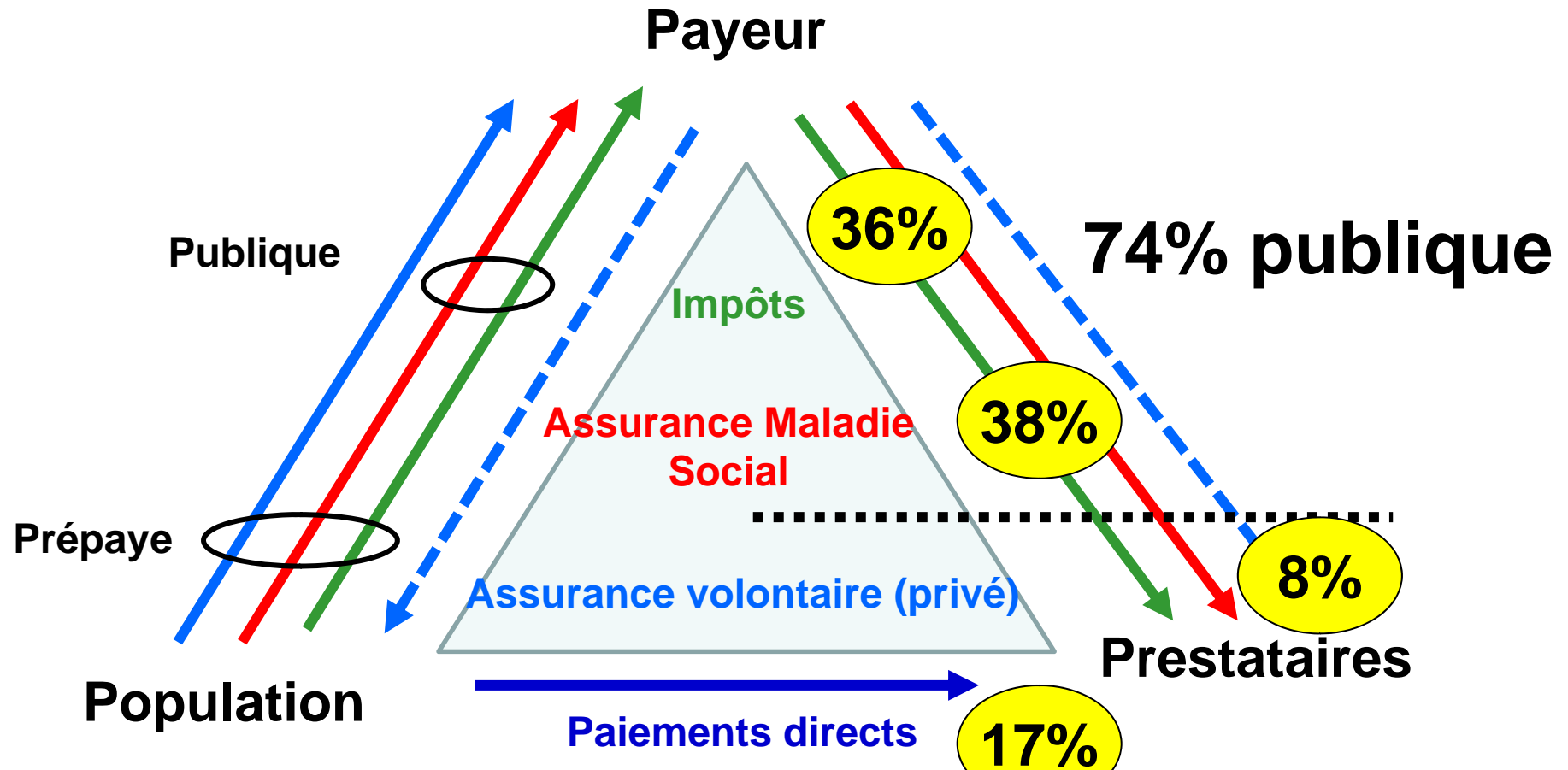
Ghana 2011

5,0% du PIB



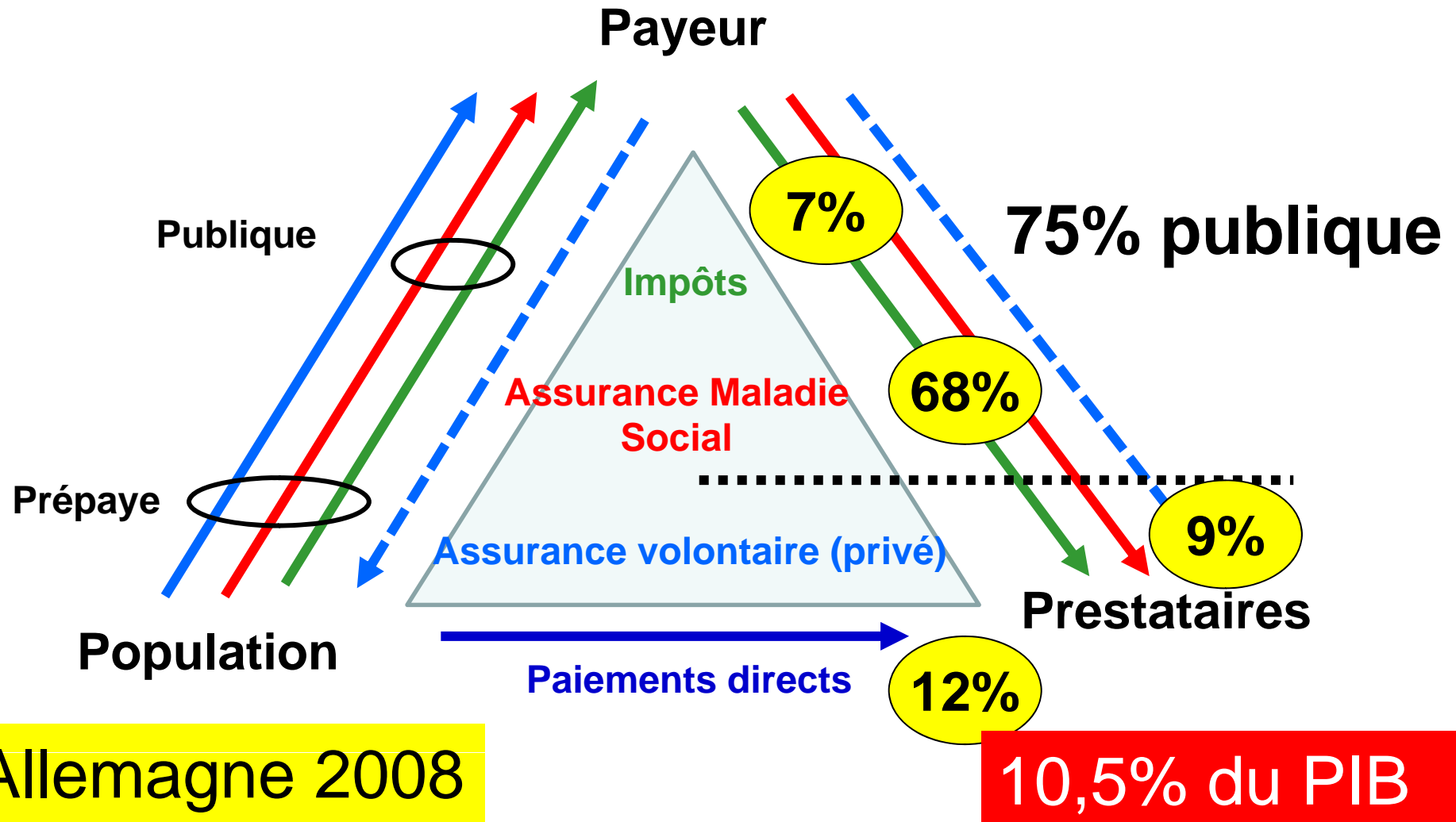
Moyen supérieur 2008

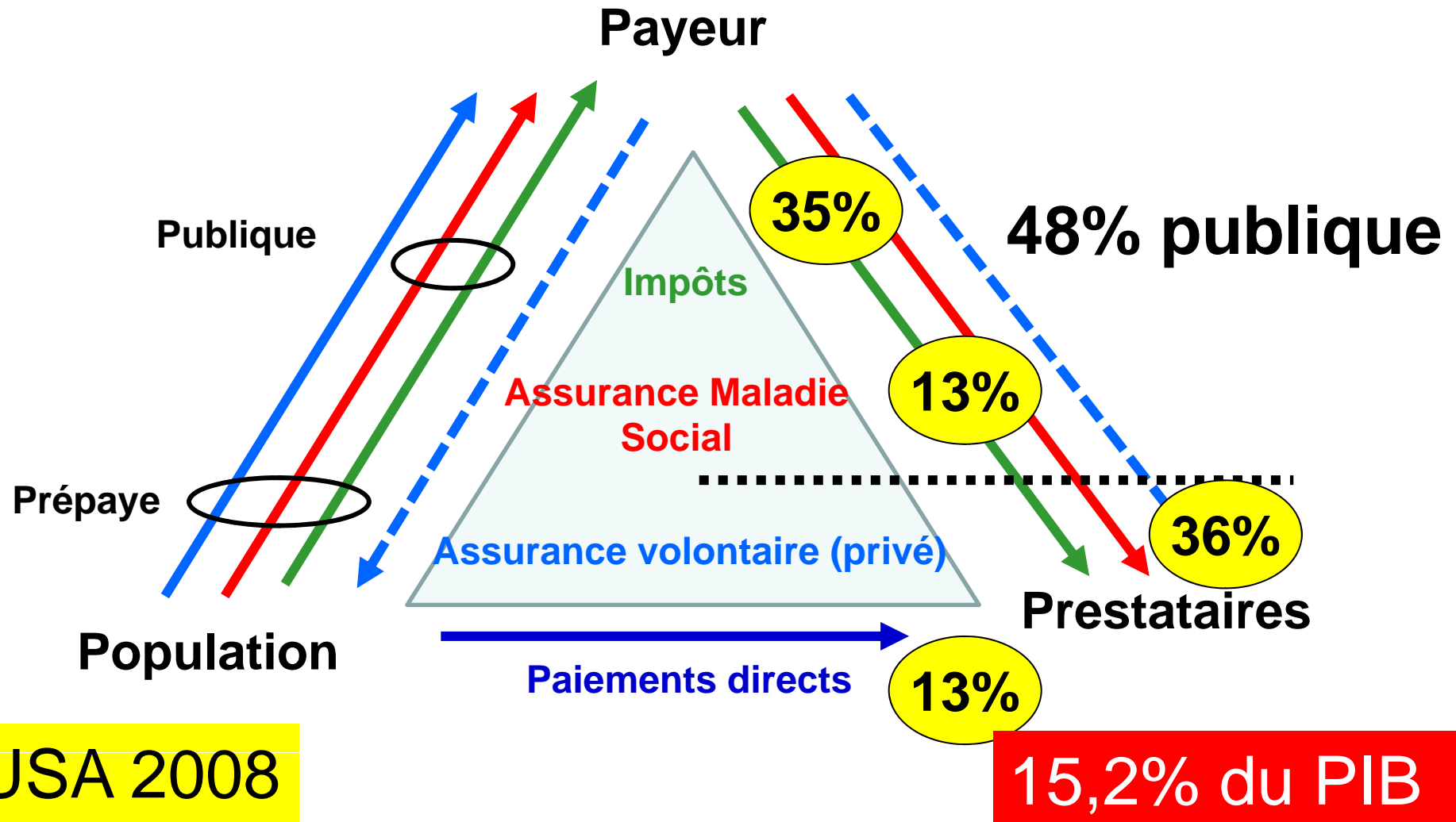
6,3% du PIB



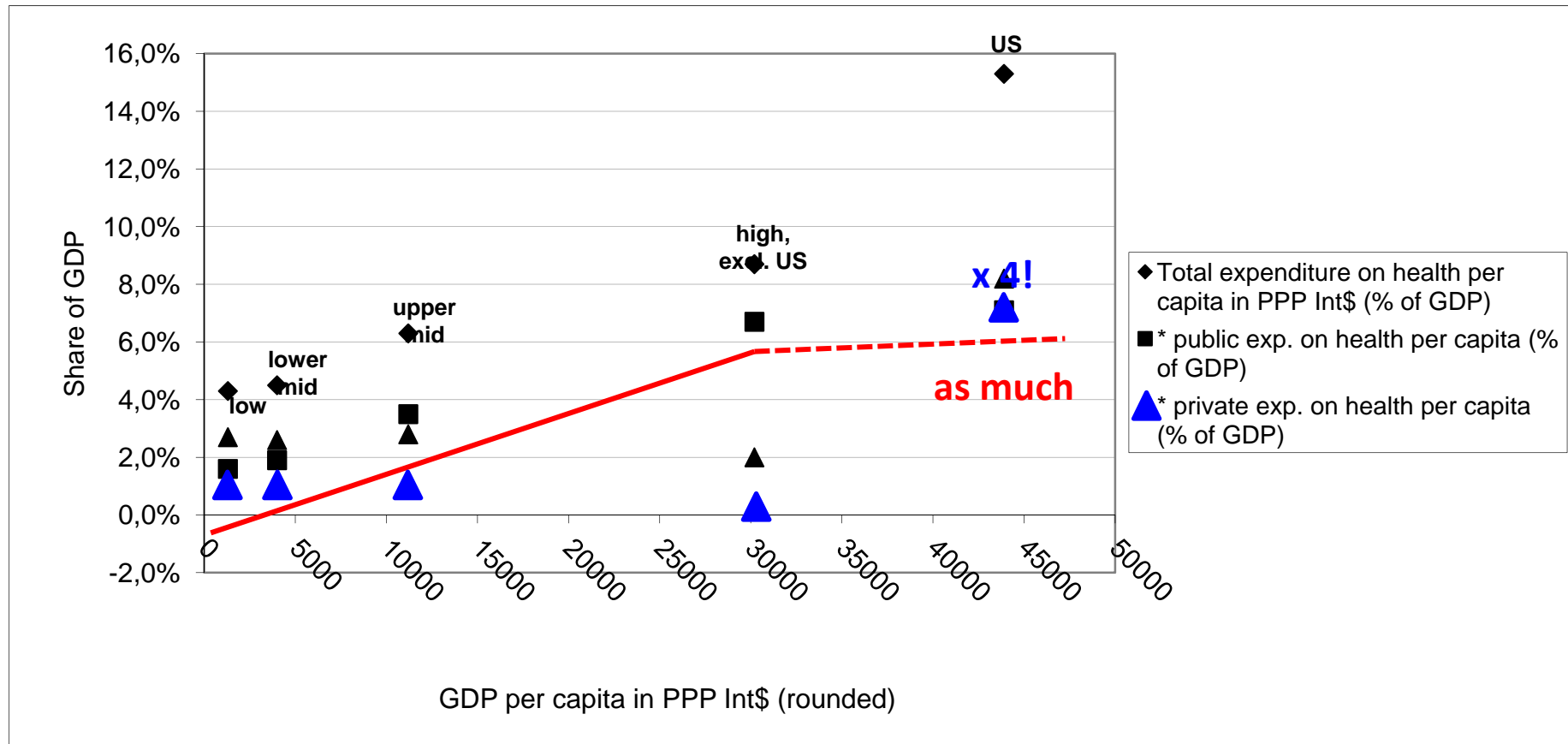
Revenu élevé (excl. US) 2008

8,8% du PIB





Plus riche le pays plus il dépense publiquement – c'est mieux?



FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Pratique: Avantages et désavantages des systèmes

Wilm Quentin, Dr. med. MSc HPPF

Département de la Gestion des Soins de Santé, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)
&
European Observatory on Health Systems and Policies



Que sont les avantages et désavantages de l'assurance maladie sociale comparé avec le financement à base des impôts pour arriver à une couverture maladie universelle?

Impôts vs. Assurance Oblig. I

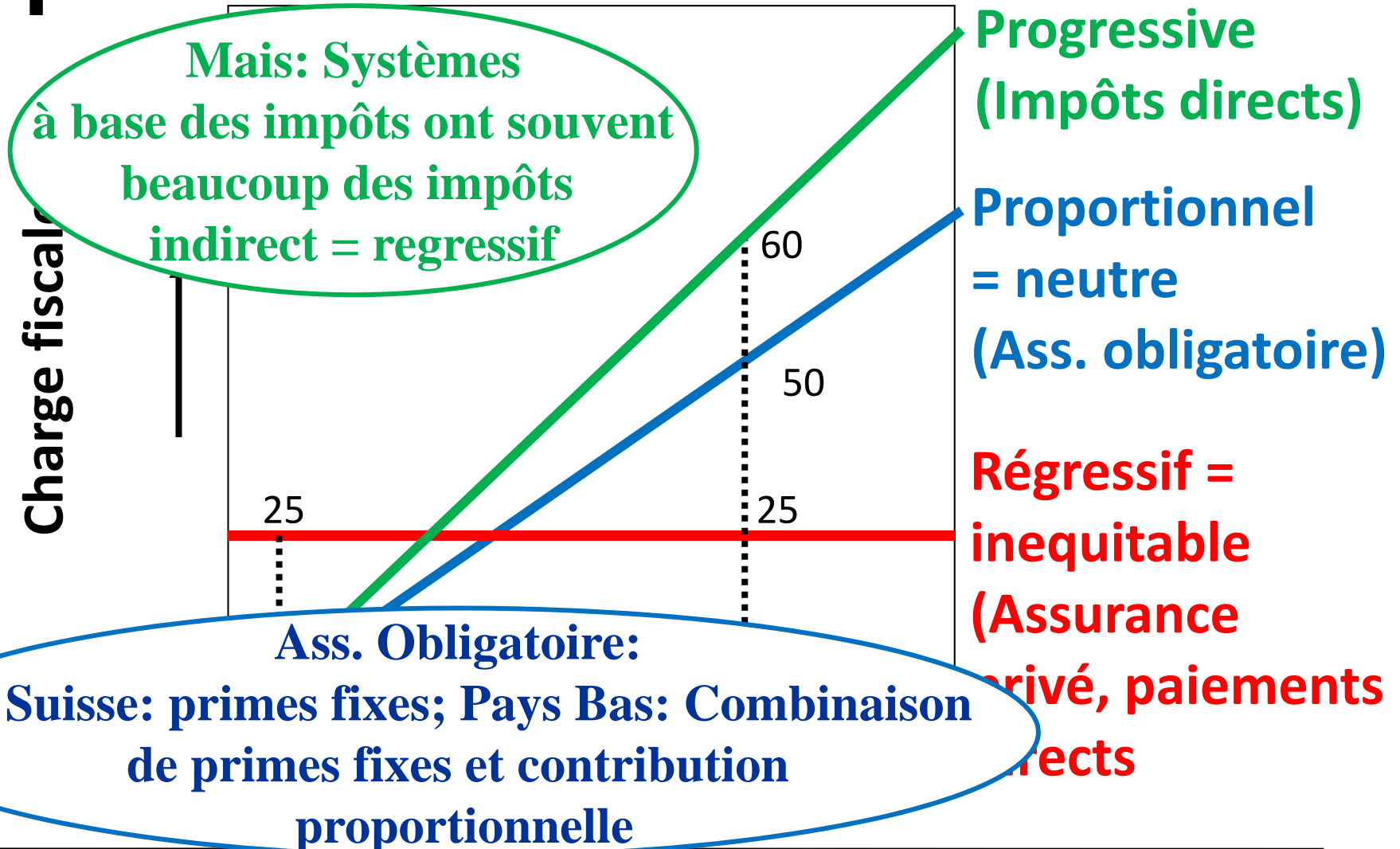
Dimension	Impôts	Assurance Obligatoire
Couverture	Universelle (couvre aussi les populations démunie)	Souvent limité au secteur formelle
Source de revenue	Différentes sources de toute la population (revenue, consommation etc.)	Normalement: Salaires (employeurs et employées) dans le secteur formelle
Collecteur	Gouvernement	Mutuelles (ou gouv.)
Mise en commun	Avec toutes les ressources	Moins complet → devenant plus complet
Payeur/Acheteur	Gouvernement	Mutuelles
Relation acheteur – prestataires	Intégré → séparation Budgets → lié à l'activité	Contrats (collectives) Paiements → budgetisation
Prestataires	Gouvernement → autonomie	Publiques et privés (avec contrat)

Impôts vs. Assurance Oblig. II

Dimension	Impôts	Assurance Obligatoire
Bénéfices	Pas de liens entre paiements de contribution et bénéfices	Lien direct
Choix	Prestat.: parfois → augmenté	Ass.: parfois
Gestion	Moins de demandes administratives	Plus de demandes administratives
Responsabilité	Engagement universel	Engagement limité
Influence	Plus influent que	Plus indépendant de la politique
Couverture	Universelle	Plus difficile pour le secteur informel

→ Tendence vers la convergence
→ Il faut bien regarder les détails

Équité vertical



Exemple: Rwanda I (Musango 2004)

En 1996, après la réintroduction des paiements directs (partage de coûts), le nombre de consultation avait tombé à 0,28 par habitant par ans.

Pour améliorer l'accès aux soins et la protection financière, le gouvernement implementait des mutuelles volontaire de sante à base communautaire dans trois districts (Byumba, Kabgayi et Kabutare) en 1999

Après avoir payé FRw 2 500 (US\$7) par famille (jusqu'à 7 membres), et un copaiement de FRw 100 par consultation, membres ont droit de recevoir toutes les services et médicaments disponibles aux centres de santés (publique et ONG).

Exemple: Rwanda II (Musango 2004)

En plus du soins au centre de sante, les membres ont accès à un paquet limité de services aux hôpitaux des districts (accouchement dystociques et cesariennes).

Non-membres continuent de payer pour acceder aux soins de santé.

Résultats I: Adhérence

Tableau 2. Niveau d'adhésion au système de prépaiement dans les trois districts pilotes.

Table 2. Membership level of the prepayment scheme in the three pilot districts.

District	Adhésions/population (*)				Taux d'adhésion (%)			
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	99-00	00-01	01-02	02-03
Byumba	48 840/460 755	43 185/474 117	60 772/487 866	100 737/502 014	10,6	9,1	12,5	20,1
Kabgayi	21 900/365 000	32 619/375 585	43 998/386 477	63 190/397 685	6,0	8,7	11,4	15,9
Kabutare	17 568/288 000	14 991/296 352	16 509/304 946	25 722/313 789	6,1	5,1	5,4	8,2
Total	88 308/1 113 755	90 795/1 146 054	121 279/1 179 289	189 646/1 213 488	7,9	7,9	10,3	15,6

Pourquoi l'adhérence n'est pas plus élevé?

- Prime est trop élevé
 - La population n'a pas assez de ressource pour payer la prime
 - Les revenus des ménages sont distribué sur toute l'année
→ difficile de payer la prime à un moment spécifique de l'année.
- Les menages estiment que leur coûts seront moins élevé que la prime

Résultats II: Utilisation

Table 3. Utilization rate of the curative outpatient department and coverage of deliveries before (1999) and after the launching of the prepayment scheme (2000-2002) in the pilot districts.

Districts pilotes		Taux d'utilisation de la consultation curative				Accouchements assistés (% de couverture)			
		1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Byumba	Total	0,21	0,26	0,32	0,48	9,2	17,6	17,0	18,2
	Adhérents	–	1,16	1,47	1,19	–	31,9	41,1	44,3
	Non-adhérents	–	0,15	0,20	0,30	–	15,9	14,6	11,7
	Ratio	–	7,7	7,4	4,0	–	2,0	2,8	3,7
Kabgayi	Total	0,31	0,35	0,37	0,70	14,8	24,1	27,4	32,3
	Adhérents	–	1,52	1,41	1,89	–	29,1	49,6	53,0
	Non-adhérents	–	0,27	0,27	0,37	–	23,8	25,3	27,7
	Ratio	–	5,6	5,2	5,1	–	1,2	2,0	1,9
Kabutare	Total	0,50	0,38	0,38	0,61	8,5	10,0	8,6	25,1
	Adhérents	–	1,56	1,66	3,20	–	14,1	15,6	47,9
	Non-adhérents	–	0,30	0,31	0,38	–	9,7	8,2	22,9
	Ratio	–	5,2	5,4	8,4	–	1,.	1,	2,1

Quels facteurs peuvent expliquer les différences entre membres et non-membres?

- Protection financière de membre contre les coûts des soins → augmentation de l'accès
 - Aléa moral? (pas probable)
- Sélection adverse?
 - Les malades ont adhéré, les familles plus grandes...

Caracteristiques d'adhérents

Tableau 4. Adhésion au SPP et statut socio-économique des bénéficiaires.

Table 4. Socioeconomic status of members and non-members and prepayment scheme membership.

Variables	Membres	Non membres	p
Statut professionnel	517 (%)	515 (%)	NS
Cultivateur/éleveur	480 (93)	488 (95)	
Autres (agents de l'État, élèves, étudiants, commerçants et privés)	37 (2)	27 (2)	
Taille du ménage	521 (%)	521 (%)	p = 0,01
≤ 5	367 (70)	408 (78)	
> 5	154 (30)	113 (22)	
Revenu du ménage en dollars US	521 (%)	521 (%)	p < 0,001
Sans revenu formel	117 (22)	173 (33)	
1-230	339 (65)	326 (63)	
> 230	65 (12)	22 (4)	

NS : non significatif.

Que sont les conséquences pour les centres de santé?

- Réduction du pourcentage des coûts recouverts?
 - Augmentation de la prime? → Plus de difficulté d'augmenter l'adhérence
 - Augmentation des paiements directs? → Inégalités entre membres et non-membres

Comment est-ce que le gouvernement pourrait étendre la couverture (première dimension)?

- Subventionner le paquet de bénéfices → l'assurance devient plus attractif → plus de membres
 - Mais: possible exacerbation des inégalités: les non-membres qui sont déjà pauvres ne bénéficieront pas des subventions
- Introduire la possibilité de payer la prime dans plusieurs tranches.
- Introduire l'adhérence obligatoire

Comment est-ce que le gouvernement pourrait améliorer la couverture des indigents?

- Subventions des primes pour les indigents
- Exemptions des primes pour les indigents
- Subventions des primes en général

Questions?

Merci beaucoup!