

Offre de soins

Raphaël Cottin ¹

Université Paris Dauphine, M1 AID
cours "Santé et Développement"

Février 2019

1. PSL, Université Paris Dauphine, UMR DIAL

Plan

- 1 Exposés
- 2 Discussion des lectures
- 3 Financement de la santé

Exposés

- **L'absentéisme dans les services de santé** : Claire Degail, Livia D'Alessio, Laurette Cretaud, Gaelle Chupin
- **Le financement basé sur la performance** : Pierre Cand, Sabrina Bouhanik, Malika Ben Karroum, Marion Apert
- **Les produits pharmaceutiques dans les PED** : Layla Arras, Auréline Ardourel, Ingrid Angoston, Lucile Delaunois

Discussion des lectures

Mathonnat (2009) : Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu

- qu'appelle-t-on équité horizontale et équité verticale ? pourquoi cette dernière est-elle généralement faible dans les pays à faible revenu ?
 - ▶ équité horizontale : des personnes identiques payent (et reçoivent) le même montant
 - ▶ équité verticale : les plus riches payent plus ; les plus pauvres reçoivent moins
 - ▶ les plus pauvres bénéficient comparativement peu de la dépense publique en santé
- comment ont évolué les ressources extérieures allouées aux systèmes de santé au cours de la décennie 2000 ? quels sont leur provenance, et à quoi sont-ils destinés ?
 - ▶ les ressources ont augmenté (quasi multiplication par 3) de 2000 à 2008. 6 Mds en 2000 vs. 17 Mds USD en 2008
 - ▶ provenance : "nouvelle architecture de l'aide à la santé" : allègements de dette, Fonds Mondial, GAVI, Unitaïd, fondations privées
 - ▶ sont principalement allés vers des programmes verticaux

Mathonnat (2009) : Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu

- Quelle est la principale critique adressée aux programmes verticaux de santé ? expliquez
 - ▶ les programmes de santé verticaux sont peu liés aux systèmes de santé
 - ▶ mais ils fragilisent ceux-ci, en les sollicitant beaucoup
- Quelles sont les critiques adressées aux programmes de gratuité des soins ?
 - ▶ ils conduisent à diminuer la quantité de ressources mobilisables pour les systèmes de santé
 - ▶ les mécanismes permettant de compenser la perte de ressources ne sont pas toujours pérennes

Jacquemot (2019) : Santé, hôpital, et médicaments

- décrivez le schéma organisationnel typique du système de Santé en Afrique
 - ▶ cf. schéma

organisation pyramidale

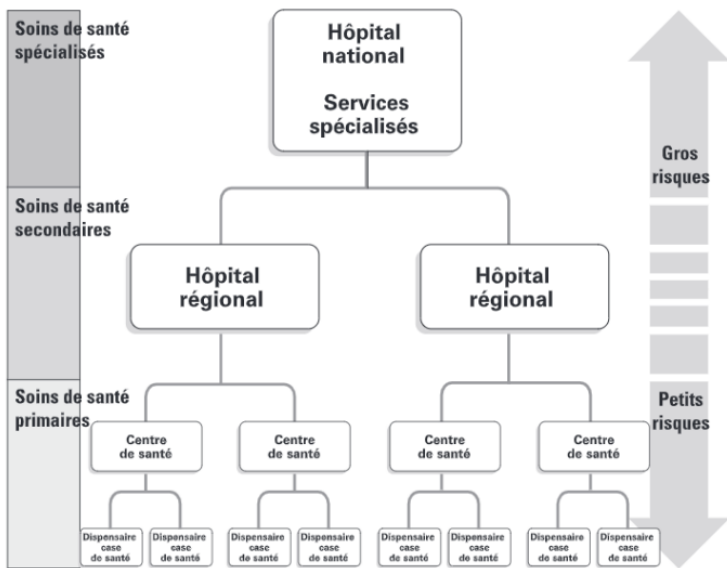


Figure 30. Le système de santé type

Jacquemot (2019) : Santé, hôpital, et médicaments

- décrivez le schéma organisationnel typique du système de Santé en Afrique
 - ▶ cf. schéma
- Par rapport à ce schéma théorique, quels sont les principaux dysfonctionnements ?
 - ▶ le sous-financement et la mauvaise qualité des soins dans les structures primaires entraînent une désaffection de ceux-ci par les patients au profit des hôpitaux
 - ▶ les hôpitaux sont engorgés par des pathologies mineures ; baisse de la qualité, surcharge du personnel
- listez trois autres composants de l'offre de soins qui n'apparaissent pas dans le schéma
 - ▶ programmes verticaux
 - ▶ secteur privé (caritatif ou commercial)
 - ▶ tradi-praticiens et pharmacopée traditionnelle

Financement de la santé

quelques repères sur le financement de la santé

Indicateur

Dépense totale de santé

Mesure la consommation finale de biens et services de santé, y compris les soins et les services collectifs (prévention, santé publique, administration...). Exclut la dépense d'investissement.

- provenance : comptes nationaux de santé
- méthodologie : SHA-2 (2011) (première version en 2000)
- vise à produire des données comparables entre pays par source de financement et utilisation

Base de données en ligne : [Global Health Expenditure Database](#)

Dépense totale de santé

limites

- fréquence de l'établissement des comptes de santé
 - ▶ imputations et estimations nécessaires
- forte marge d'erreur
 - ▶ corrélation entre estimation OMS et FMI : 65%
- chiffres à l'entrée du "pipeline", pas à la sortie
 - ▶ aide non décaissée entièrement
 - ▶ exécution partielle des budgets nationaux

Indicateurs sur Gapminder

- dépenses totales de santé [[lien](#)]
- dépenses publiques de santé [[lien](#)]
- dépenses publiques de santé, *en pourcentage des dépenses publiques totales* [[lien](#)]
- dépenses directes des ménages (*out of pocket*) en pourcentage des dépenses totales de santé [[lien](#)]

point de comparaison : dépense minimale pour atteindre le panier essentiel pour les OMD : **60\$ /hab** (OMS, 2015)

Table 1 Health financing indicators by income group and by region (in current PPP, millions of international \$)

	<i>THE per capita</i>	<i>GHE per capita</i>	<i>External resources on health as % of THE</i>	<i>GHE as a % of THE</i>	<i>PHE as a % of THE</i>	<i>Social security funds as % of GHE</i>	<i>Out-of-pocket expenditure as % of PHE</i>	<i>Private insurance as % of PHE</i>
<i>Income group</i>								
LICs	61	25	26.0	40.0	60.0	3.8	77.7	2.3
LMICs	148	57	2.5	38.3	61.7	15.7	87.7	4.5
UMICs	576	318	0.3	55.3	44.7	45.5	73.8	17.5
HICs	4660	2997	0.0	64.3	35.6	67.4	38.9	53.7
<i>Geographical region</i>								
East Asia and Pacific	317	169	0.4	53.2	46.8	56.4	78.9	7.5
Europe and Central Asia	799	514	0.6	64.4	35.6	47.4	83.7	6.8
Latin America and Caribbean	845	432	0.3	51.1	48.9	23.1	64.8	31.7
Middle East and North Africa	426	202	0.6	47.4	52.6	36.8	95.0	4.7
South Asia	115	35	2.1	30.1	69.9	14.8	86.4	4.1
Sub-Saharan Africa	143	64	12.6	44.7	55.3	3.4	61.5	29.9

Abbreviations: GHE, government health expenditure; HICs, high-income countries; LICs, low-income countries; LMICs, lower-middle-income countries; PHE, private health expenditure; PPP, purchasing power parity; THE, total health expenditure; and UMICs, upper-middle-income countries.

Source: WHO Global Health Expenditure Database. Available at: <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1> (accessed 20.05.12). Aggregated based on the World Bank's income and regional classification.

Data are from 2010 and are country weighted, not population weighted.

Sources de financement

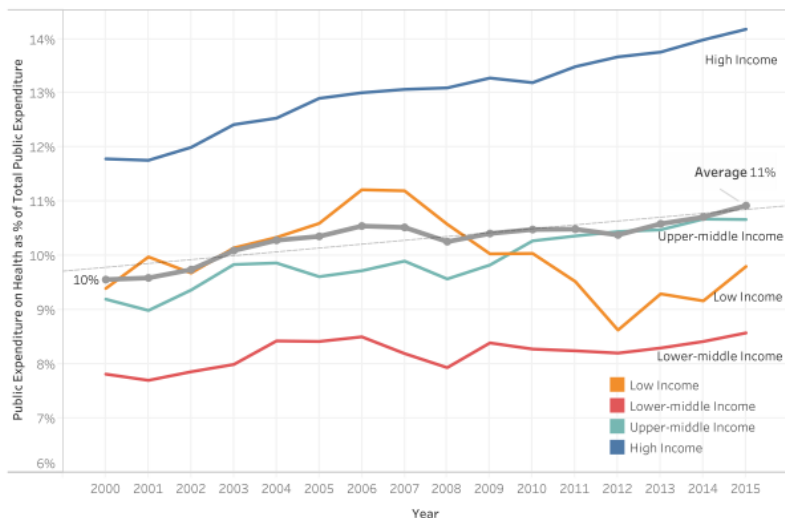
- La dépense totale de santé est reliée au niveau de vie
- Dans les pays en développement, la dépense privée constitue la principale source de financement
- Une partie non négligeable provient de ressources externe (10% dans PED, 25% dans PMA)
- La part de la dépense publique est variable :
 - ▶ en % des dépenses de santé : part moindre que dans les pays développés
 - ▶ mais pas nécessairement en % des dépenses publiques totales
 - ★ dépenses publiques limitées par la capacité à lever l'impôt (capacité fiscale)

Dépenses privées vs. dépenses directes

- distinction entre dépenses privées et dépenses directes :
 - ▶ dépenses liées aux assurances sociales (obligatoires ou non) et autres mécanismes de prépaiement (mutuelles)
 - ▶ dépenses directes au point de service (*out of pocket*)
- PED : dépenses directes des ménages constitue la majorité des dépenses privées
- enjeu pour les PED (en particulier pays à revenu intermédiaire) : remplacer ces paiements directs par systèmes de prépaiement, ou bien par couverture publique (financée par l'impôt)
 - ▶ difficulté : travailleurs non-pauvres du secteur informel
 - ▶ faire contribuer à assurances obligatoires ? difficile à faire respecter, peut nécessiter subventions
 - ▶ couvrir par système public financé par l'impôt ? coût souvent prohibitif

Un effet d'éviction de l'aide internationale ?

Figure – source : OMS (2018)



References I