

La couverture maladie universelle (CMU) – cube magique ou boîte de Pandore ?

Document de référence



Conférence internationale sur le financement de la Santé en
Afrique : défis et opportunités

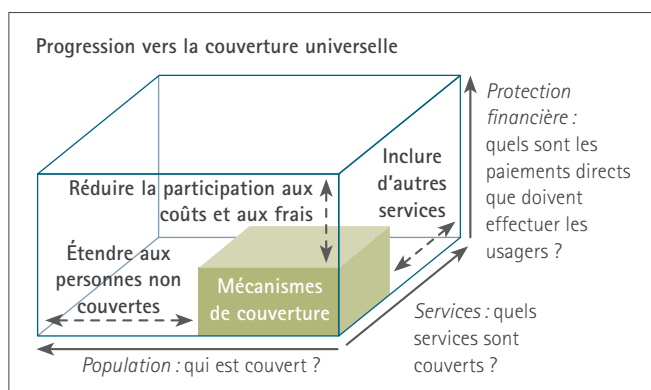
30 novembre au 1er décembre 2015, à Dar es-Salaam, Tanzanie

Ce document commence par décrire ce que l'on entend par « couverture maladie universelle » (CMU), avant de souligner que son application de même que les moyens nécessaires à sa réalisation, dépend du contexte. Il est ensuite suggéré que la CMU requiert une approche holistique, qui intègre un espace budgétaire rapide et adéquat, la gestion des finances publiques et la réforme du secteur de la santé. Ce document situe plusieurs mécanismes de financement de la santé dans le contexte de la CMU, ainsi que la façon dont ils peuvent contribuer à sa réalisation : les systèmes financés par l'impôt, les assurances maladie sociales, les assurances maladie communautaires et le paiement par l'utilisateur, par exemple.

Qu'est-ce que la couverture maladie universelle ?

L'OMS définit ainsi la CMU : « tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières. »¹ Les trois dimensions de la CMU (la couverture de la population, les services couverts et le niveau de protection financière) sont souvent représentées par le cube de la CMU (voir la Figure 1 ci-dessous).

Figure 1 : Le cube de la CMU²



ENCADRÉ 1 : RÉVOLUTIONNAIRE OU BIEN TROP CONSENSUEL ?

Pour les responsables de politiques de santé assez âgés pour se souvenir des tensions quelque peu évidentes entre la Banque mondiale et de l'OMS ces dernières décennies, l'enthousiasme partagé de ces deux institutions autour du programme de CMU peut sembler douteusement consensuel.

« Il me semble que la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir. » D^r Jim Kim, Président du Groupe de la Banque mondiale, 21/05/2013

“Universal coverage is the single most powerful concept that public health has to offer” D^{re} Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, 23/05/2012

1 Résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005

2 OMS (2010) – Rapport sur la santé mondiale 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle

ENCADRÉ 2 : METTRE EN ŒUVRE LA CMU : LES BONNES PRATIQUES DE LA THAÏLANDE

Malgré des investissements considérables dans le domaine de la santé depuis les années 1970, en 2000, la Thaïlande faisait toujours face à des défis imposants sur le plan de la prestation des soins de santé. Environ 30 % de la population (18 millions de personnes) n'avaient pas d'assurance maladie ni d'accès garanti à des soins médicaux gratuits. Les paiements directs constituaient le tiers des dépenses totales de santé et cela affectait les ménages défavorisés de manière disproportionnée. La Thaïlande a donc adopté un régime de CMU en avril 2001, où les établissements publics de santé étaient les principaux prestataires de soins de santé.

Les objectifs majeurs du régime de CMU étaient de se focaliser sur la promotion de la santé, la prévention et les soins, tout en mettant l'accent sur le rôle des soins primaires. En outre, l'équité était une considération essentielle aux yeux du gouvernement – une démarche qui cherchait à garantir que les subventions à la santé étaient progressistes et profitaient largement aux populations défavorisées, et que tous les citoyens étaient protégés contre les risques financiers de l'obtention de soins de santé.

La CMU comportait trois caractéristiques principales :

1. Un régime financé par l'impôt, avec soins gratuits dans les établissements de santé
 - Choisi à cause du caractère progressiste du régime fiscal en Thaïlande, où les riches paient une part d'impôt beaucoup plus importante que les pauvres.
2. Un ensemble complet de prestations axé sur les soins primaires
 - Ces prestations couvraient les services de soins externes, les soins hospitaliers et les urgences en cas d'accident, les soins dentaires, les éléments de diagnostic et les fournitures médicales.
3. Un budget annuel fixe avec un plafond sur la rémunération des prestataires.

Malgré la hausse des dépenses publiques dans le domaine de la santé entre 2001 et 2008, qui sont passées de 1,9 milliard USD à 7,4 milliards USD (76 % d'augmentation réelle), les dépenses de santé en pourcentage du PIB sont restées comprises entre 3 et 4 %.

Au départ, ce régime a dû surmonter des obstacles importants, causés, entre autres, par le passage du financement de l'offre (où le MdS allouait les budgets à ses unités administratives et niveaux de service) au financement de la demande et par la mise en place des réformes organisationnelles nécessaires au sein du MdS. Il reste toutefois considéré comme une grande réussite, notamment à cause de la réduction des paiements directs des ménages, passés de 33 % des dépenses totales à 15 % en 2008.

En effet, en reconnaissant que chacune des trois dimensions (couverture de la population, services couverts et niveau de protection financière) dépend du contexte et que les voies par lesquelles chacune d'elles peut être étendue sont spécifiques, le programme de la CMU peut être considéré comme un outil trop consensuel, qui mélange tout et n'importe quoi. Pour ne citer qu'une dimension en exemple, un pays avec des paiements directs représentant 70 % de ses dépenses totales de santé pourrait prétendre évoluer vers la CMU aussi facilement qu'un pays où les paiements directs ne représentent que 10 % des dépenses totales de santé. À ce titre, on a reproché au cube de la CMU d'être une boîte de Pandore plutôt qu'une vraie réponse à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité.

Un cadre utile

Le programme de CMU reconnaît clairement l'objectif commun ultime d'offrir à tous des services de bonne qualité. Il reconnaît aussi que chaque pays sera à une étape différente de ce cheminement, offrant plus ou moins de services à plus ou moins de personnes, avec plus ou moins de protection financière. Le cube de la CMU procure une approche claire et structurée pour faire de ce projet une réalité :

- Tout d'abord, l'ensemble de prestations doit être défini car aucun pays n'a les moyens de payer pour tous les services. Il faut faire des choix par l'intermédiaire d'un ensemble d'appréciations techniques – comme les interventions les plus rentables, et de solutions politiques, car retirer toute intervention d'un ensemble de prestations existant est un exercice extrêmement contesté.
- Ensuite, qui doit être couvert ? « Universel » signifie que 100 % de la population doit être capable d'avoir accès aux services. Pourtant cela est presque impossible. Beaucoup de pays commencent donc avec les groupes « à portée de main », c.-à-d. les employés du secteur formel, puis étendent progressivement la couverture aux autres groupes de la population. Les plus vulnérables sont souvent les plus difficiles à atteindre et les derniers à être inclus, sauf quand un objectif spécifique d'équité motive les réformes du financement de la santé d'un pays.
- Enfin, le niveau de protection financière. L'un des objectifs essentiels de la CMU est de veiller à ce que les populations ne se heurtent pas à des difficultés financières lorsqu'elles ont recours à des soins, définies par le niveau de paiements directs. Pourtant, de nos jours dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie, les paiements directs continuent de représenter une grande part des dépenses totales de santé. L'un des objectifs explicites de la CMU est ainsi de réduire les paiements directs, en particulier les paiements par l'utilisateur. C'est l'un des défis au cœur de la réalisation de la CMU : comment remplacer les paiements par l'utilisateur ?

Comment financer la CMU pour atteindre le plus haut niveau de protection financière

Remplacer les paiements par l'utilisateur soulève une question plus vaste : comment financer cette grande ambition qu'est

la CMU ? Les fonds, ou plutôt l'espace budgétaire, peuvent provenir de quatre sources distinctes : l'accroissement de l'aide allouée à la santé, l'accroissement des allocations du gouvernement à la santé et/ou l'accroissement de la mobilisation des ressources intérieures (point mis en lumière dans cette section), les emprunts pour la santé ou l'amélioration de l'efficacité technique (l'optimisation de la santé, abordée dans le document 2).

Mobilisation des ressources intérieures

Au niveau national, la CMU peut être financée par le biais de sources variées : publiques (imposition et assurance maladie sociale/nationale) et/ou privées (paiements par l'utilisateur, assurance maladie communautaire, assurance maladie privée ou plan d'épargne santé³).

- **L'imposition** : en termes généraux, les systèmes financés par l'impôt offrent le plus grand potentiel d'augmentation des recettes, car l'assiette fiscale est très vaste (depuis l'imposition sur les sociétés aux taxes foncières, à la TVA, etc.). Elle offre aussi le meilleur potentiel de mutualisation, d'où le subventionnement croisé entre les riches (qui devraient payer la plus grande part d'impôts si le système est progressiste) et les pauvres (qui devraient payer une part inférieure). Dans les pays à faible revenu en particulier, l'imposition directe est souvent considérée comme difficile à faire appliquer et à recouvrer, et les conseils du FMI se concentrent par exemple sur le besoin de donner la priorité à la TVA. La documentation mène à penser qu'il y aurait d'autres pistes à explorer sur l'imposition, même dans les pays à faible revenu, et qu'opter pour la voie de la TVA pourrait être une approche trop régressive et restrictive.⁴
- **L'assurance maladie sociale ou nationale**⁵ : elle est principalement financée par le biais d'une taxe sur la masse salariale, mais elle est souvent complétée par des subventions publiques. Les ressources sont mutualisées, idéalement à l'échelle nationale, ce qui offre un certain niveau de subventionnement croisé entre les personnes ayant contribué. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire avec un secteur informel vaste incapable de contribuer à l'assurance maladie sociale, ceci empêche la couverture d'une grande part de la population.

L'imposition directe et/ou les systèmes d'assurance maladie nationale sont généralement considérés comme les plus progressistes, car ils garantissent dans l'ensemble que plus un

3 Les plans d'épargne santé n'ont été utilisés qu'à Singapour. Du fait qu'ils sont si rares, nous ne les aborderons pas ici.

4 Di John (2013) The political economy of taxation and resource mobilisation in sub-Saharan Africa (« L'économie politique de l'imposition et de la mobilisation des ressources en Afrique subsaharienne »), document de travail de la Banque mondiale ; et McIntyre et Meheus (2014) Fiscal space for domestic funding on health and other social services (« Espace budgétaire pour le financement intérieur de la santé et d'autres services sociaux »), Chatham House paper.

5 Ces deux termes (assurance maladie sociale et assurance maladie nationale) sont utilisés de manière interchangeable dans la documentation. Nous utilisons ici l'expression assurance maladie sociale pour désigner l'une ou l'autre.

individu est riche, plus grande est la part qu'il paye.⁶ L'imposition et les assurances maladies nationales/sociales dissocient également l'épisode de mauvaise santé du paiement lui-même, ce qui offre le plus grand potentiel de protection financière. Ensemble ou séparément, ces deux mécanismes sont reconnus comme les plus adaptés pour faire de la CMU une réalité.⁷

- **L'assurance maladie privée** : assurance destinée à ceux qui sont en mesure de payer la prime. Si elle peut être utile pour procurer des soins secondaires et tertiaires à ceux qui ont les moyens de payer la prime, elle est peu pertinente pour les pays cherchant à instaurer la CMU pour un ensemble de services de base.⁸
- **L'assurance maladie communautaire** : tout régime géré et exploité par une organisation, autre qu'un gouvernement ou une entreprise privée à but lucratif qui fournit une mutualisation des risques pour couvrir tout ou une partie des coûts des services de santé – généralement souscrite de manière volontaire. Ce type d'assurance était très populaire dans les années 1990 et 2000, surtout en Afrique subsaharienne. Mais l'expérience s'est avérée décevante : il crée de petits fonds communs, génère très peu de recettes, offre peu de protection financière contre des paiements catastrophiques et continue d'exclure les plus défavorisés qui n'ont pas les moyens de payer la prime.⁹ Cependant, le Rwanda est l'un des pays où les organisations de ce type d'assurance représentent une base de futur financement de la santé.
- **Les paiements par l'utilisateur** constituent tout paiement effectué par les patients dans les établissements de santé. Ils ont été introduits dans les années 1980 dans la plupart des pays en développement comme conditionnalité des Programmes d'ajustement structurel. Ils devaient permettre de mobiliser les fonds indispensables pour financer la santé et réduire la demande futile. Le consensus prédominant de ces dix dernières années est que non seulement les paiements par l'utilisateur ne

permettent pas de rassembler assez de fonds pour payer la santé et ne réduisent pas la demande futile des pauvres en particulier, mais ils ont aussi principalement un impact extrêmement négatif sur la capacité des personnes défavorisées à avoir accès aux soins.¹⁰ David De Ferranti, économiste de longue date de la Banque mondiale et fervent défenseur au sein de la BM des paiements par l'utilisateur pour la santé, a reconnu leur impact catastrophique et le besoin de les annuler systématiquement.

Le débat sur les paiements par l'utilisateur aujourd'hui ne cherche plus à savoir s'il faut les annuler, mais sur la façon de les annuler.¹¹ Cette question est devenue particulièrement urgente dans le contexte de la CMU, et comme nous l'avons souligné ci-dessus, lorsque l'on réalise que beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire dépendent encore largement des paiements par l'utilisateur pour financer leur secteur de la santé.

En conclusion, les données probantes montrent que le cheminement vers la CMU implique d'annuler progressivement les paiements par l'utilisateur et de les remplacer par des mécanismes de collecte nationale et de mutualisation comme l'imposition et/ou les assurances maladie sociales.¹² Pourtant, comme cela est mis en lumière dans le document 2 intitulé Le Financement de la santé et la réforme des systèmes de santé, le financement de la santé ne représente que l'un des piliers du système de santé, et garantir des soins de bonne qualité requiert une réponse du système de santé, ce qui inclut le financement mais ne peut s'y limiter.

La CMU est un objectif sociétal qui a besoin de l'appui du MdS et du MdF pour en faire une réalité. Ces institutions pourront résoudre le casse-tête de l'espace budgétaire seulement grâce à la collaboration ; dans la pratique cela implique de reconnaître le besoin de ressources supplémentaires pour la santé (sans lesquelles la CMU restera une promesse politique vaine), en identifiant des manières progressistes de mobiliser des ressources nationales (mandat du MdS et du MdF), et en obtenant l'optimisation de la santé par l'amélioration des dépenses de ces ressources (mandat du MdS).

6 Cette affirmation est évidemment nuancée car les deux systèmes peuvent être relativement moins progressistes par l'intermédiaire de plafonds fiscaux ou d'exonérations par exemple. Ceci n'entre toutefois pas dans le cadre de ce document.

7 OMS (2010) op. cit.

8 OMS (2010) op. cit.

9 Chuma, Mulupi et McIntyre (2013), Providing financial protection and funding health service benefits for the informal sector : evidence from sub-Saharan Africa (« Assurer la protection financière et financer les prestations en matière de santé pour le secteur informel : données probantes d'Afrique subsaharienne »), document de réflexion 2, Resyst.

10 OMS (2010) op. cit.

11 McPake et al (2011) : How to remove user fees : an international experience (« Comment annuler les frais d'utilisation : une expérience internationale »).

12 OMS (2010) – Rapport sur la santé mondiale 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Pour tout renseignement sur l'Initiative Africaine Concertée sur la Réforme Budgétaire (CABRI) veuillez contacter : CABRI Secretariat, PostNet Suite 314, Private Bag X06, Pretoria 0001, South Africa
Tel : +27 12 492 0022
www.cabri-sbo.org

Remerciements

Les documents de référence de la conférence de CABRI « Financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités » ont été préparés par Adrian Gheorghe, Alina Lipcan, Clara Picanyol, Nouria Brikci, Tafara Ngwaru, Tomas Lievens et Sophie Witter. Les commentaires et contributions de Nana Boateng (CABRI) ont été fort appréciés. Auteur principal : tomas.lievens@opml.co.uk