



*Couverture du risque maladie dans les pays en développement: qui doit payer?
(Paris, 7 mai 2008)*

**Quelles méthodes, quels instruments
pour la protection sociale en santé?**

M. Assane Diop

Directeur exécutif

Bureau international du Travail, Genève

Excellences,
Chers collègues,
Mesdames et Messieurs,
Chers amis,

Le Directeur général du Bureau international du Travail, M. Juan Somavia, vous transmet ses meilleurs vœux de réussite pour cette conférence lancée à l'initiative de la France, qu'il félicite pour la pertinence du sujet qui nous réunit et dont l'impact social et économique détermine la volonté et la capacité des États à répondre à la demande sociale la plus partagée: l'accès aux soins.

Notre conférence nous interpelle sur une question qui est la condition de la durabilité de tous les efforts jusque-là déployés pour faire de la santé pour tous une réalité dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement qui résument l'essentiel des engagements internationaux dans ce domaine.

**Protection sociale en santé et le
Bureau international du Travail**

La santé est une partie intégrante de la sécurité sociale qui est au cœur des politiques de l'Organisation internationale du Travail depuis sa création en 1919. Par

ailleurs, l'OIT demeure un forum majeur pour les débats sur les politiques d'assurance sociale en santé.

Pour l'OIT, un bon système de financement des soins de santé ne peut se concevoir sans les conditions suivantes:

- une bonne pyramide sanitaire
- le respect des ratios en termes de personnels de santé/population et d'accès géographique
- une bonne politique de médicaments suivie d'une réforme hospitalière soutenue par une politique d'extension de la protection sociale en santé qui repose sur les différents mécanismes de financement qui vont faire l'objet de notre prestation.

La problématique historique

Dans la plupart des pays en développement, l'offre de soins était publique et financée par l'impôt.

L'accès à la santé était gratuit, mais «théorique», à cause ...

- du sous-financement de l'offre publique
- des problèmes de disponibilité des médicaments
- des problèmes d'accessibilité géographique

On note également la distorsion de l'offre, au profit:

- des villes, au détriment des zones rurales
- des soins de santé secondaires, au détriment des soins primaires
- des soins curatifs, au détriment des soins préventifs

L'accès aux médicaments est le maillon faible du système, même dans les pays qui ont fait d'énormes efforts pour une bonne pyramide sanitaire.

La problématique actuelle

Les défis devant nous se situent à deux niveaux:

- l'environnement institutionnel et juridique global (capacité institutionnelle, efficacité et efficience, responsabilité, fiabilité des institutions, législation et exécution ...)
- le contexte socio-économique (marché du travail, ampleur de l'économie informelle, niveau de revenu national, ampleur de la base fiscale, croissance économique et espace fiscal, niveau de pauvreté ...)

Remarquons ici que l'impact du déficit de protection sociale en santé sur le développement est ressenti sur quatre dimensions :

- l'impact sur la santé (indicateurs sanitaires faibles, demande limitée des soins, notamment de la part des pauvres, à cause des obstacles financiers...)
- l'impact sur la pauvreté (chaque année, la population rendue pauvre par la mauvaise santé augmente de 100 millions)
- l'impact économique (freine le développement, empêche la croissance, baisse la productivité)
- l'impact social (aggrave l'instabilité)

L'initiative de Bamako

L'initiative de 1987 dite de Bamako a été lancée pour, entre autres, développer les soins de santé primaires, financer l'accès aux soins par la participation communautaire au financement et à la gestion à travers les comités de santé.

Le système a cependant montré ses limites du fait du déficit de formation, de la faiblesse des textes réglementaires et du caractère ponctuel du paiement à l'acte qui rend difficile toute planification budgétaire.

Les mutuelles et micro-assurances

Dans beaucoup de pays (en Afrique, Asie, Amérique latine ...) les populations se sont organisées progressivement en mutuelles et micro-assurances santé, franchissant ainsi un nouveau pas important.

Initiées par des associations villageoises, de quartier ou professionnelles, des coopératives agricoles, des réseaux de micro-finance ou des syndicats professionnels, ces mutuelles et micro-assurances ont pour objectif d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale.

Les avantages sont:

- participation de la population, notamment des femmes
- information, promotion et prévention
- usagers solvables et traités dans la dignité
- négociations avec l'offre de soins: tarifs, qualité de l'accueil

Les limitations:

- leur petite taille (en Afrique), difficulté à s'étendre
- cotisations faibles, donc en l'absence de subventions, le paquet de services couverts est limité
- capacités de gestion faibles, non professionnelles
- environnement juridique pas adapté

Comblent les écarts de financement

Le défi est de combler les écarts de financements nationaux, évalués entre 1,5% et 5% du PIB dans la plupart des pays d'Afrique.

L'on peut combiner et rationaliser plusieurs mécanismes de financement pour atteindre la couverture universelle dans des délais réalistes, et couvrir une offre de soins de santé de qualité basée sur une bonne gouvernance qui repose sur la faisabilité fiscale et économique.

Pour relever ce défi il est urgent de développer une stratégie qui utilise tous les moyens disponibles pour augmenter l'enveloppe financière totale pour le budget national de santé.

La mise en place d'une stratégie nationale cohérente

Nous voyons quatre étapes essentielles vers la couverture universelle :

- i) Évaluer les écarts de couverture au niveau national.
- ii) Développer un plan de couverture national qui définit la contribution à la couverture de tous par les différents mécanismes et l'inscrire dans une loi nationale d'accès universel à la santé.
- iii) Établir un budget social national qui permet de contrôler les flux de financements et de s'assurer d'une utilisation efficace des ressources (outil de gouvernance pour les Ministères de la Santé).
- iv) Renforcer les capacités nationales de gestion et de planification.

L'Etat doit rester le garant de la définition et de l'application de la politique de financement de la santé, qui doit être articulé autour de plusieurs mécanismes partiels:

- le financement par le budget de l'État et les collectivités locales
- l'assurance sociale en santé
- les mutuelles et micro-assurances
- l'assurance santé privée
- les caisses et mutuelles d'entreprise

La mise en place d'un système de financement cohérent et intégré a un double avantage:

- structurer l'accessibilité financière et la rendre pérenne et assurer ainsi des ressources «budgétisables» pour stabiliser et renforcer la politique de santé
- assurer par la contractualisation des soins de qualité moins coûteux pour les populations

Coopération technique: diverses activités à travers les continents

- diagnostic des systèmes de sécurité sociale
- réformes des systèmes de sécurité sociale
- définition de politiques de sécurité sociale
- études de faisabilité pour la sécurité sociale en santé en milieu rural

Des exemples:

- un projet est en cours sur la Gestion financière du système de santé en Thaïlande
- à Trinité-et-Tobago, nous avons assisté l'extension de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants
- en Uruguay, nous avons participé à la rédaction de la Loi adoptée en 2007 sur l'extension des allocations familiales aux travailleurs informels

- au Yémen, nous aidons le gouvernement à développer des options pour l'extension de la protection sociale en santé dans l'économie informelle
- au Sénégal, au Burkina Faso, au Mali, au Ghana et dans plusieurs pays africains nous développons une coopération technique suivie pour l'extension de la sécurité sociale au bénéfice de l'économie informelle et du milieu rural

Notre proposition

Il est souhaitable que cette conférence débouche sur une réelle «initiative internationale d'envergure» pour le financement de la protection sociale en matière de santé dans les pays en développement.

Le suivi de cette initiative devrait être organisé dans le cadre d'un effort concerté de l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux:

- les fonds verticaux (Global Fund, GAVI),
- les initiatives internationales horizontales (P4H, IHP...),
- les organisations internationales (OMS, Banque mondiale, ONU, UNICEF, BIT...), qui doivent établir un agenda commun pour définir la démarche pragmatique pour aller de l'avant.

Contribution du BIT

- Une collaboration dans le cadre du Consortium, de l'initiative «Providing for Health», du «Partenariat international pour la santé (IHP)»,
- notre longue expérience de l'organisation, la planification et la gérance des systèmes d'assurance santé, assurance sociale et les micro-assurances sociales sur tous les continents,
- notre connaissance approfondie de l'organisation des systèmes de financement des soins de santé dans le cadre des systèmes nationaux de sécurité sociale,

- nos services de conseils législatifs et financiers et de l'actuariat, travaillant avec plus de 70 pays durant les dernières décennies, et nous permettant d'apporter notre contribution au partenariat international nécessaire pour le financement de la santé.

Sénégal

A la demande du gouvernement, le BIT a fait des études de faisabilité pour l'extension de la sécurité sociale en santé pour le monde rural. Le résultat montre que les populations rurales ne peuvent contribuer qu'à hauteur de 30% du financement pour l'accès aux soins. Le déficit de 70% doit être comblé à travers les impôts et l'aide internationale. Mais c'est un bon investissement quand on sait que du seul fait du paludisme, ce pays perd jusqu'à 1,3% de son PIB.

Le BIT a également aidé à mettre en place la mutuelle de santé des transporteurs routiers qui couvre 450 000 personnes.

Burkina Faso

Avec l'appui du BIT-STEP, le Ministère du Travail vient d'élaborer un projet de mise en place d'un système national d'assurance maladie pour tous pour un paquet minimum de soins de santé de base financé par des cotisations et des ressources fiscales.

Bien d'autres exemples de coopération entre le BIT et les pays du tiers monde montrent qu'il est possible aujourd'hui d'organiser avec méthode le financement de la santé pour accompagner les politiques nécessaires à l'atteinte des objectifs du Millénaire.

Le Consortium OMS-OIT-GTZ auquel s'est jointe la France est un bon exemple de partenariat dans le respect des compétences entre l'expertise de l'OMS dans la définition des politiques de santé, du BIT dans le financement de l'accès aux soins et de l'aide bilatérale dans l'appui à la mise en œuvre des stratégies nationales.

Tout le monde peut contribuer au paiement des coûts de la santé :

- L'Etat constitutionnellement responsable doit cependant définir une politique de santé, organiser et assurer les offres de soins de qualité avec une pyramide sanitaire qui fonctionne aux différents plans du ratio personnel de santé/population, équipement, disponibilité des médicaments, etc.
- Les collectivités locales par les transferts de compétences qui leur sont dévolues.

C'est à ces niveaux qu'il faut assumer la prise en charge des indigents par des recettes fiscales.

- Les caisses de sécurité sociale et les institutions de prévoyance maladie pour les salariés
- Les mutuelles de santé, micro-assurances pour les populations de l'économie informelle et rurale.

Ces financements multiformes peuvent être complétés par une coopération dynamique avec les institutions multilatérales et bilatérales dans le cadre d'une action concertée et cohérente.

Le BIT est prêt à appuyer une nouvelle grande initiative de collaboration.