



PREPARATION D'UN DOCUMENT DE STRATEGIE DE FINANCEMENT



Comment canaliser le carburant du système de santé ?

L'INTEGRATION ET LA CONVERGENCE DES MECANISMES DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

JANVIER 2012

Philippe VINARD
Anne Claire HAYE
Dimitri BIOT

Table des matières

Abréviation.....	4
Résumé	5
Introduction	8
1 Les enjeux et contraintes.....	10
1.1 Des objectifs ambitieux.....	10
1.1.1 Les références nationales et internationales.....	10
1.1.2 La couverture universelle : un objectif réaliste ?.....	11
1.1.3 Le cadre d'ensemble.....	12
1.1.4 Comparaison entre les systèmes de financement.....	15
1.2 Les contraintes macro-économique	16
1.2.1 La part de la santé dans le PIB aux Comores et son évolution :.....	17
1.2.2 La place de la santé dans le budget de l'Etat et son évolution.....	18
1.2.3 Quelles marges d'actions possibles ?.....	19
2 Etat des lieux	20
2.1 Les ressources encore peu diversifiées.....	20
2.1.1 Les ménages, principal financeur	20
2.1.2 Le financement de la Diaspora peu orienté vers la santé.....	21
2.1.3 Des stratégies de mobilisation fiscale encore non explorées.....	22
2.1.4 Le financement extérieur volatile et difficile à estimé	24
2.2 Les dépenses pas toujours orientées vers les priorités.....	25
2.2.1 Des dépenses d'investissement relativement importantes.....	25
2.2.2 Des besoins en fonctionnement qui ne rencontrent pas leur financement.....	26
2.2.3 Le budget de l'Etat consacré essentiellement au salaire.....	27
2.2.4 Les médicaments chers et le rôle de la PNAC.....	29
2.3 Les problèmes créés par ce mode de financements.....	30
2.3.1 L'impact du paiement direct dans la répartition des dépenses.....	30
2.3.2 Les ressources humaines mal réparties et leur gestion difficile	31
2.3.3 Le difficile contrôle de l'offre privée	33
2.3.4 L'impossible viabilité financière du système.....	35
3 Comparaison des instruments	38
3.1 Des paiements directs considérables et peu régulés.....	38
3.2 Les assurances volontaires.....	39
3.2.1 Des mutuelles de santé très vulnérables.....	39
3.2.2 Le potentiel des micro-assurances et du secteur bancaire	41
3.2.3 Les caisses d'assurance maladie internes à certaines entreprises.....	42
3.3 Les assurances obligatoires.....	44
3.3.1 Les mutuelles des fonctionnaires	44
3.3.2 Les perspectives d'un système de sécurité sociale.....	46
3.4 Les débuts d'un financement par la performance.....	48
3.5 Comparaison de ces différents mécanismes	49
4 Eléments pour une Stratégie	53
4.1 Les principes pour choisir les priorités.....	53
4.1.1 Vers une notion plus réaliste de l'équité.....	53
4.1.2 Prendre vraiment en compte la qualité	54
4.1.3 Dégager les gains d'efficience possibles.....	54

4.1.4 Les vrais conditions d'un financement durable.....	55
4.2 Le principal axe stratégique : développer différents types de tiers payant.....	56
4.3 Les autres grands axes de la stratégie.....	59
4.3.1 Pour un financement plus équilibré.....	59
4.3.2 Financer davantage le rôle de régulation de l'Etat.....	59
4.3.3 Financer les structures publiques selon leur activité.....	60
4.3.4 Mieux utiliser le financement du secteur privé.....	60
Conclusion	63

Abréviation

AM	Assurance Maladie
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AT	Appui Technique
BDC	Banque de Développement des Comores
BFC	Banque Fédéral du Commerce
BIC	Banque pour l'Industrie et le Commerce
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CMC	Centre Médico Chirurgical
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CPN	Consultation Périnatale
CRC	Caisse de Retraite des Comores
DSCR	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EIM	Enquête à Indicateur multiples
FENAMUSAC	Fédération Nationale des Mutuelles de santé des Comores
IFD	Institution Financière Décentralisée
KMF	Franc Comorien
MECK	Mutuelles d'Epargne et de Crédit des Comores
MSSPG	Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Promotion du Genre
ONDAM	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OIT	Organisation Internationale du Travail
PASCO	Programme Appui à la Santé aux Comores
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planning Familial
PIB	Production Intérieure Brute
PIP	Programme d'Investissement Public
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Paquet d'activités santé Maternelle et Infantile
PNAC	Pharmacie Nationale autonome des Comores
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
TVA	Taxe à la Valeur Ajoutée
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé

La « **couverture universelle** » est devenue un **thème moteur de réforme** dans le secteur de la santé. Mais ce terme peut couvrir des réalités bien différentes (assurance maladie, gratuité, extension des mutuelles, réforme du financement public) et doit prendre en compte le contexte particulier de chaque pays (ses contraintes économiques, ses priorités sanitaires, son système de santé). Aux Comores de nombreux mécanismes coexistent depuis plus ou moins longtemps souvent à l'initiative de projets. Certains ont été l'objet d'évaluation et il est important de capitaliser ces expériences avant de les étendre ou de les arrêter.

La mise en place d'un document stratégique du financement de la santé apparaît comme un outil utile pour assurer la bonne intégration de ces initiatives dans la politique d'ensemble du pays. **Un document stratégique n'est pas un plan mais un engagement politique des autorités sur un certain nombre de principes et des axes prioritaires.** Les expériences internationales ont montré qu'un document opérationnel et court permettait aux différents acteurs d'avoir une référence à la fois sur la place de leurs différentes initiatives et de veiller à ce qu'elles suivent bien les priorités des autorités sanitaires. Il s'agit autant d'un mécanisme de transparence (en clarifiant les concepts), d'information (en facilitant les échanges) que de régulation (en prenant en compte les effets vertueux ou pervers).

Aux travers de nombreux textes et engagement, l'Union des Comores souhaite progresser à terme vers l'objectif d'une couverture universelle en santé. **L'enjeu ne se résume pas à la promotion de l'assurance maladie** mais bien plus à améliorer progressivement l'accès de la population à des prestations de santé de qualité les plus complètes possibles, dans un contexte de fortes contraintes économiques et financières.

La santé coûte cher et coûtera toujours plus cher et les besoins de financements seront toujours croissants même si des gains d'efficacité peuvent être importants. La part de la santé dans la PIB et dans le budget de l'Etat est particulièrement basse actuellement aux Comores même comparée aux pays les plus pauvres. **L'engagement de l'Etat devra de toutes façons croître** car la santé ne peut entièrement recouvrir ses coûts.

Afin de faciliter les débats, il importe de bien clarifier la terminologie utilisée et d'éviter des oppositions dogmatiques qui ne correspondent souvent pas aux réalités du terrain. **Le financement d'un système de santé ne peut reposer sur un mode unique** et doit être diversifié. On doit trouver un équilibre particulier au pays entre différents outils. La stratégie de financement à mettre en oeuvre aux Comores pourrait comporter un ensemble de mécanismes complémentaires dans le cadre d'une approche globale, permettant d'agir sur toutes les composantes du système de santé.

Pour faire face à la demande croissante, les ressources disponibles pour la santé sont :

- **Les paiements directs des usagers dont la part atteint presque 70% des dépenses de santé.**

- **Les transferts de la diaspora** importants mais difficile à canaliser vers la santé.
- Les marges de manœuvre en matière de fiscalité et de financements innovants existent mais nécessitent une forte volonté politique.
- **L'aide extérieure** demeure essentielle mais demeure très volatile dans son timing et sa répartition

Les problèmes essentiels sur les dépenses sont :

- **La part des dépenses de santé dans l'investissement apparaît déséquilibrée** par rapport à celle consacrée au fonctionnement.
- Le budget de l'Etat est consacré essentiellement aux salaires et les rationnements ont portés sur le fonctionnement et pas sur le nombre de postes.
- Les prix des médicaments entraîne une charge exagérée sur les soins

La comparaison entre les mécanismes de financement indique que

- **Le paiement direct représente le pire des mécanismes de financement de la santé du point de vue de l'équité et de l'efficacité.** Il entraîne de nombreux effets pervers et en particulier une surconsommation de certains produits et les stratégies commerciales ont rapidement leurs limites. La sous-utilisation de nombreux services (et des équipements) rend impossible la viabilité financière des structures sur la base d'un paiement direct.
- **Les mutuelles de santé peuvent jouer un rôle social important mais ne peuvent contribuer de manière significative aux dépenses de santé** ni réduire les barrières financières d'accès pour les plus démunis.
- **Le financement de la performance** ne peut jouer qu'un rôle complémentaire à un financement de l'activité avec une part importante de tiers payant.
- De nombreuses entreprises ont initié des caisses maladie internes qui mobilisent des fonds importants. Des gains d'efficacité pourraient être obtenus en rationalisant leurs gestions.
- La mission a notamment rencontré un intérêt récurrent pour **un système de mutuelle des fonctionnaires** et des expériences ont pris forme.

L'élaboration d'une stratégie de financement doit veiller à donner une place primordiale à la qualité et à l'efficacité. **La pérennité est avant tout institutionnelle et s'obtient surtout par l'efficacité d'un mécanisme et ses capacités d'adaptation.**

Le principal axe d'une stratégie est de donner une place plus importante aux différents mécanismes de tiers payant,

- en **développant les assurances dans le secteur formel.** L'appui technique extérieur au secteur formel (en particulier les fonctionnaires) apparaît utile car des gains d'efficacité sont possibles et les moyens existent.

- **les fonds d'achats pour un paquet de base** pour l'ensemble de la population. L'appui extérieur pour financer le paquet de base permettra de montrer l'impact rapide d'un financement sur la population des plus démunis

Les autres axes doivent viser à

- établir **un meilleur équilibre dans le financement** en particulier entre le fonctionnement et l'investissement.
- Le renforcement de l'Etat doit se faire essentiellement **dans sa fonction régalienn**e (en particulier dans les normes, l'inspection et le contrôle)
- La séparation du fournisseur et du régulateur peut se faire au sein du secteur public en donnant **le maximum d'autonomie aux structures** (en particulier dans la gestion du personnel)
- **Le secteur privé** doit avoir une place essentielle dans une stratégie de financement tant pour contrôler sa réelle qualité et efficacité que pour l'intégrer clairement dans la politique nationale.

Il est évident que cette tâche est une œuvre de longue haleine mais l'intérêt d'un document stratégique est de garder ce « cap » tout en procédant par étapes.

- **La coordination des bailleurs** peut commencer à prendre forme par ces revues annuelles conjointes. Il ne s'agit pas de faire de nouveaux plans avec des moyens financiers qui n'existent pas mais de faire ensemble l'état des lieux et de veiller à la cohérence de chaque contribution.
- La mise en place **des comptes de la santé** permettra de vérifier (ou d'infirmier) certaines hypothèses que nous avons faites. Elle permettra aussi de mesurer vraiment l'impact des actions en particulier en ce qui concerne le poids financier qui pèse sur les ménages.
- **Les expériences des mutuelles doivent être capitalisées dans des domaines plus approprié** soit vers des populations qui peuvent vraiment contribuer, soit comme canal efficace pour l'achat de service. On ne doit pas perdre l'expertise des services de gestion communs et le travail de contractualisation.
- **Une action dans le secteur privé** apparaît comme une priorité jusque là un peu négligée faute d'information. Une information plus précise permettra d'alerter clairement les autorités sur l'importance de ces enjeux.
- Enfin même si un projet de sécurité sociale apparaît comme une vision à très long terme, **le domaine social (y compris les retraites et la situation des fonctionnaires) apparaît une priorité les autorités politiques** qui doivent être soutenues dans leurs efforts de réformes structurelles par les bailleurs.

Le groupe sur le financement de la santé doit travailler sur ce document provisoire pour en établir une version définitive dans un délai raisonnable. Il sera nécessaire ensuite d'aborder chaque thème par groupe de travail en fonction des étapes décidées par les autorités politiques. C'est donc seulement ensuite qu'un document de stratégie de financement pourra être établi.

Introduction

La « **couverture universelle** » est devenue un thème moteur de réformes dans le secteur de la santé¹. Mais ce terme peut couvrir des réalités bien différentes (assurance maladie, gratuité, extension des mutuelles, réforme du financement public) et doit prendre en compte le contexte particulier de chaque pays (ses contraintes économiques, ses priorités sanitaires, son système de santé). Aux Comores de nombreux mécanismes coexistent depuis plus ou moins longtemps, souvent à l'initiative de projets. Certains ont été l'objet d'évaluation permettant de mesurer leurs avantages et leurs inconvénients. Même s'il est difficile de comparer des modèles dans des contextes très différents, il est important de capitaliser ces expériences avant de les étendre ou de les arrêter. De toutes façons, **un financement diversifié est probablement nécessaire**. C'est pourquoi, il importe de garder une vue d'ensemble de ces initiatives et de bien veiller à la cohérence de ces nombreux outils.

La mise en place d'un document stratégique du financement de la santé apparaît comme un outil utile pour assurer la bonne intégration de ces initiatives dans la politique d'ensemble du pays. **Un document stratégique n'est pas un plan mais un engagement politique des autorités sur un certain nombre de principes et des axes prioritaires**. Les expériences internationales ont montré qu'un document opérationnel et court permettait aux différents acteurs d'avoir une référence à la fois sur la place de leurs différentes initiatives et de veiller à ce qu'elles suivent bien les priorités nationales. Il s'agit autant d'un mécanisme de transparence (en clarifiant les concepts), d'information (en facilitant les échanges) que de régulation (en prenant en compte les effets vertueux ou pervers).

Dans le domaine du financement, plusieurs documents ont été écrits (Rapports d'identification de projet, rapport d'activité sur les réalisations, rapports de missions spécifiques, rapports d'évaluation²) mais ils sont dispersés entre les administrations responsables et les partenaires. Nous avons essayé de faire une synthèse de l'Etat des lieux dans le chapitre 2. Il ne s'agit pas encore de faire une analyse détaillée des coûts, des dépenses publiques ou des comptes de la santé³ mais de faire le point sur la place des différents modes de financement. Auparavant il est apparu important de montrer les enjeux et les contraintes (chapitre 1) Il s'agit ensuite d'aider les autorités à faire les choix stratégiques pour utiliser au mieux le potentiel des différents mécanismes de financement et donc de connaître les avantages et les inconvénients de chacun (chapitre 3). Enfin nous avons proposé quelques grands axes stratégiques qui doivent être approfondis par les autorités en fonction de leurs arbitrages (chapitre 4).

Ce travail est bien sûr de la compétence du Ministère de la santé mais le soutien du PASCO apparaît naturel. Il était en effet prévu que le PASCO devait aider la DNS à « *l'élaboration de stratégies spécifiques concernant l'extension des expériences alternatives* »

¹ Cf en particulier le rapport de l'OMS sur le chemin vers une couverture universelle, les travaux de la cellule P4P et le dernier rapport de la Banque Mondiale sur l'extension de la couverture des assurances.

² Voir bibliographie en annexe 12

³ L'OMS a prévu de faire une analyse des comptes de la santé en début 2012. C'est une tâche essentielle et ce document peut être utilisé par ces experts pour mettre l'accent sur certains aspects particuliers.

*de financement (mutuelles...), la pérennisation du système d'incitation à la performance et la possibilité de mobiliser l'épargne de la diaspora, la politique vis-à-vis du secteur privé, « . Plusieurs expériences (en particulier les mutuelles et les fonds de performances) ont été soutenues par le PASCO. Mais il importe que ce travail ne soit pas considéré comme un document de projet. Aussi la mission a pris le temps d'interviewer les principaux acteurs du Ministère, de la société civile et des Partenaires Techniques et Financiers. Un Atelier a pu rassembler le 15 décembre avec une vingtaine de participants assez diversifiés⁴. Mais une mission de 15 Jours de trois experts ne peut déjà obtenir un consensus sur ces grands axes. Ce document est **donc une première étape dans un processus** qui permettra aux autorités sanitaires de s'approprier pleinement les choix stratégiques nécessaires.*

On trouvera en annexe un compte rendu des définitions et des concepts utilisés lors de l'atelier car souvent les oppositions sont liées à l'utilisation de terminologies différentes. Les termes de références de missions complémentaires sur le secteur privé et sur les mutuelles du secteur formel sont aussi proposés. Enfin un petit modèle de calcul peut permettre d'estimer le coût du financement d'un paquet de base selon différentes hypothèses.

⁴ La liste est en annexe 1

1 Les enjeux et contraintes

1 1 Des objectifs ambitieux

1.1.1 Les références nationales et internationales

L'Union des Comores, comme tous les pays qui ont adhéré à la **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**, reconnaît en principe les stipulations des articles 22 et 25 sur les droits sociaux. Ces droits ont été confirmés par le Pacte de 1966 (droits économiques sociaux et culturels).

Déclaration des Droits de l'Homme 1945

Art 22 : « toute personne a droit à la sécurité sociale ; Elle est fondée sur la satisfaction des droits économiques et sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité grâce à l'effort national et à la coopération internationale compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».

Art 25 : Toute personne a droit à un niveau suffisant en matière de santé, alimentation, d'habillement, de logement ainsi que de services sociaux. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse et des autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Plus spécifiquement, l'OIT a défini dès 1952, à travers la Convention n° 102, les normes minima et les neuf branches de référence. La recommandation n°69 sur les soins médicaux précise que ces prestations peuvent être fournies au moyen d'une combinaison d'assurances sociales, d'assistance sociale, de prestations universelles et de services publics. Le Code du Travail des Comores fait obligation aux chefs d'entreprises d'instituer, soit un service médical interne, soit un service médical inter-entreprises dont l'objectif est surtout préventif mais également curatif en cas d'état morbide médicalement constaté.

CODE DU TRAVAIL de l'Union des COMORES

L'article 147 précise que « toute entreprise ou établissement doit établir un service médical ou sanitaires à ses travailleurs ». Il est préconisé dans le même article « qu'outre le rôle préventif des services médicaux, ceux-ci doivent assurer une assistance curative aux travailleurs ».

L'article 121 prévoit pour les femmes qui accouchent que « la totalité du salaire qu'elle percevait à la suspension du travail doit être totalement prise en charge par l'employeur pendant toute cette période jusqu'à la mise en place d'une sécurité sociale ».

S'il existe des employeurs qui indemnisent les femmes salariées pendant le congé de maternité et mettent à leur disposition des services de santé d'entreprises, d'autres employeurs refusent toute indemnisation aux femmes en couche. Ces textes sont de

toutes façons peu appliqués aux Comores comme d'ailleurs dans beaucoup de pays africains. Néanmoins le développement des systèmes de protection sociale se situe au cœur des réflexions relatives à la réduction de la pauvreté et à la protection prioritaire des groupes de population les plus vulnérables. C'est pourquoi la plupart des pays africains ont aujourd'hui intégré le développement de la protection sociale **dans leurs documents de stratégie de lutte contre la pauvreté.**

L'Union des Comores a choisi de développer la protection sociale par le canal prioritaire de la santé. Le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (**DSCR**) stipule en effet que *la santé est une dimension essentielle du bien-être d'une population et un déterminant de la productivité du travail*⁵. Dans le cadre de l'axe stratégique IV - *Améliorer l'état sanitaire de la population*, le DSCR prévoit en conséquence un programme prioritaire visant au *renforcement de l'efficacité et de l'efficience du système de santé dans toutes ses composantes*⁶. **Une composante essentielle de ce programme consiste à diversifier les modes de financement de la santé**, notamment par le développement d'un système d'assurance maladie⁷. Néanmoins, on peut regretter l'absence d'indicateurs précis dans ce DSCR sur l'avancement de la protection sociale.

En cohérence, **le Plan National de Développement Sanitaire 2010-2014 (PNDS)** mentionne *l'accessibilité financière universelle à la santé à travers la promotion de mécanismes alternatifs de financement* parmi les défis à relever en matière de financement de la santé, dans le cadre global de la vision suivante : *A travers un partenariat transparent et efficace avec tous les acteurs de la santé y compris les populations bénéficiaires, le gouvernement de l'Union des Comores oeuvre pour que la population ait accès de manière équitable à des services de santé de qualité*⁸.

La référence au principe d'universalité dans le PNDS témoigne du souhait de progresser à terme vers l'objectif d'une couverture universelle en santé, une démarche qui s'inscrit en cohérence **avec les réflexions les plus récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** en matière de protection sociale⁹.

1.1.2 La couverture universelle : un objectif réaliste ?

La couverture universelle en santé peut se définir comme le fait d'assurer l'accès pour tous aux services de santé nécessaires (incluant les prestations de promotion, de prévention, de traitement et de rééducation), **à un coût accessible.**

Réaliser la couverture universelle de manière idéale signifierait que 100% de la population soit couverte pour 100% des services et prestations de santé jugés nécessaires grâce à des mécanismes permettant le paiement de 100% des dépenses de santé sans aucune barrière financière d'accès. Il va de soi que cet objectif n'est jamais atteint, même dans les pays les plus riches. **L'enjeu consiste donc à améliorer progressivement l'accès de la population à des prestations de santé de qualité les**

⁵ Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, Commissariat Général au Plan, Septembre 2009, p102.

⁶ Ib. p105.

⁷ Ib. p106

⁸ Plan National de Développement Sanitaire 2010-2014, Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Promotion du Genre, Avril 2010.

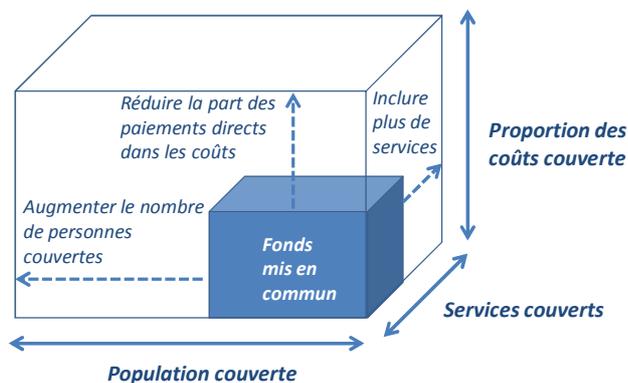
⁹ Voir *Le Financement des Systèmes de Santé - Le chemin vers une couverture universelle* -, Rapport sur la Santé dans le Monde, OMS, 2010.

plus complètes possibles, dans un contexte de fortes contraintes économiques et financières. Pour y parvenir, il sera nécessaire d'effectuer des arbitrages entre **trois dimensions fondamentales de la couverture universelle**:

- L'étendue de la population couverte (qui est couvert?)
- Les prestations et services couverts (quels services sont couverts?)
- L'importance de la couverture contre le risque financier (quelle proportion des coûts est couverte par d'autres mécanismes que les paiements directs?)

Ces trois dimensions peuvent s'illustrer par le schéma suivant, où l'ensemble des dépenses de santé est représenté par la plus grande des deux boîtes, tandis que la plus petite représente les fonds mis en commun pour répartir les risques financiers de la maladie sur la population par d'autres mécanismes que les paiements directs des usagers.

Trois dimensions à considérer lors de la progression vers la couverture universelle en santé



Aux Comores, la marge de progression est donc immense, dans chacune des trois dimensions de la couverture universelle. A cet égard, **réduire la part des paiements directs des usagers dans les dépenses de santé devrait être une préoccupation prioritaire**, car elle représente une première étape indispensable pour progresser vers la couverture universelle. Réduire les paiements directs des usagers nécessite la mise en oeuvre d'outils et de mécanismes divers et complémentaires qui constituent la teneur essentielle du financement du système de santé.

1.1.3 Le cadre d'ensemble

Le financement de la santé comporte trois dimensions fondamentales:

- **les mécanismes de collecte des fonds** nécessaires au financement du système de santé (comment collecter suffisamment d'argent pour la santé),
- **les mécanismes de mise en commun et de gestion des fonds collectés** pour le paiement indirect des prestations (comment supprimer les barrières financières d'accès et réduire les risques financiers liés à la maladie),

- **les mécanismes d'achat des services et prestations** (comment faire le meilleur usage possible des ressources disponibles).

Les choix opérés dans ces trois dimensions conditionnent l'efficacité, l'efficience et l'équité d'un système de financement.

En ce qui concerne la collecte des fonds, progresser vers la couverture universelle en santé nécessitera le développement de mesures de financement basées sur la collecte de cotisations d'assurance maladie ou sur la fiscalité, via l'imposition. Des pays de plus en plus nombreux adoptent notamment une fiscalité spécifique en lien avec la santé¹⁰. L'aide internationale représente également un potentiel de financement d'une progression vers une meilleure couverture en santé aux Comores, à condition qu'elle soit coordonnée pour s'investir dans le développement de mécanismes de collecte et de mise en commun des ressources plutôt que de financer des projets par des canaux séparés.

Les mécanismes de mise en commun des fonds collectés ont pour objectif de répartir les risques financiers liés aux dépenses de santé sur la population la plus large possible. L'expérience internationale plaide à cet égard pour une gestion la moins fragmentée possible, de manière à favoriser l'objectif d'équité¹¹.

En matière de mécanismes d'achat des services et des prestations, la préoccupation prioritaire concernera l'efficience du système de santé. La réflexion stratégique relative au mode de financement des prestataires est primordiale à cet égard. De même, en établissant des règles et en veillant à leur respect, une gouvernance efficace est la clé de l'amélioration de l'efficience et de l'équité du système de santé.

Le financement d'un système de santé est donc le résultat particulier d'un ensemble d'arbitrages et de choix stratégiques concernant:

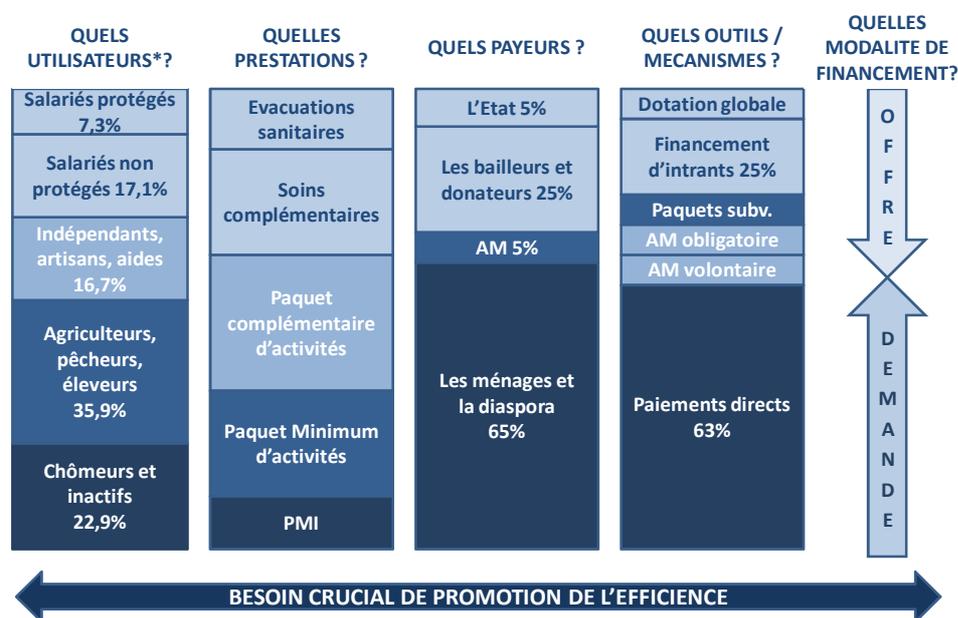
- 1) **les utilisateurs des services de santé** (catégories de population),
- 2) **les prestations et services de santé** (prestations et services disponibles, nécessaires, indispensables, prioritaires)
- 3) **les payeurs pour ces services** (l'Etat, les bailleurs de fonds internationaux, les organismes d'assurance maladie obligatoire, les organismes d'assurance maladie volontaire, les ménages, la diaspora),
- 4) **les outils et mécanismes de paiement utilisés** (dotation globale, financement d'intrants, approche performance avec ou sans tiers-payant, paiement à l'activité, paquets de prestations subventionnés, gratuité de paquets de prestations prioritaires, assurance maladie obligatoire, assurance maladie volontaire, paiements directs, etc.),

Adaptée aux Comores, la problématique du financement de la santé peut être schématisée de la manière suivante (la surface de chaque tranche indique grossièrement sa part dans le financement) :

¹⁰ Les taxes sur les produits néfastes tels que l'alcool, le tabac, les boissons sucrées, etc., représentent autant de financements innovants dont une partie peut être dédiée au financement de la santé.

¹¹ La redistribution entre les riches et les pauvres n'est plus possible quand le système de sécurité sociale est segmenté en de nombreuses caisses comme au Maroc.

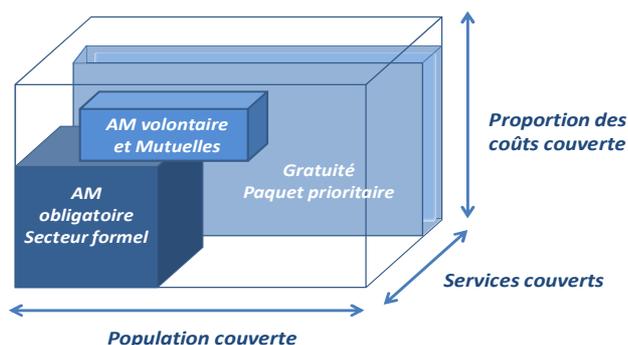
Le financement de la santé: le résultat d'un ensemble de choix stratégiques Approximation de la situation aux Comores



* Répartition de la population en fonction du statut du chef de ménage – Source: Enquête Intégrale auprès des Ménages 2004

Il n'existe pas de solution universelle idéale en matière de financement de la santé, mais des solutions particulières à rechercher en fonction des contextes spécifiques. On peut toutefois souligner l'importance de **développer des approches globales permettant d'agir sur toutes les composantes du système de santé.**

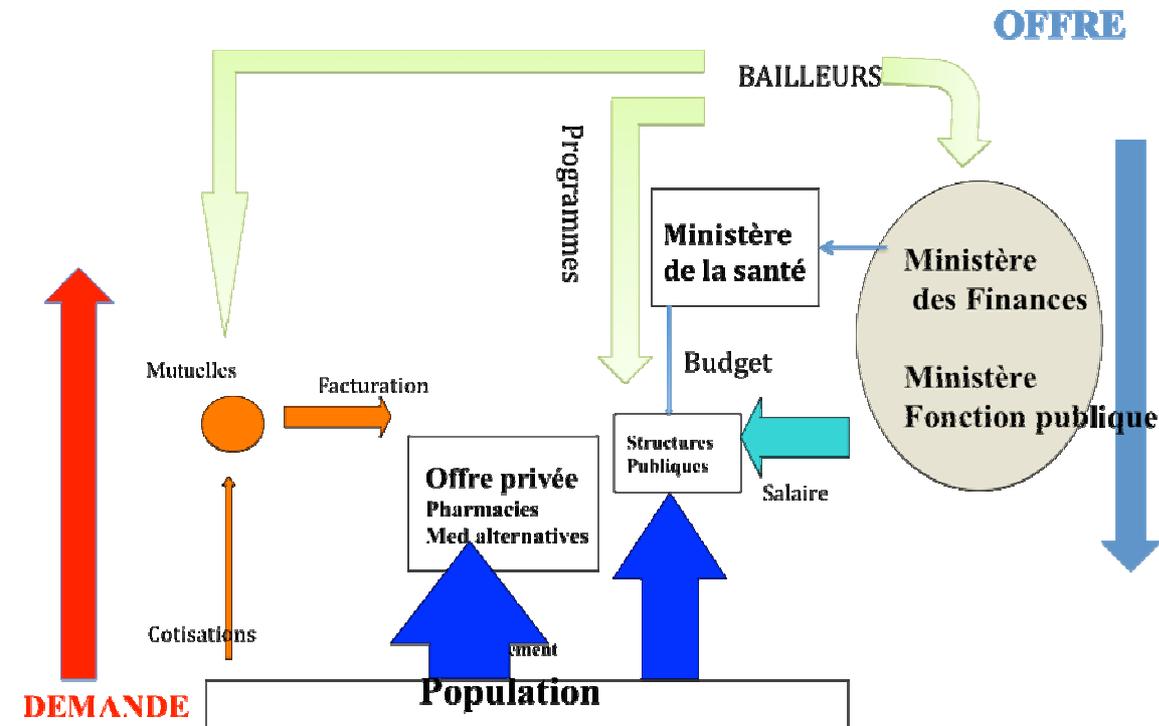
*La progression vers la couverture universelle aux Comores:
un ensemble d'outils et de mécanismes complémentaires*



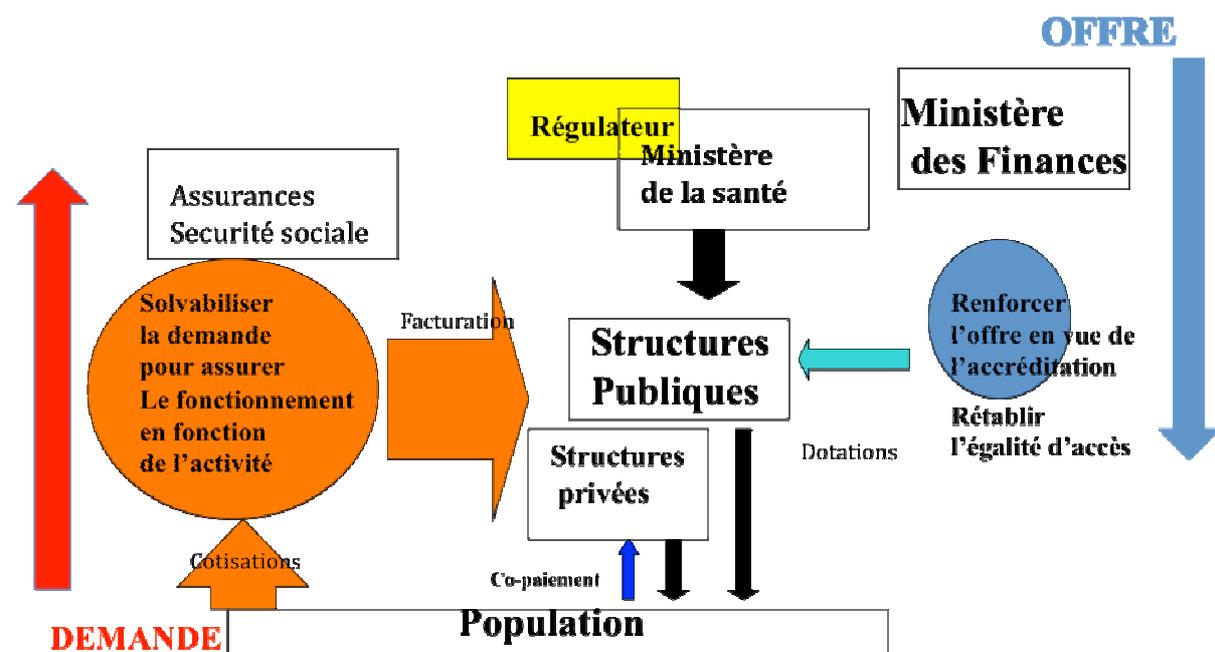
Comme nous le verrons, les mécanismes et les outils à mettre en oeuvre pourraient comporter **un ensemble de mesures complémentaires** telles que la gratuité d'un paquet de services prioritaires pour l'ensemble de la population, le développement d'une assurance maladie obligatoire dans le secteur formel, l'appui au secteur mutualiste pour la couverture de paquets de services complémentaires, etc. L'association de ces différentes mesures pour progresser vers la couverture universelle peut être figurée par le type de schéma présenté plus haut, où chaque boîte représente les fonds mis en commun à travers les différents mécanismes mentionnés.

1.1.4 Comparaison entre les systèmes de financement

Les liens entre ces différentes composantes créent un système de financement. On peut le schématiser ainsi aux Comores (la taille de flèche indiquant l'importance relative des flux).



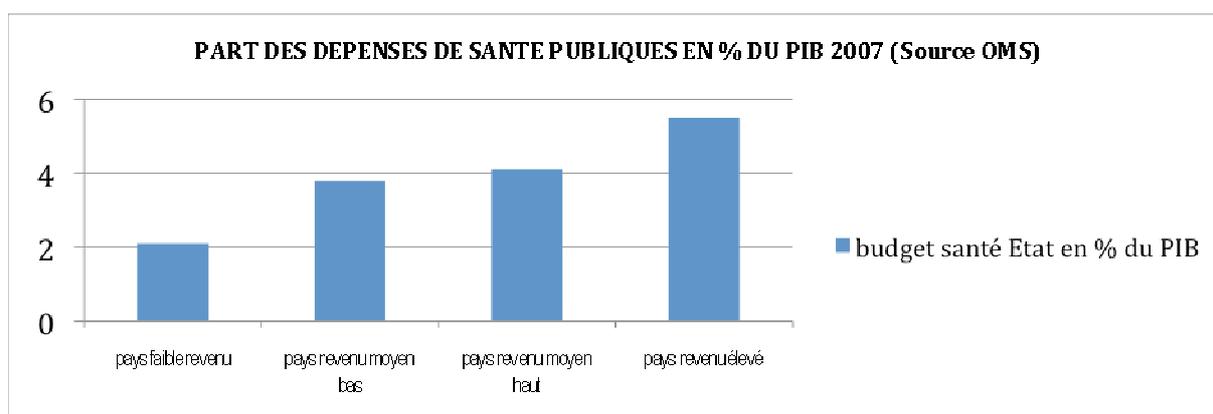
La comparaison avec un modèle de financement d'un pays de l'OCDE (qui connaît bien sur de fortes variantes par pays) est intéressante :



Au Comores le financement par la demande (en orange) apparaît très faible et limité aux paiements directs. Le Ministère de la santé est plus dans une fonction de fournisseur de service que de régulateur.

1. 2 Les contraintes macro-économique

Dans tous les pays, **les dépenses de santé ne cessent de croître**. Ceci en raison notamment (i) du vieillissement de la population, (ii) du développement des technologies médicales et (iii) du poids croissant des maladies chroniques. Plus un pays est riche, plus il consacre une part importante de son PIB à la santé comme le montre le tableau ci dessus. Les pays pauvres ont d'autant moins de moyens qu'ils consacrent à la santé une part nettement plus faible d'un PIB nettement moins importante.



Avec un PIB par habitant de 820 USD, les Comores font donc partie des pays les plus pauvres. **45% de la population vit sous le seuil de pauvreté** (revenu annuel inférieur à 285.144 FC), et concerne un ménage sur quatre¹². Selon le DSCR, le revenu par habitant en terme réel aurait chuté de manière significative entre 1993 et 2003 et continue de se détériorer en raison d'une croissance démographique supérieure à la croissance économique¹³. La population, en moyenne très jeune (moyenne 24 ans), représente un défi majeur en matière de santé, de nutrition, mais aussi d'éducation, de formation professionnelle, et d'emploi des jeunes.

Pour l'heure aux Comores, compte tenu de la difficulté à lever des recettes fiscales et du niveau général de pauvreté de la population, la contrainte de mobilisation de ressources nationales pour la santé¹⁴ est très forte aux Comores. **La dépendance des Comores à l'aide externe est d'ailleurs structurelle à court et moyen terme, et pas seulement pour la santé**¹⁵.

¹² Enquête auprès des Ménages, Union des Comores, 2004

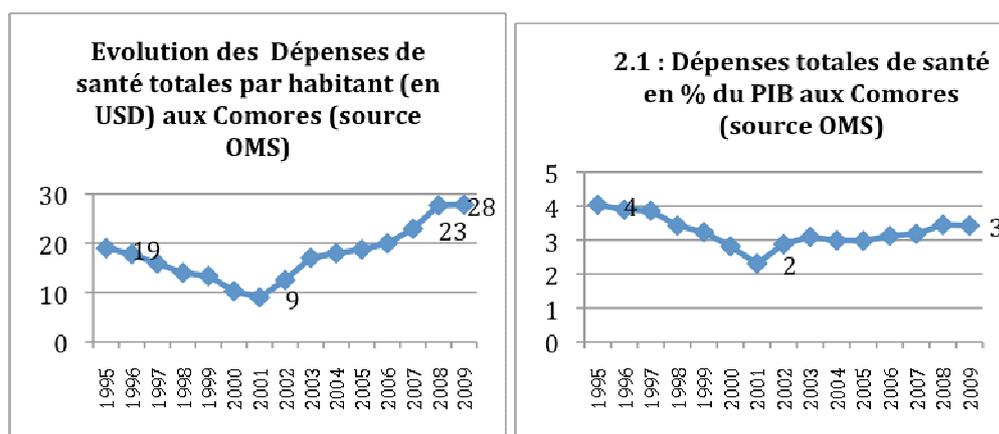
¹³ Le taux de croissance faible (2,1% en 2010), avec une inflation plus élevée que la croissance. On estime la croissance annuelle du PIB en terme réel à moins de 1% ces deux dernières années, ce qui représente en fait une diminution du PIB par habitant de plus de 1% si on tient compte de la croissance démographique. (source DSCR 2010-2014)

¹⁴ Ressources propres de l'Etat (hors appui de l'aide externe) et revenus des ménages (hors transferts de la diaspora)

¹⁵ La capacité de recouvrement des recettes fiscales par l'Etat des Comores est erratique et ne lui permet pas de faire face à ses dépenses. Cette difficulté s'est répercutée d'autant plus sur les secteurs sociaux avec des cumuls d'arriérés de paiement de salaires jusqu'en 2010. Grâce aux appuis budgétaires de l'Union européenne, du FMI et du Qatar (9,8

1.2.1 La part de la santé dans le PIB aux Comores et son évolution :

Entre 1995 et aujourd'hui, le total des dépenses de santé en valeur absolue a augmenté (il s'est tout d'abord fortement dégradé dans les années 90, pour augmenter régulièrement depuis 2001). Toutefois, la proportion par rapport au PIB -bien qu'elle ait suivi la même tendance avec un nouvel accroissement depuis 2001- n'est jamais parvenue à rattraper le niveau des années 90 (4% du PIB en 1995, 3% en 2009). En 2011, la part du PIB consacrée aux dépenses totales de santé aux Comores reste probablement inchangée (environ 3%).



Le secteur est donc globalement sous-financé si on compare aux montants nécessaires pour couvrir les soins de base de la population. En 2009, environ **28 USD/habitant** est consacré à la santé aux Comores toutes ressources confondues. La commission macroéconomie et santé **estimaient en 2001 à 34 USD/ hab le montant nécessaire pour couvrir les seuls besoins de santé primaires**. Ce chiffre ne tenait pas compte de la prise en charge du poids, pourtant grandissant, des maladies chroniques (diabète, HTA, mais aussi du VIH¹⁶), ni de l'investissement nécessaire pour l'appui transversal au système de santé pour que le tout fonctionne harmonieusement. Ce montant était en outre révisé à la hausse à 40 USD en 2007, puis à 54 USD/hab par la taskforce sur les financements innovants pour la santé en 2009 en tenant compte des besoins de renforcement transversal du système de santé. A titre de comparaison, en 2008, 27 pays avaient dépensé moins de 30 USD (dont les Comores) tandis que 22 pays avaient dépensé pour la santé plus de 3000 USD par habitant (dont la France¹⁷).

Par conséquent, même en comptant sur un accroissement majeur de l'aide internationale et d'un accroissement des ressources nationales pour la santé, les

milliards FC en 2010) ces importants arriérés de salaires cumulés en 2009 et 2010 ont cependant pu être apurés (source revue de la mise en œuvre du DSRP 2010)

¹⁶ Bien que le VIH ne soit pas fort heureusement encore un problème de santé public majeur avec une prévalence maintenue à 0.25%, mais néanmoins une prévalence des IST qui constitue un facteur de risque majeur à contrôler.

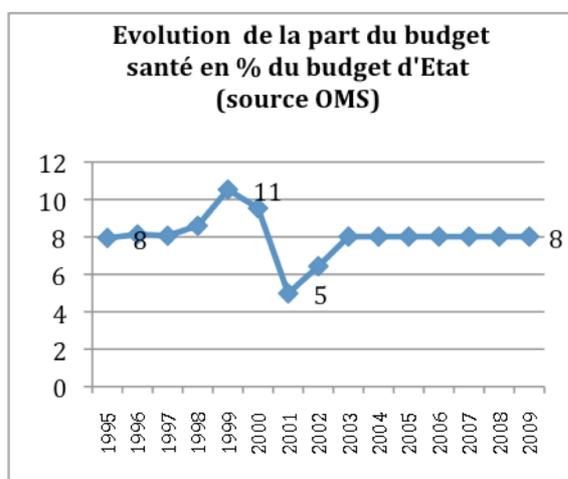
¹⁷ La France, a quant à elle consacré, en 2010, 9% de son PIB à la santé, c.a.d plus de 3000 USD par habitant, soit l'équivalent de 4 fois le PIB/habitant des Comores.

Comores ne peuvent à court terme espérer avoir les moyens d'offrir à sa population des services de santé comparables à ceux d'un pays à revenu élevé¹⁸.

Au total, les Comores sont dans une situation de contrainte de **gestion de la pénurie de ressources pour la santé** par rapport aux besoins. Ceci implique la nécessité de :

- (i) mobiliser autant que faire ce peut davantage de ressources pour la santé (nationales et internationales),
- (ii) de prioriser les stratégies les plus optimales en termes de coût-efficacité (efficacité, soit « plus de santé pour son argent » selon l'OMS).
- (iii) de développer le plus harmonieusement possible une offre de soins adaptée aux besoins prioritaires dans la contrainte des ressources disponibles

1.2.2 La place de la santé dans le budget de l'Etat et son évolution



La part du budget d'Etat accordée à la santé est un indicateur du degré de priorité que le pays accorde à la santé. En 2011, **l'Etat des Comores allouerait environ 3% de son budget sur ressources propres au Ministère de la santé**. Si on tient compte du programme d'investissement public (PIP, qui inclut la majeure partie des bailleurs internationaux mais pas tous), la part accordée à la santé s'élève à **8%** du budget pouvant être piloté par l'Etat (PIP inclus). Dans les deux cas, on est toujours loin de l'objectif d'Abuja d'atteindre le seuil des

15% du budget d'Etat, suivant les recommandations de l'OMS. La situation apparaît encore moins favorable si on ne prend en compte les dépenses vraiment réalisées. La place accordée à la santé a peu changé au cours de la dernière décennie aux Comores (cf. graphique ci-dessus)¹⁹.

Le faible niveau de priorité donné à la santé aux Comores s'explique en partie par le faible degré de richesse du pays. Toutefois, même comparé aux dépenses des gouvernements d'Afrique Sub-saharienne en 2007 (cf. graphique en annexe), les Comores se situent dans le dernier tiers, **témoignant de l'important désengagement de l'Etat des Comores dans ce secteur**²⁰. Le Mozambique, par exemple à un PIB par habitant comparable à celui des Comores mais parvient à consacrer près de 13% de son budget à la santé.

¹⁸ La tentation des autorités est cependant grande notamment en raison de la proximité géographique de Mayotte et la Réunion, de l'île Maurice ou même du Kenya, la tentation est grande de vouloir développer un système de santé public comorien comparable, mais ce projet est au-dessus des moyens de paiement du pays.

¹⁹ Les estimations de l'OMS sont grossières, mais permettent de raisonner. La réalisation des Comptes Nationaux de la Santé prévues au premier trimestre 2012 sur financement OMS pourra apporter des précisions aux chiffres estimatifs.

²⁰ En 2007, 22 pays à faible revenu dans le monde ont attribué plus de 10% de leur budget à la santé, alors que 11 pays, dont fait partie Les Comores, ont attribué moins de 10%. Source OMS.

1.2.3 Quelles marges d'actions possibles ?

Les moyens et les priorités de santé des Comores sont celles d'un pays pauvre. Le contexte macro-économique est contraignant et très peu favorable à un investissement important dans la santé. Néanmoins une certaine marge de manœuvre existe.

Elle consiste notamment à

- (i) redonner une priorité à la santé au sein du Gouvernement, y compris via sa capacité à lever les fonds pour la santé auprès des bailleurs externes,
- (ii) développer des stratégies pour mobiliser plus et mieux les ressources nationales pour la santé (via des mécanismes de financements innovants),
- (iii) développer un système de santé efficace mais surtout efficient, en cohérence avec les moyens réduits dont dispose le pays.

1 Les leçons sur les contraintes et les enjeux

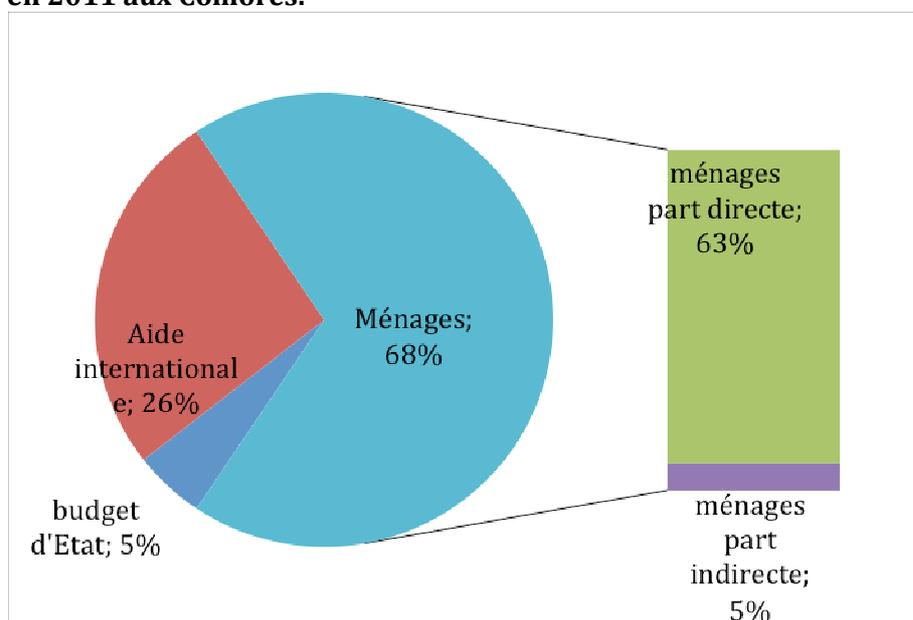
- ✓ Aux travers de nombreux textes et engagement, l'Union des Comores souhaite progresser à terme vers l'objectif d'une couverture universelle en santé.
- ✓ L'enjeu ne se résume pas à la promotion de l'assurance maladie mais bien plus à améliorer progressivement l'accès de la population à des prestations de santé de qualité les plus complètes possibles, dans un contexte de fortes contraintes économiques et financières.
- ✓ La santé coûte cher et coûtera toujours plus cher et les besoins de financements seront toujours croissants même si des gains d'efficience peuvent être importants
- ✓ La part de la santé dans la PIB et dans le budget de l'Etat est particulièrement basse actuellement aux Comores même comparée aux pays les plus pauvres.
- ✓ L'engagement de l'Etat devra de toutes façons croître car la santé ne peut entièrement « recouvrir ses coûts ».
- ✓ Afin de faciliter les débats, il importe de bien clarifier la terminologie utilisée et d'éviter des oppositions dogmatiques qui ne correspondent souvent pas aux réalités du terrain.
- ✓ Le financement d'un système de santé ne peut reposer sur un mode unique et doit être diversifié. On doit trouver un équilibre particulier au pays entre différents outils.
- ✓ Les choix opérés en matière de collecte de fonds, de mise en commun des fonds collectés et de dépenses effectuées conditionnent l'efficacité, l'efficience et l'équité d'un système de financement.
- ✓ La stratégie de financement à mettre en oeuvre aux Comores pourrait comporter un ensemble de mécanismes complémentaires dans le cadre d'une approche globale, permettant d'agir sur toutes les composantes du système de santé.

2 Etat des lieux

2.1 Les ressources encore peu diversifiées

Aux Comores, les ressources primaires pour la santé proviennent majoritairement des **ménages** (estimée à environ 2/3), suivi d'une part importante assurée par les **bailleurs externes** (multilatéraux, bilatéraux, environ 1/4), et pour une très faible part, par les **ressources propres d'Etat**²¹ (environ 5%). (cf. graphique ci-dessous).

Estimation de la répartition des ressources de santé en % des dépenses totales de santé en 2011 aux Comores.



2.1.1 Les ménages, principal financeur

On estime que près des deux tiers du financement du système de santé aux Comores provient de l'argent des **ménages**, soit par **paiement direct**, soit par les **mutuelles** (communautaires et d'entreprises). Les **transferts** de fonds provenant de la diaspora²² sont compris dans cette part. L'estimation est grossière²³, mais plus qu'un chiffre exact,

²¹ Si on compare avec la structure d'un pays développé tel que la France : près de la moitié des dépenses de santé provient de ressources fiscales affectées (la CSG, contribution sociale généralisée 38%, taxe tabac et alcool, 3 à 4%), le reste provenant principalement des cotisations sociales (employeurs et employés représentant près de 20% du salaire), et pour une plus faible part des mutuelles et assurances privées. Cf. en annexe structure de financement de la santé des pays développés.

²² Calcul établi par les auteurs à partir des données de l'Enquête auprès des Ménages (2004) (0,8% du revenu pour des dépenses couvrant les 15 derniers jours) et d'une estimation du pourcentage de revenu consacré à la santé à partir de l'expérience des mutuelles aux Comores (environ 2% du revenu). Il s'agit donc d'une hypothèse basse de la part des ménages, car l'estimation du PNUD en 2000, à savoir, 24% des dépenses d'un ménage pauvre aux Comores est consacré aux dépenses de santé, contre 9% dans les ménages riches, peut justifier une hypothèse bien plus haute.

²³ Ce pourcentage de la contribution des ménages aux dépenses totales de santé sera précisé par les Comptes Nationaux de la Santé qui auront lieu au courant du premier trimestre 2012. L'estimation de la part des ménages

l'essentiel est d'attirer l'attention des décideurs sur cette partie immergée de l'iceberg du financement, qui doit faire l'objet de davantage de réflexions et de stratégies spécifiques.

La **part indirecte** du financement des ménages ne représente qu'environ **8%** du financement total des ménages, dont la majeure partie serait le fait des mutuelles d'entreprises (7,2%) et pour une part négligeable par les mutuelles communautaires villageoises (0,6%) (cf. graphique ci-dessous). Le fait que la quasi-totalité du financement des ménages soit donc actuellement réalisé par **paiement direct** expose la population au risque d'appauvrissement par des dépenses catastrophiques et/ou au non accès aux soins pour les franges les plus vulnérables.

L'élaboration d'une stratégie de financement doit viser par conséquent à :

D'une part :

- **diminuer la part des paiements directs,**
- faire en sorte que la santé devienne une plus grande priorité aussi pour les ménages, même si la marge de manœuvre est limitée dans un contexte de pauvreté

D'autre part :

- **faire en sorte que les ménages dépensent mieux pour leur santé pour ne pas s'appauvrir inutilement**

2.1.2 Le financement de la Diaspora peu orienté vers la santé

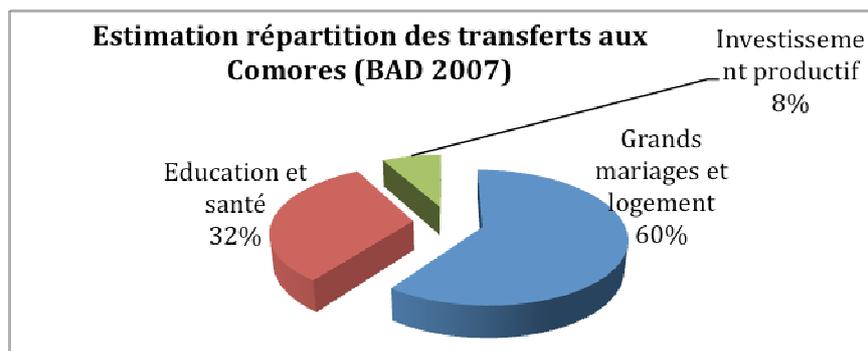
Une particularité des Comores est **l'importance des transferts de la diaspora**. Ces transferts représentent 20 à 30% du PIB (soit 125 M USD en 2007) et représentent la première source de devises du pays. Il est donc important d'en tenir compte. Le graphique ci-dessous montre que les Comores se situent au 5^e rang des pays dépendant des transferts de fonds de sa diaspora.

Plusieurs études sur les transferts aux Comores suggèrent que la part accordée à la santé par ces transferts est cependant relativement faible, bien qu'une majorité des bénéficiaires déclarent avoir utilisé une partie de cette ressource à des dépenses de santé²⁴. Ce constat peut traduire la relative faible priorité accordée à la santé par les ménages, par rapport aux biens de consommation courante et aux dépenses liées aux grands mariages. Au total, les transferts destinés actuellement à la santé pourraient se situer dans une fourchette comprise entre 10 à 20% du total des transferts)²⁵.

repose sur la part dépenses de santé par rapport aux revenus moyens des ménages (EIM2004), d'une approximation à partir de l'expérience des mutuelles aux Comores sur la part consacrée à la santé par les mutualistes et de l'expérience des comptes nationaux de santé en Afrique Subsaharienne. Il s'agit d'une hypothèse plutôt basse.

²⁴ 77% des ménages bénéficiaires des transferts déclarent avoir utilisé une partie des transferts pour des dépenses de santé, source étude BAD 2007.

²⁵ Source : Transfert de fonds des migrants, un enjeu de développement, oct.2007. Af DB.



L'enquête auprès des ménages de 2004 indique par ailleurs que ce sont les déciles les plus riches (9 et 10^e) mais aussi le décile le plus pauvre (1^{er} décile) qui bénéficient le plus de transferts.

Répartition des transferts par décile (EIM 2004)



Il est logique de s'interroger sur la manière dont on pourrait mobiliser davantage cette ressource vers la santé. Néanmoins il faudra tenir compte des contraintes de mise en oeuvre du fait de la prédominance des modes d'acheminement informel (80%)²⁶. La mission du FMI recommandait à cet égard de ne pas taxer directement les transferts mais indirectement via la taxation des biens de consommation (notamment pour les produits spécifiques aux grands mariages)²⁷. Une étude est aussi en cours sur la faisabilité de mobiliser l'argent de la diaspora visant à payer les cotisations à une mutuelle de santé (Letourmy).

2.1.3 Des stratégies de mobilisation fiscale encore non explorées.

En 2011, les ressources propres allouées au Ministère de la Santé représentent moins d'un milliard de FC (853 800 000 FC) soit environ 2,5 USD par habitant²⁸. Comme dans beaucoup d'autres pays, le pouvoir de négociation du Ministère sectoriel est relativement faible pour augmenter cette part. Le contexte du DSCR et de l'initiative PPTE devrait **favoriser une repriorisation des secteurs sociaux au sein du budget d'Etat**. Le Ministère de la Santé doit cependant se préparer à négocier avec le Ministère des Finances et du Budget, pour profiter de cette opportunité pour augmenter sa marge de manoeuvre. Sans cette préparation, l'expérience dans d'autres pays indique que

²⁶ Du fait notamment d'une mauvaise couverture bancaire. En comparaison, l'acheminement informel est bien au Maroc (73%) ou même au Sénégal (54%). Source BAD, 2007, ce qui implique des stratégies différentes.

²⁷

²⁸ En 2010, ce budget propre s'élevait à 534.412.812 FC et en 2012, la loi de Finances 2012 prévoit un montant de 844 880 700 FC.

l'appui à la santé via un mécanisme d'appui budgétaire peut conduire à plus de contraintes de résultats pour le Ministère de la santé sans toutefois être assortis de plus de moyens.

Pour convaincre le Ministère des Finances et du Budget d'allouer davantage à la santé, le Ministère de la santé devrait être capable de :

- Développer un plaidoyer et un argumentaire suffisamment convaincant pour montrer comment le secteur peut avoir un impact économique positif aussi à court terme (réduire le nombre de jours de travail perdus chez l'adulte productif, réduire la pression démographique par le développement du planning familial sont des arguments qui peuvent porter)
- **Démontrer comment les ressources supplémentaires peuvent être absorbés à la fois rapidement et efficacement** (Or, les canaux de financement historiques peuvent s'avérer un goulot d'étranglement).
- Etre une force de proposition pour augmenter les ressources fiscales de l'Etat (cf. encadré ci-dessous)

Il est aussi possible de créer des taxes sur les produits nuisibles à la santé. Elles permettent de :

- générer des ressources fiscales supplémentaires pour le gouvernement, potentiellement « ré-injectables » dans la prévention et la promotion de la santé,
- instaurer une taxe suffisamment importante pour réduire les comportements nuisibles à la santé.

L'encart suivant donne des exemples de ces taxes. Toutes ces mesures nécessitent bien entendu une préparation de l'opinion publique par le biais d'une communication institutionnelle bien menée afin de contrecarrer la réaction des producteurs et importateurs de ce type de biens. Enfin, toutes ces taxes ne sont pas forcément affectées à la santé mais dans tous les cas elles ont une externalité positive sur la santé. En France, la taxe sur les boissons sucrées est affectée à l'agriculture.

Stratégies de Taxation des produits nuisibles à la santé

Ces stratégies suivent en cela le chemin tracé par la taxation sur le tabac qui a montré son efficacité lorsqu'on parvient à l'appliquer.

Plusieurs pays se sont d'ores et déjà engagés dans la voie de la taxation des produits alimentaires à teneur riches en sucres, en sel et en graisses saturées (prévention du diabète, de l'hypertension, obésité et autres maladies cardiovasculaires, qui pèsent sur les dépenses de santé²⁹). Par exemple, la taxe sur les boissons sucrées est déjà adoptée en Hongrie, au Danemark, à Baltimore (EU).

En juillet 2011, le gouvernement hongrois a voté une nouvelle loi visant l'introduction d'une taxe d'accise sur les aliments et boissons à haute teneur en gras, sucre, sel et caféine (≥ 20 mg de caféine/100 ml). Cette « taxe hamburger », est entrée en vigueur en septembre 2011.

En juillet 2010, le gouvernement du Danemark a augmenté de 25 % les taxes sur une variété de produits tels que la crème glacée, le chocolat, les boissons sucrées et les boissons gazeuses.

²⁹ Ces maladies ne sont plus l'apanage des pays développés, les pays en voie de développement, notamment Africains sont d'ores et déjà les victimes de la « transition épidémiologique » avec le double fardeau des maladies transmissibles classiques, de la malnutrition et de la mortalité maternelle et infantile d'une part et des maladies chroniques d'autre part. (cf. la prévention des maladies chroniques, un investissement vital, rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2006)

En France, le 21 octobre 2011, l'Assemblée nationale a voté l'instauration d'une taxe sur les boissons sucrées, doublant le montant initialement prévu par le projet du gouvernement. Les revenus estimés s'élèvent à 240 millions d'euros.

Aux Comores existent déjà quelques taxes ayant une externalité positive sur santé tabac (230%) et alcool (200%) qui permettaient en 2006 une recette prévisionnelle de 1580 millions de FC mais nous n'en avons pas trouvé en 2011. Ces stratégies méritent d'être réactivées et d'autres développées en concertation avec le Ministère des Finances et du Budget, même s'il s'agit d'un travail de longue haleine, elle est un investissement vital qui doit être anticipé. Il serait aussi intéressant d'étudier la faisabilité aux Comores des **financements innovants comme l'indique l'encart sur la TVA sociale**.

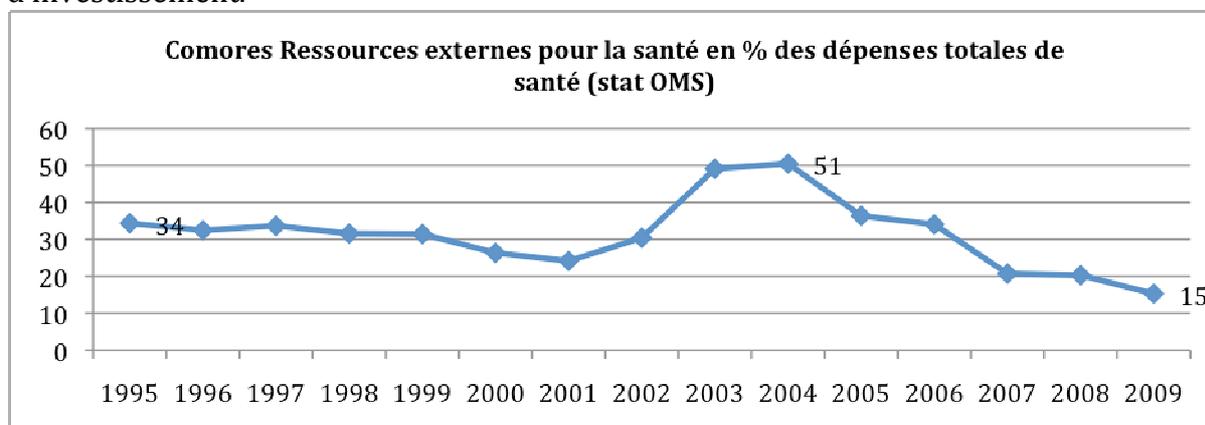
L'exemple du Ghana. Le prélèvement obligatoire via la fiscalité pour financer l'assurance maladie a été mise en place au Ghana. Aujourd'hui il représente 70 à 75% des besoins en financement pour son régime d'assurance maladie national sont obtenus par sa fiscalité, notamment par **un prélèvement obligatoire d'assurance maladie de 2,5% sur la TVA (12,5%)**. Le reste des fonds pour l'assurance maladie est assurée par d'autres fonds publics et de partenaires de développement. Tandis que la cotisation des assurés ne représente que 3% du revenu total.

Car il existe bien d'autres sources de levées de fonds qui sont expérimentées dans d'autres pays. On peut citer notamment

- (i) un impôt spécial sur les grandes entreprises rentables (Gabon, Pakistan),
- (ii) le prélèvement sur les transactions des devises,
- (iii) un emprunt par obligations destiné à la diaspora (Inde, Israël, Sri Lanka),
- (iv) un impôt sur les transactions financières (Brésil, Gabon),
- (v) une contribution volontaire/obligatoire sur les téléphones portables,
- (vi) la vente de produits ou de services franchisés, pour lesquels un pourcentage des profits va à la santé³⁰,
- (vii) la taxe touristique.

2.1.4 Le financement extérieur volatile et difficile à estimé

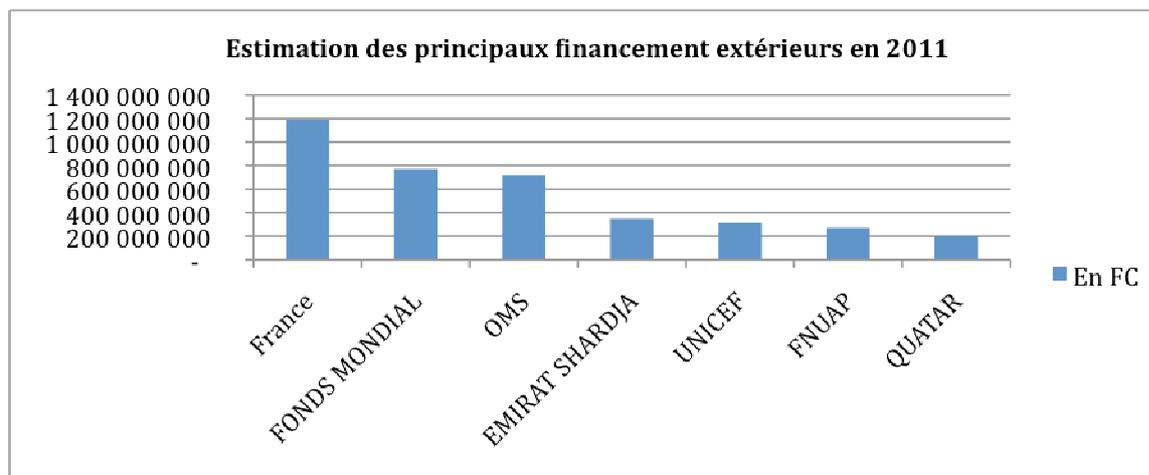
L'estimation de l'aide extérieur est difficile car il existe **de grande différence entre les promesses et les réalisations** et les instances de coordination sont variables (Ministère de la santé, Ministère du Plan, Autorités des îles). D'autre part, le découpage par année est artificielle et souvent changeant en particulier pour les dépenses d'investissement.



L³⁰ Ceci peut faire l'objet de négociation avec l'industrie ou le commerce qui peut en faire un argument commercial et parfois plus facilement acceptable que la taxe

La part de l'aide extérieure a cru avec les programmes BM (2003-2004) mais aurait tendance à se stabiliser. Il est probable que certains dons bilatéraux (et l'aide en nature avec par exemple les AT chinois) n'apparaissent pas dans ces chiffres. Actuellement on peut estimer que l'aide extérieure financerait environ un quart des dépenses de santé, soit **4 Milliard FC qu'il faut comparer au budget de Ministère de la santé de moins de 1 Milliard.**

La dépendance du système de santé vis à vis de l'extérieur apparaît donc très grande et il faut prendre cela en considération quand on parle de la durabilité d'un projet car **l'ensemble du système a une pérennité très limitée.**



A partir du PIP, nous avons pu faire les estimations suivantes de la place des principaux bailleurs. Cette place peut changer rapidement car beaucoup de ces dons sont des investissements. Nous n'avons pu prendre en compte des prêts. On trouvera en annexe 5 un tableau plus détaillé des différents bailleurs. L'aide externe qui a tendance à privilégier l'investissement, pour des motifs de « pérennité » mais aussi de visibilité³¹.

2.2 Les dépenses pas toujours orientées vers les priorités

2.2.1 Des dépenses d'investissement relativement importantes

Les bailleurs externes sont à l'origine de la majeure partie des dépenses d'investissement, Concernant l'**infrastructure** (construction, réhabilitation et équipement) on peut citer notamment :

- (i) le projet santé III financé par la Banque Mondiale a réhabilité et équipé massivement entre 2001 et 2006 la grande majorité du réseau de soins de santé primaire des Comores³². Une part importante des équipements de base n'est cependant aujourd'hui plus fonctionnels (cf. plus bas maintenance).

³¹ L'essentiel du financement des bailleurs externes est consacrée en effet à l'investissement sous forme d'infrastructures, équipement, ainsi qu'au renforcement de capacités du capital humain (formations des agents de santé et assistance technique).

³² Elle a aussi financé l'offre de soins tout en essayant de la rationaliser sans toutefois parvenir à améliorer les performances du système. Source Implementation Completion Report, 2006.

- (ii) le projet FADC³³ a permis la construction et la réhabilitation de centres de 17 postes de santé à la demande de la communauté. Bon nombre de ces postes ont cependant du mal à fonctionner.
- (iii) l'actuel projet PASCO accorde un quart de son budget à l'infrastructure (réhabilitation),
- (iv) les fonds de la diaspora et les dons des associations caritatives participent aussi à l'investissement en infrastructures et en équipement (construction de postes de santé, réhabilitation et l'équipement du laboratoire du CMC de Mitsamiouli, etc.).

Il en résulte un maillage plutôt serré en termes d'infrastructures sanitaires. L'accessibilité géographique aux infrastructures est donc élevée (63% de la population située à moins de 5 km déjà en 2004 et probablement beaucoup plus aujourd'hui). Malgré cette grande densité en infrastructures, de nouveaux projets de construction de structures sanitaires publiques continuent à voir le jour : hôpital chinois à Bambao, Centre hospitalier de Samba Kouni financé par l'Emirat de Sharda, l'hôpital Sheikh Jassim à Anjouan. Leur création va générer des coûts récurrents supplémentaires. La question cruciale est de savoir qui paiera le fonctionnement. En l'absence de gestion de la carte sanitaire par l'autorité de régulation, et de dotation en budgets de fonctionnement conséquents, l'aide s'avère **inefficace** voire **déstructurante**.

Rapport de mission d'évaluation du PASCO : « *Si on les compare à d'autres pays, les Comores sont en fait constituées de 3 à 6 districts sanitaires (au sens de l'OMS) ; une équipe de district comprend en général entre 4 et 10 personnes ; dès lors, le nombre de personnes engagées au niveau des DRS suffirait largement pour gérer effectivement un ou deux districts. **La multiplication de structures (DRS, districts) est peu efficace et leur fonctionnement pourrait être rationalisé en limitant le nombre de structures. La mission est consciente de la particularité du pays, mais les ressources limitées exigent une approche plus rationnelle** »*

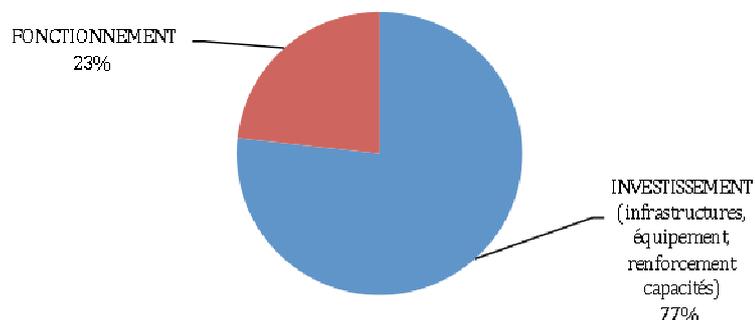
2.2.2 Des besoins en fonctionnement qui ne rencontrent pas leur financement

Les bailleurs internationaux subventionnent une part importante des programmes verticaux et essentiellement de la prévention. Il s'agit essentiellement des programmes de lutte contre le paludisme et VIH (Fonds Mondial, Chine, OMS), santé de la reproduction (UNFPA), tuberculose (Fondation Damien), la nutrition et la vaccination (UNICEF, GAVI). Tous les projets financés jusqu'à ce jour se réalisent selon une logique de besoins, sans tenir compte des capacités de financer le fonctionnement et la maintenance, sans même parler de l'amortissement³⁴. Par rapport aux besoins, le budget d'Etat ne couvre qu'une part minime du fonctionnement. Les structures sanitaires peinent à générer des recettes suffisantes pour couvrir leurs charges d'exploitation. L'offre de soins surdimensionnée par rapport à la demande solvable génère un cercle vicieux de cherté des soins et de sous-utilisation des services. **On peut dire que l'aide internationale en équipement fait peser sur les ménages des dépenses de fonctionnement qu'ils ne peuvent financer.**

³³ Financé par la BM

³⁴ L'étude du contexte sanitaire rédigé en 2006 dans le cadre de la préparation du PASCO avait déjà alerté à ce sujet, or ce constat reste toujours d'actualité.

Estimation de la répartition investissement versus fonctionnement des Ressources d'Etat et des bailleurs externes en 2011



Les dotations anarchiques en équipement -par les dons des associations caritatives, la diaspora, ou les différents bailleurs- accroissent et complexifient les besoins en maintenance. Les technologies médicales requiert des consommables spécifiques rarement interchangeables, et les sources d'approvisionnement sont réduites.

A ceci s'ajoute les défaillances en fourniture d'électricité qui contribue à détériorer rapidement le matériel. Le projet santé III avait suivi les principes fondamentaux d'une aide efficace en matière d'équipement- à savoir, un parc de matériel homogène pour faciliter l'approvisionnement et la maintenance. Pour autant au terme du projet, une part importante des équipements électriques est hors service. Le recours à des groupes électrogènes dans un contexte de forte hausse du prix des carburants augmente d'autant plus les charges d'exploitation. La maintenance est donc difficile pour des raisons d'insuffisance de budget, mais aussi de compétences disponibles et d'hétérogénéité du parc. En tout état de cause, **toute dotation en équipement devrait être accompagnée d'un contrat de maintenance financé**³⁵.

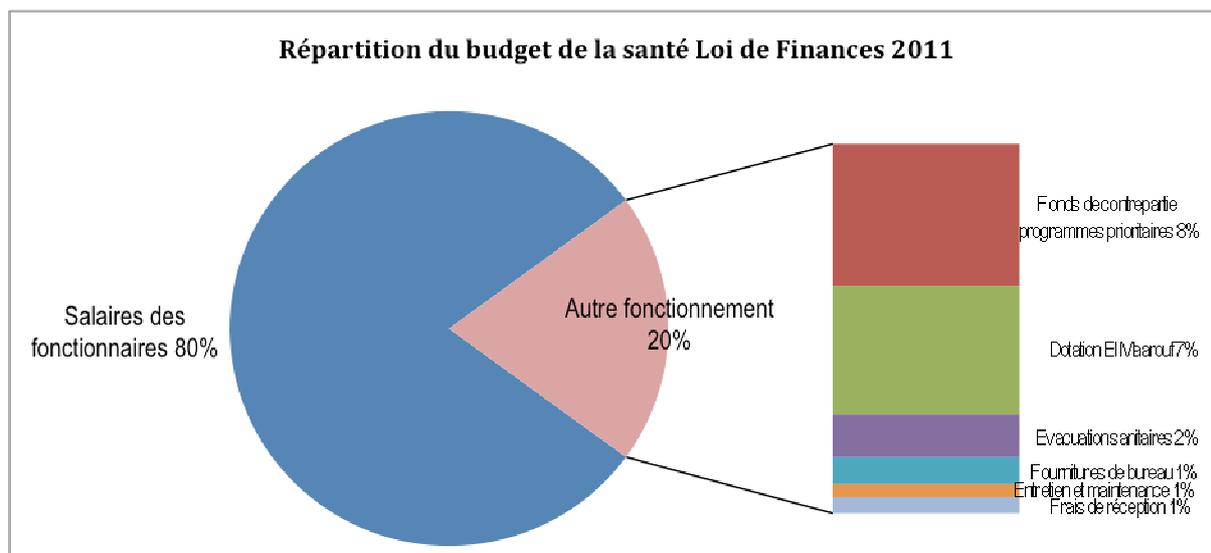
2.2.3 Le budget de l'Etat consacré essentiellement au salaire

Le **Budget d'Etat** pour la santé est très faible (853.800.000 FC en 2011). Il permet en pratique de payer essentiellement le **salaire des fonctionnaires**³⁶, et ceux-ci ne représentent que 41% des agents de santé employés dans le secteur public, le reste étant des contractuels payés par le recouvrement des coûts. Le budget d'Etat finance par ailleurs une part modique du **fonctionnement des charges fixes du Ministère et du CHN el Maarouf**³⁷ (voir détail dans graphique ci-dessous).

³⁵ Même ainsi, la maintenance n'est pas aisée en raison du caractère insulaire des Comores. Des leçons sont aussi à tirer du projet santé III qui avait pourtant conclu un contrat de maintenance avec la société MEDITEC, au Kenya et qui ne s'est pas avéré satisfaisante

³⁶ En raison des difficultés de l'Etat à recouvrer les recettes fiscales, il y a eu d'important arriérés de salaires jusqu'en 2010, qui ont pu être apurés récemment grâce à l'aide budgétaire des bailleurs externes

³⁷ Frais de transports et missions, entretien et maintenance, fournitures de bureau, frais de réception



Cette ventilation n'a pas varié au cours de la décennie passée³⁸. L'examen des lois de finances sur plusieurs années indique que l'Etat reconduit d'année en année son budget du Ministère de la santé, sans pour autant réaliser de coupe-sombres drastiques. Les restrictions budgétaires se sont traduites longtemps en arriérés de salaires mais pas en réduction du nombre de fonctionnaires pour la santé.

Loin derrière les salaires, 8% du budget d'Etat est consacré aux **fonds de contrepartie** pour les programmes prioritaires, majoritairement financés par l'aide extérieure (paludisme, PEV, VIH et lutte contre les épidémies). Cette allocation s'explique par le fait que les bailleurs internationaux sur ces programmes prioritaires conditionnent leur aide à l'existence de cette contrepartie nationale). Vient ensuite une dotation au fonctionnement du CHN El Maarouf, en dehors duquel **il n'y a aucune dotation de fonctionnement des hôpitaux** (la ligne budgétaire existe pour Hombo et Fomboni mais aucun budget n'y est alloué).

Même pour El Maarouf, la dotation n'a en pratique pas toujours versée, en raison des difficultés de l'Etat à recouvrer ses recettes fiscales. Ce non versement explique en partie les mouvements sociaux itératifs au cours des années passées. En 2008, exemple, le non versement de la dotation d'Etat, associée aux surcoûts liés aux délestages³⁹, prévue avait généré des impayés (notamment des indemnités de garde), provoquant le mécontentement du personnel de santé et une grève.

On note un montant -non négligeable à l'échelle du budget- destiné aux **évacuations sanitaires**⁴⁰ dont peuvent bénéficier les fonctionnaires du Ministère en cas de besoin (20.000.000 FC soit 2% du budget). Ce montant équivaut aux budgets alloués à la maintenance et fournitures de bureau réunis. Au total, ceci signifie que Ministère de la santé reçoit moins que le strict minimum pour financer son rôle de régulation du secteur (le budget d'inspection est par exemple dérisoire) et moins que le strict minimum pour faire fonctionner et maintenir le réseau de structures sanitaires publiques existants.

³⁸ 70 à 90% du budget dédié aux salaires en 2001

³⁹ Le CHN devant alors être alimenté par deux groupes électrogènes fonctionnant parfois 18 heures sur 24h, budget gazoil grevant la trésorerie de l'hôpital

⁴⁰ Dans le cadre de la coopération régionale, il existe des accords de prise en charge avec les hôpitaux de l'île Maurice, La Réunion ou Mayotte pour la prise en charge des évacués sanitaires

De manière générale, le budget d'Etat ne finance pas **le fonctionnement variable du système de santé curatif** (pas de ligne budgétaire pour la dotation à l'activité des hôpitaux, pas de ligne budgétaire pour les médicaments même essentiels, etc.), **ni même celui des programmes de prévention ou les programmes prioritaires selon le DSRP.**

2.2.4 Les médicaments chers et le rôle de la PNAC

Selon l'OMS, le médicament représenterait 20 à 30% des dépenses mondiales de santé. Les dépenses de santé par habitant étaient estimées en 2006 à environ 6 euros par habitant et par an⁴¹. **Le médicament représenterait alors près d'un tiers des dépenses de santé totales** aux Comores. La part de la PNAC ne représenterait que 30%, le reste étant le fait des pharmacies et dépôts privés. Pourtant les points de vente de la PNAC directement aux populations répondent à un besoin réel des Comoriens.

Les prix pratiqués par la centrale d'achat nationale sont élevés alors qu'ils devraient être moins chers que dans les officines privées, qui ne peuvent se fournir comme elle auprès de fournisseurs internationaux de génériques de qualité à faible prix tels que l'IDA. Aux Comores, depuis plusieurs années, toutes les missions d'expertises s'accordent sur le fait que **le prix des produits pharmaceutiques de la PNAC sont très élevés en comparaison avec les autres centrales d'achat africaines**⁴². La marge brute minimum de la PNAC est en fait toujours supérieure à 100% (alors qu'elle est plutôt de 15% sur les autres centrales d'achat africaines). Ceci est dû à une mauvaise gestion du personnel et des finances : (i) Les charges du personnel sont démesurément élevées par rapport au volume d'achat (25% des coûts sont dues au personnel, alors qu'il est en moyenne de 6% dans d'autres pays africains), (ii) l'absence de capacité comptable, (iii) le poids des intérêts bancaires (les dettes d'exploitation et financières sans compter les créances non recouvrées), (iv) une activité de production nationale de solutés à coût prohibitifs⁴³.

Près de 40% du chiffre d'affaire de la PNAC serait réalisé par les 7 points de vente répartis sur les trois îles. La PNAC fournit cependant de manière très inégale les trois îles. En 2006, 80% de ses ventes étaient réalisées à Ngazidja, 11% à Anjouan, et 9% à Mohéli, alors qu'Anjouan représente près de 40% de la population comorienne. En outre, les ruptures de stocks fréquentes, ce qui contraint les structures (ou les patients) à s'approvisionner dans le privé ou à l'étranger⁴⁴.

Pour mémoire, la mission d'appui à la PNAC d'octobre 2010 dans le cadre de la dotation PASCO a fait de nombreuses recommandations pour viabiliser la PNAC tout en vendant moins cher. Celles-ci doivent être intégrées dans la stratégie de financement. Enfin, une autre manière de faire baisser le prix du médicament serait aussi **de diminuer les taxes**

⁴¹ environ 8 euros à Ngazidja et Mohéli, mais seulement 2.1 euros à Anjouan.

⁴² Sur certains médicaments par exemple trois à quatre fois le prix vendu par la SALAMA, centrale d'achat de Madagascar.

⁴³ La production locale PNAC, des solutés pour perfusion, participe à hauteur de 5% des quantités distribuées et sont plus de 100% plus chères que celle importées par l'activité distribution de la PNAC. Les bonnes pratiques de fabrication ne sont pas respectées.

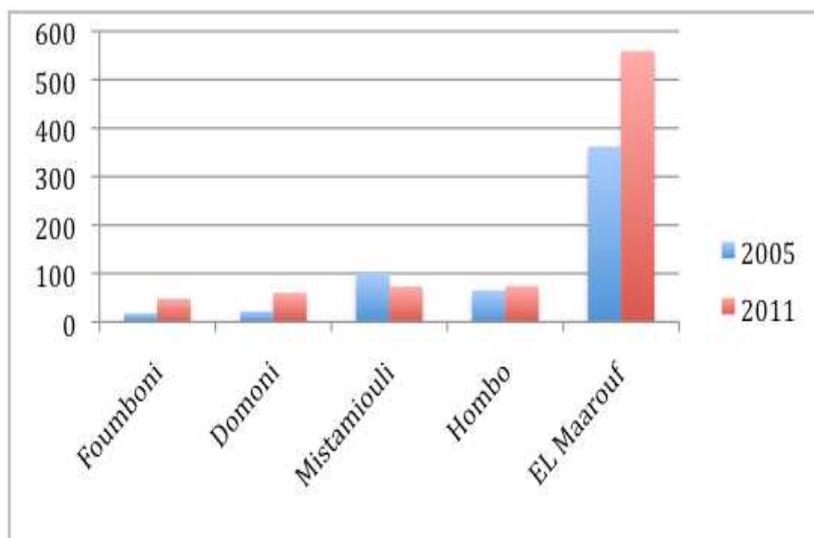
⁴⁴ Le secteur privé non lucratif comme Caritas recourt chaque année à une commande IDA bien meilleure marché.

douanières du taux actuel de 7.5% à 2% car cette taxe est au final répercutée sur les patients.

2.3 Les problèmes créés par ce mode de financements

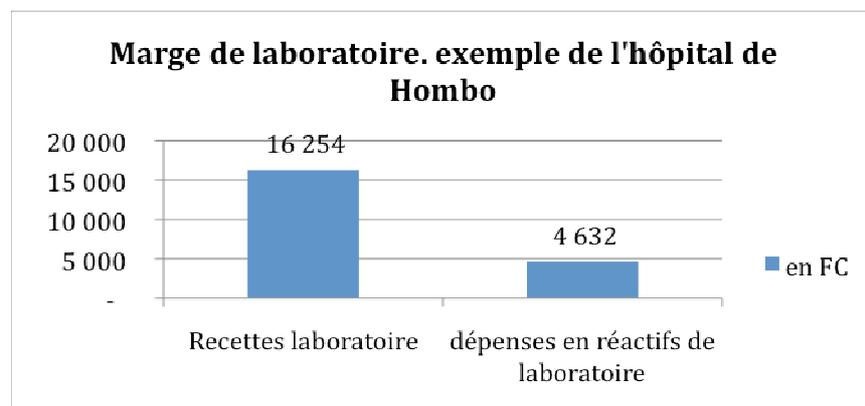
Ils portent à la fois sur l'efficacité et l'équité (répartition des moyens)

2.3.1 L'impact du paiement direct dans la répartition des dépenses.



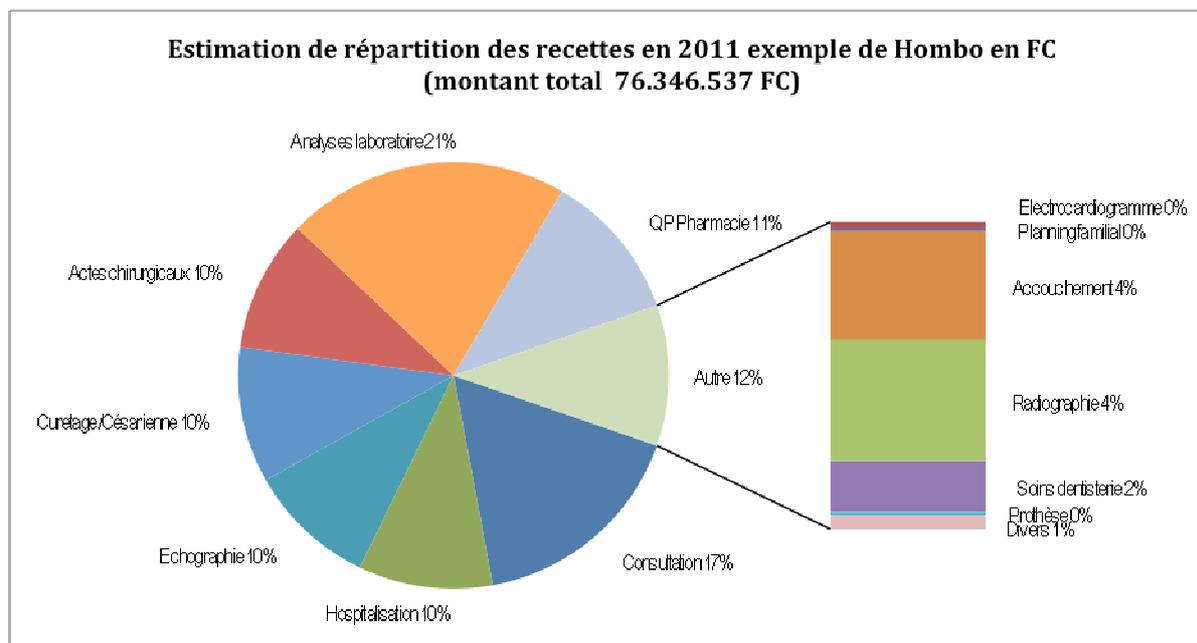
En dehors d'El Maarouf, aucune structure sanitaire ne reçoit de dotation budgétaire de fonctionnement de l'Etat. Les recettes des structures sont donc issues essentiellement des paiements et ce mode de financement accroît encore l'inégalité entre les structures comme le montre le tableau suivant indiquant les ressources propres en millions de FC des cinq grands hôpitaux et leur variation en cinq ans.

On a vu que le budget d'Etat ne finance que 41% du personnel. Le salaire de la majorité (59%) des employés des structures sanitaires publiques est donc financé par le paiement direct des usagers de soins (recouvrement des coûts). Les charges du personnel représentent la principale dépense des structures sanitaires. Elles sont pour une part importante financées par la marge effectuée sur les examens complémentaires (laboratoire, imagerie) ou les médicaments.



Si on prend l'exemple du laboratoire de l'hôpital de Hombo, celui-ci peut dégager une marge d'environ 4 fois le montant de l'achat des consommables nécessaires.

Ceci peut générer des effets pervers comme la **sur-prescription de médicaments et d'examen complémentaires** parfois inutiles du point de vue médical, mais essentiel comme source de recettes des structures. L'échographie est un examen qui permet de générer une marge particulièrement importante. Ceci explique en partie la **cherté des soins**. Pour autant, ces recettes ne suffisent pas à couvrir tous les besoins en fonctionnement (pas de budget de maintenance, pas de budget d'amortissement).



2.3.2 Les ressources humaines mal réparties et leur gestion difficile

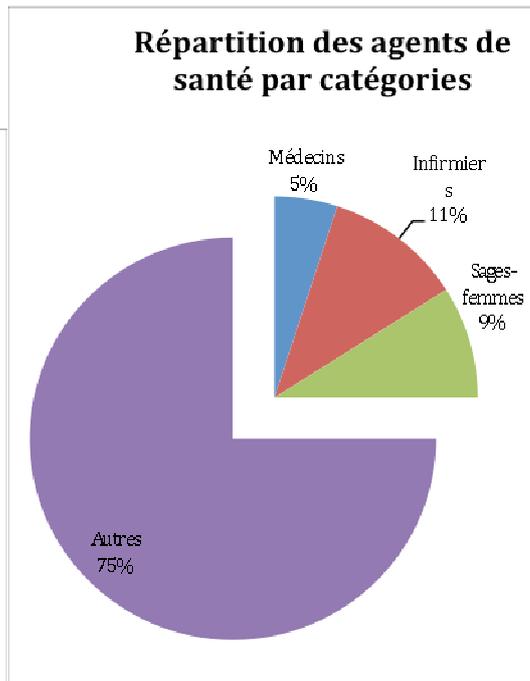
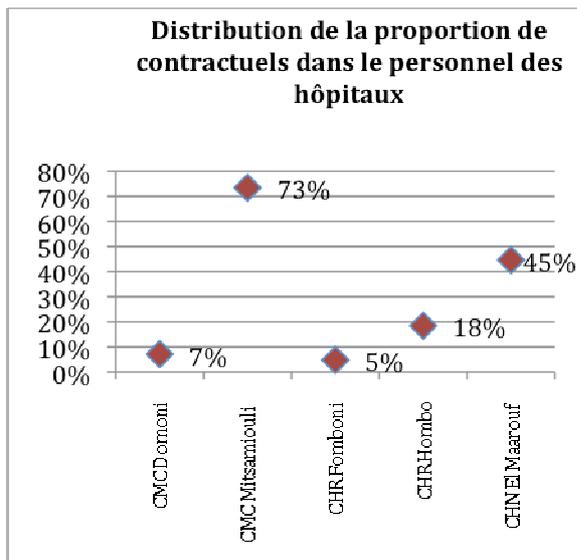
D'un point de vue quantitatif, les Comores sont plutôt bien dotées en personnel de santé en comparaison de l'Afrique Subsaharienne. Avec près de 3 médecins, 4 Infirmiers d'Etat et 3 Sages Femmes d'Etat pour 10 000 habitants, les Comores se situent bien au dessus de la moyenne africaine. Ceci est le résultat d'un plan de développement des ressources humaines élaboré en 2001 et qui a mis essentiellement l'accent sur la production et l'emploi des médecins généralistes et d'autres professionnels qualifiés.⁴⁵

On a vu plus haut que le budget d'Etat ne finance globalement que les salaires des fonctionnaires, il ne finance cependant qu'une partie du personnel de santé des structures sanitaires publiques. Les fonctionnaires ne représentent en effet que 41% soit 2253 agents de santé⁴⁶. Le tableau ci-dessous⁴⁷ montre que la proportion

⁴⁵ Le nombre de médecins est passé de 68 en 2001 à 121 en 2009 (+ 79%). Techniciens de Laboratoire (+127%) ; Sages Femmes d'Etat (+116%) ; Infirmiers Diplômés d'Etat (+73%) ; Pharmaciens (+38%) et Dentistes (+23,5%). (source PNDRH)

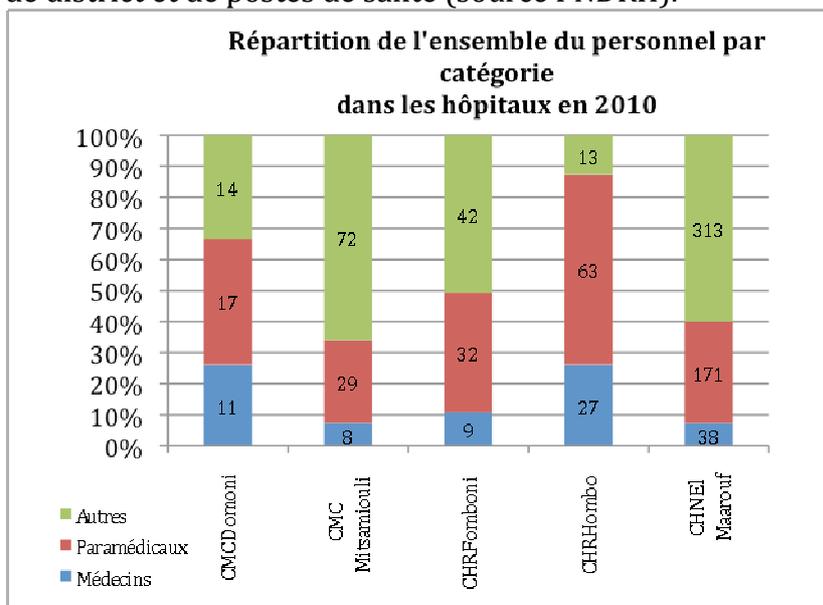
⁴⁶ Source PNDRH

⁴⁷ (source journées hospitalières 2010)



des contractuels est importante même dans les hôpitaux où la majorité des fonctionnaires est pourtant affectée. Même à des niveaux de référence comparables, cette proportion est très variable.

Le personnel de santé du secteur public est **réparti inégalement** (environ 35% au niveau central, 32% au niveau de l'île de Ngazidja, 24% à Anjouan et 10% à Mohéli) et se concentrent en milieu urbain (79%) que rural (21%). **Le niveau central consomme l'essentiel des professionnels les plus qualifiés (42% des médecins, 40% des IDE et 38% des Sages femmes d'Etat)**. Les hôpitaux (au nombre de trois) emploient 57% des médecins, 47% des sages femmes et 51% des IDE, au détriment des centres de santé de district et de postes de santé (source PNDRH).



Dans bien des structures, le personnel est **pléthorique** en comparaison de l'activité ou **sous-employé** du fait de la faible utilisation des structures sanitaires. La répartition des

différentes catégories est très variable selon les structures de même niveau témoignant d'une inégale gestion de la répartition du personnel.

Par ailleurs, le PNDRH ne précise pas le ratio personnel administratif/personnel soignant. Une analyse quantitative et qualitative serait pourtant nécessaire pour rationaliser la gestion du personnel. **L'autonomisation financière de facto des structures sanitaires publiques n'a pas été suivie d'une autonomie de gestion du personnel**, et aboutit à des inefficiences majeures tel que par exemple l'absentéisme du personnel fonctionnaire sans sanction possible.

Malgré l'augmentation récente des salaires, **le problème de la motivation du personnel reste entier**. Certaines primes de motivation existent (indemnités de risque, de logement, primes de gardes) mais sont considérés comme un complément de salaire, donc elles ne motivent plus. Il importe d'expliquer à chaque fois les critères de calcul afin que tout le monde comprenne qu'il s'agit de primes. Les primes de gardes, qui sont payées sur le système de recouvrement de coûts, ne concerne pas les personnels délivrant des prestations non payantes, d'où un délaissement des prestations préventives pourtant priorités du secteur. Le système de paiement de primes par le système de recouvrement des coûts défavorise les postes ruraux où se concentre la pauvreté.

Doivent être considérées les modalités de financement en vue de motiver, de mieux répartir, de rationaliser, et d'augmenter la productivité des ressources humaines. **Pourtant, la survie de l'institution sanitaire prévaut aujourd'hui sur celle de l'intérêt du patient**. Or la logique de l'efficacité signifie moins de personnel, mieux répartis et mieux payés, à condition de rendre plus de services.

2.3.3 Le difficile contrôle de l'offre privée

le personnel travaillant dans le secteur privé est relativement peu développé puisqu'il représente à peine 18% du potentiel public⁴⁸. Le tableau ci-dessous présente l'offre de soins privée en comparaison des structures sanitaires publiques.

	GRANDE COMORE	ANJOUAN	MOHELI
Pop estimée 2011	326 041	273 383	39 584
<i>Dont rural</i>	76%	72%	45%
STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES			
CHN/CHR/CMC :CMU, CSD	11	8	4
Postes de santé	27	20	6
<i>Dont non fonctionnels</i>	7	2	2
SSM	1		1
SECTEUR PRIVE			
privé non lucratif			

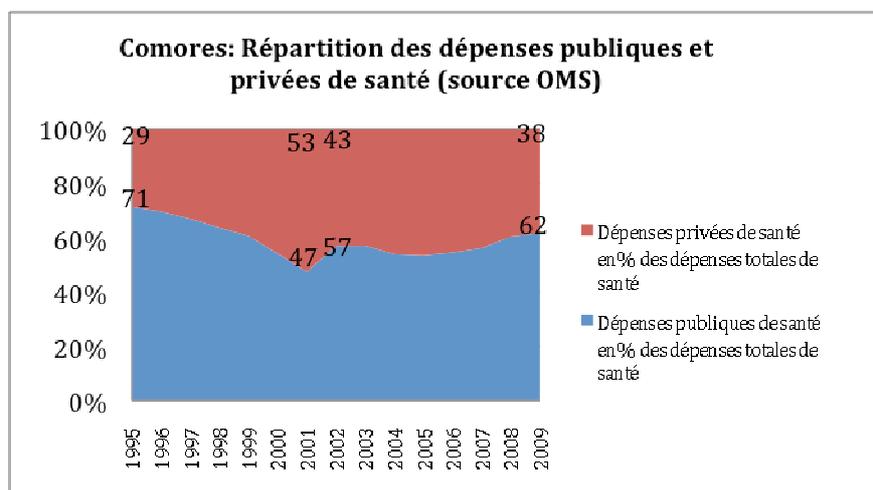
⁴⁸ Source PNDRH

	2 (caritas et ASCOBEF)	1 (ASCOBEF)	1 (Caritas)
Autres privés			-
<i>cabinets médicaux</i>	16	8	2
<i>cliniques médicales</i>	13	1	
<i>cliniques dentaires</i>	6		
<i>pharmacies</i>	7	4	1
<i>dépôts</i>	9	48	2
<i>laboratoires</i>	5	1	

(source :calculé à partir du rapport sur le recensement des structures sanitaires, DNS, 2006)

Selon l'EIM 2004, les personnes souffrantes consultent majoritairement dans les structures sanitaires publiques (63%), le recours au secteur privé n'étant que de 37%. Le secteur privé est surtout fréquenté à Ngazidja. 23.8% des consultations ont lieu dans des cliniques privées. Les soignants consultés sont surtout les médecins (65% et surtout à Moroni), puis les infirmiers (21%) et loin derrière les guérisseurs (6%). En comparaison de certains autres pays africains, la part du recours aux soins dans le secteur privé est donc encore peu développée.

Le graphique ci-dessous indique que l'accroissement du recours aux soins privés est cependant réel mais plutôt lent. Le taux d'utilisation des structures publiques est faible, mais ne signifie pas un report massif vers le privé. Ceci peut s'expliquer (i) par le nombre limité de structures sanitaires privées à but non lucratif, (ii) par la barrière financière d'accès aux soins, (iii) par une offre plus importante que la demande de soins solvable.



On ne trouve presque pas de services privés non lucratifs aux Comores, excepté un petit hôpital de Caritas et des centres de l'ASCOBEV. **La qualité de leurs services semble non pas liée à un plateau technique ou à du personnel plus qualifié mais plutôt à une question de gouvernance et en particulier dans la gestion plus stricte du personnel** (même si les salaires ne sont pas supérieurs). Ces structures sont bien fréquentées et les patients semblent apprécier le service (accueil, prix de nombreux services plus bas que dans les structures sanitaires publiques). Ces structures

fonctionnent aussi sur le recouvrement des coûts, car ne sont subventionnés qu'en partie (AFD, UNICEF, UNFPA, dons) et parfois très modestement. Les capacités gestionnaires de l'ASCOBEF ont d'ailleurs été reconnue puisqu'il a été choisi comme principal récipiendaire du Fonds Mondial pour le volet paludisme.

Nous ne disposons que de peu d'information sur le secteur privé lucratif. Le développement du secteur de la médecine privée libérale est plus récent. Il s'agit de cabinets de médecins généralistes ou spécialistes (clinique de cardiologie, de gynécologie,et) ou de paracliniques (biologie, radiologie). Il semble que le développement de ce secteur s'explique davantage par la frustration liée aux difficultés d'exercice dans les structures publiques que par une réalité de l'intérêt commercial. Il n'est pas certain que sa qualité et son efficacité soient nettement meilleures que celles du public. En particulier certaines cliniques privées semblent aussi très dépendantes de l'appui de la diaspora. **Leur rentabilité peut être liée à des niches particulières et à une position « parasite » du secteur public.**

Le secteur privé est en revanche très développé en ce qui concerne le médicament (nombreuses officines et dépôts). Il faut noter que, tous les dépôts qui sont répertoriés dans le tableau ont eu des autorisations d'ouverture signées par le ministre de la santé de l'île. Les dépôts sont gérés soit par des médecins, des paramédicaux ou des commerçants. Certains dépôts ne vendent que des spécialités fournies par certaines pharmacies de l'île et les autres se ravitaillent à l'étranger à cause des fréquentes ruptures de stock de la PNAC. Certaines pharmacies alimentent les dépôts et favorisent ainsi l'ouverture anarchique de ces derniers.⁴⁹

2.3.4 L'impossible viabilité financière du système

La sous-utilisation des structures sanitaires caractérise le système de santé comorien. C'est le cas des structures hospitalières mais aussi d'un bon nombre de centres de santé primaires. Le tableau ci-joint indique la population couverte théoriquement, le personnel et l'activité des postes de santé de deux districts sanitaires d'Anjouan.

2010	Population	Personnel			Moyenne activité par Mois	
		IDE	SFE	Autres	Consultation	Accouch
Mrémani						
Mramani	9 350	1		1	110	6
Sandam	4 300	1		1	130	
Chaoueni	2 129					
Adda	13 841		1	2	70	8
Kangani	3 637	1		2	50	4
Comoni	4 744	1	1	1	5	4
Domoni						
Mahale	8 331	1		1	15	0
Mbamboa	8 244			3	100	
Koni	11 759	1	1	4	60	15

⁴⁹ Source : rapport sur le recensement des structures, DNS, 2006

Ouzini	1 306			2	5	
Ngandale	8 733	1		1	25	

Le personnel apparaît relativement important par rapport à la population couverte mais l'activité est extrêmement faible. Il est évident que **l'essentiel de l'activité de ce personnel se déroule en dehors des structures de santé.**

Pour les hôpitaux, le taux d'occupation des lits ne dépasse jamais les 10%⁵⁰. Si on analyse la charge de travail du personnel du secteur public, force est de constater qu'il est sous-employé. Par exemple, à part à Fomboni, chaque chirurgien employé dans les hôpitaux fait moins d'une opération par jour à l'hôpital, le pire étant à El Maarouf (0.26 opération par jour et par chirurgien soit une opération tous les 4 jours). Chaque sage-femme fait en moyenne 0.31 accouchement par jour (soit moins d'un accouchement tous les 3 jours).

Ratios d'efficience	nb cs/nb personnel total/j	nb chir majeures/nb chirurgien/j	nb accouchement/sage femme/j	nb cs /nb personnel admin/j	tx occupation lits
El Maarouf (CHN)	0,25	0,26	0,36	0,45	ND
Mitsamiouli	0,15	-	0,21	0,95	8%
Hombo	0,85	0,92	0,15	10,92	10%
Domoni	0,27	0,68	0,34	1,02	11%
Fomboni	0,20	1,09	0,29	1,68	9%

(calculés à partir des données source des journées hospitalières 2010)

La pléthore de l'offre est un facteur explicatif de la **sous-utilisation** des structures, car les coûts de fonctionnement sont élevés et les tarifs pratiqués pour les couvrir excluent une part importante de la population. En raison de la densité de l'offre, les zones de dessertes des structures sont restreintes. Par conséquent les structures sont placées devant l'alternative de ne pas fonctionner ou de développer des stratégies commerciales, avec concurrence entre les centres de santé. Celles qui ont une structure de gestion dynamique sont tentées de gagner des parts de marché en développant une offre (laboratoire, imagerie) allant au-delà de ce que leur niveau statutaire implique.

Le deuxième facteur important pouvant expliquer le faible taux d'utilisation est la **barrière financière d'accès aux soins. Elle est la première cause de non recours aux soins aux Comores**⁵¹⁵². Elle contribue à accentuer la **sous-utilisation structurelle des services de santé**. Les tarifs pratiqués des soins est hors de portée des pauvres. Les frais d'hospitalisation, les médicaments et les consommables sont les plus chers. En 2003, **37%** des ménages ayant eu un malade mais **était exclu** des soins pour différentes raisons, dont la principale était la **cherté des frais médicaux (69%)**, puis le **coût de transport (21%)** puis l'absence de transport (15%). Le **mauvais accueil et la faiblesse**

⁵¹ selon l'EIM 2004

⁵² Et selon l'enquête réalisée sur 1929 ménages réparties sur les trois îles de façon représentative et 39 formations sanitaires. Analyse statistique de l'enquête sur l'accès aux soins de santé des catégories sociales en situation de grande précarité, juillet 2003. Projet santé III. Banque Mondiale

de la qualité était paradoxalement peu citée (2%). Ce taux avait doublé par rapport à ce qu'il était en 1995 (18%)⁵³. Le taux d'exclusion était le plus élevé à Anjouan. Au total, **77%** des ménages n'ayant pu se rendre à un centre de soins lors d'une maladie n'ont pu le faire **pour une raison financière**.

Il est difficile de mesurer l'impact de **cette sous-utilisation mais elle est un facteur déterminant du coût moyen**. Une analyse plus précise serait nécessaire tout en sachant qu'une étude des coûts est souvent fondée sur de nombreuses hypothèses et que **le « juste prix » n'existe pas**. La technique la moins mauvaise est souvent de procéder par tâtonnement.

✓ 2 Les leçons sur l'impact du financement actuel

- ✓ La part des paiements directs des usagers dans les dépenses de santé est scandaleusement élevée. La réduire est une priorité pour progresser vers la couverture universelle.
- ✓ Les transferts de la diaspora sont considérables aux Comores mais utiliser pleinement ce potentiel pour des actions de santé efficaces est une tâche délicate
- ✓ Les marges de manœuvre en matière de fiscalité et de financements innovants existent mais nécessitent une forte volonté politique
- ✓ L'aide extérieure demeure essentielle pour la pérennité du système de santé mais elle demeure très volatile dans son timing et sa répartition
- ✓ La part des dépenses de santé dans l'investissement apparaît déséquilibrée par rapport à celle consacrée au fonctionnement et en particulier à la maintenance
- ✓ Le financement extérieur accroît ce déséquilibre et rend encore plus difficile le respect de la carte sanitaire et d'une programmation à moyen terme.
- ✓ Le budget de l'Etat est consacré essentiellement aux salaires et les rationnements ont portés sur le fonctionnement et pas sur le nombre de poste
- ✓ Le poids des hôpitaux dans le budget de l'Etat (en particulier de El Maarouf) est considérable. Le niveau primaire est délaissé par le financement public
- ✓ La répartition des ressources humaines est déséquilibrée mais sa gestion est surtout rigide même avec les ressources propres et ne crée pas un système motivant
- ✓ La PNAC n'est pas encore parvenue à faire baisser les prix des médicaments, ni à limiter vraiment les approvisionnements anarchiques
- ✓ Le secteur privé joue un rôle important surtout pour le médicament mais est mal connu. Il n'est pas forcément plus rentable et de meilleure qualité.
- ✓ Le financement des structures par les paiements directs entraîne de nombreux effets pervers et en particulier une surconsommation de certains produits et des stratégies commerciales qui ont rapidement leurs limites.
- ✓ La sous-utilisation de nombreux services (et des équipements) rend impossible la viabilité financière des structures sur la base des paiements

⁵³ Source PNUD

3 Comparaison des instruments

On distingue ceux qui portent sur la demande (Paiements directs, assurances volontaires ou obligatoires) et ceux qui porte sur l'offre (financements des intrants, dotations globales, financement de la performance).

3.1 Des paiements directs considérables et peu régulés

Le paiement direct présente l'avantage de rémunérer un service effectivement rendu, chez un prestataire choisi par l'utilisateur. Le paiement direct favorise également l'autonomie de gestion des prestataires. Dans la mesure où l'utilisateur a le choix, on peut considérer que la qualité perçue des prestations fait partie des déterminants du recours à tel ou tel prestataire. On n'en conclura cependant pas que le paiement direct favorise mécaniquement la qualité des prestations⁵⁴.

Le paiement direct est considéré par beaucoup (et en particulier par l'OMS) comme **le pire mécanisme de financement de la santé du point de vue de l'équité** puisque l'accès aux services de santé dépend directement de la trésorerie disponible des usagers. Ce mécanisme de financement suscite donc d'importantes barrières financières d'accès aux soins qui ont de sérieuses répercussions sur l'état de santé des populations et le statut socio-économique des ménages⁵⁵. **Le paiement direct ne favorise pas non plus l'efficience**, dans la mesure où l'information et le pouvoir de négociation des usagers sont extrêmement réduits lors de la consommation des prestations.

Les inconvénients du paiement direct sont exacerbés en l'absence de régulation de la tarification des services de santé. Or, aux Comores, la tarification des actes et prestations n'obéit dans les faits à aucune réglementation mais résulte de décisions prises à l'échelle des structures de santé concernées, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Il n'est pas rare, d'autre part, que les paiements directs s'effectuent de manière informelle à travers des circuits officieux destinés à accroître les revenus des personnels de santé en marge de la tarification officielle et de l'enregistrement comptable des recettes dans les structures de santé.

La faible régulation et l'absence de transparence en matière de tarification, de même que l'existence de paiements officieux aléatoires induisent une importante incertitude concernant le risque financier lié à la maladie, qui constitue une partie non négligeable des barrières financières d'accès aux services de santé pour les usagers.

En réduisant la part des paiements directs dans les différents mécanismes de financement de la santé, pour les remplacer par des paiements indirects réalisés au préalable (par voie de cotisation sur les revenus du travail ou par voie de fiscalité),

⁵⁴ Les éléments diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas nécessairement les critères de qualité les plus importants du point de vue de l'utilisateur, pour qui la qualité de l'accueil sera souvent primordiale.

⁵⁵ Exclusions des services de santé, dépenses catastrophiques, incapacités temporaires ou permanentes.

on réduira d'autant les difficultés financières associées au paiement des services de santé.

3.2 Les assurances volontaires

On peut distinguer les mutuelles de santé communautaires (ou villageoises) et celles qui sont liées au secteur privé (certaines entreprises mais aussi le secteur bancaire).

3.2.1 Des mutuelles de santé très vulnérables

Les mutuelles de santé ont été principalement appuyées par le CIDR depuis 1999 et la plupart des mutuelles de santé en activité ont été initiées avec l'appui de cette ONG.

Les mutuelles de santé appuyées par le CIDR en quelques chiffres clés

Nombre de mutuelles	37
Nombre total de bénéficiaires	19.428
Taille moyenne des mutuelles	520
Pourcentage couvert de la population nationale	2,8%
Cotisations annuelles collectées	70.000.000 KMF
Dépenses de santé	36.000.000 KMF
Taux de croissance du réseau en 2011	30%
Taux de fidélisation	50 à 60%
Ressources internes annuelles affectées à la gestion	11.500.000 KMF
Coût du réseau (vie associative, gestion, animation)	57.500.000 KMF

Ces mutuelles de santé s'adressent à des groupements ou à des associations de personnes, à des écoles, à des entreprises privées, aux membres de caisses d'épargne et de crédit (SANDUCK, MECK) et parfois à des quartiers ou des villages, par l'intermédiaire de l'association locale de développement. Elles ne proposent qu'une seule garantie à leurs membres, constituée d'un paquet de bénéfices qui couvre généralement le gros risque (hospitalisations, interventions chirurgicales, accidents, maternité) assorti de faibles mesures de copaiement et, plus rarement, les soins ambulatoires assortis de mesures de copaiement plus importantes. Elles sont en général liées par des conventions aux prestataires du secteur public, et parfois du secteur privé, avec lesquels elles ont institué un système de tiers-payant⁵⁶.

Les mutuelles de santé initiées dans le cadre de l'appui du CIDR sont regroupées dans une fédération nationale, la FENAMUSAC. L'évaluation de ce réseau de mutuelles de santé, réalisée en décembre 2011, a permis d'avoir une vision à moyen terme de

⁵⁶ On trouvera la liste des mutuelles de santé en activité et leurs principales caractéristiques en annexe 6

l'expérience depuis 1999. Le rapport d'évaluation montre la création de nombreuses mutuelles et leur relativement courte durée de vie. Il est encore trop tôt pour analyser la durée de vie des nombreuses créées en fin de projet dans un contexte un peu particulier (avec le soutien du Sanduck d'Anjouan). Cette évaluation a mis en évidence un ensemble de problèmes d'ordre structurel, notamment:

- **Les mutuelles de santé peinent à fidéliser leurs membres**, le taux de fidélisation n'excédant pas 50% à 60%.
- **La pérennisation des organisations mutualistes est loin d'être satisfaisante.** Sur 87 mutuelles de santé créées depuis 1999, 50 ont cessé leurs activités, soit 57,5%.
- La croissance du réseau est fragile et repose principalement sur la création de nouvelles mutuelles de santé tandis que le taux de croissance interne du réseau est négatif (les adhésions dans les anciennes mutuelles baissent régulièrement).
- La taille trop réduite des organisations mutualistes ne leur permet pas d'envisager une quelconque viabilité aux plans technique et financier⁵⁷.
- La mobilisation par les familles des moyens financiers nécessaires au paiement de la cotisation sur une base volontaire est extrêmement difficile pour un ensemble de raisons économiques et socio-culturelles.
- Les mutuelles font face à d'importants problèmes de sélection adverse.
- Les frais de fonctionnement du réseau (gestion, administration, promotion, structure fédérative, etc.) ne peuvent être financés par les seules cotisations des membres, et **nécessitent l'octroi de subventions, même dans l'hypothèse d'une croissance importante des effectifs mutualistes.**

On peut dès lors insister sur un ensemble de messages forts concernant les mutuelles de santé, en tant qu'instrument du financement du système de santé des Comores.

Les mutuelles de santé représentent avant tout un mouvement social basé sur une dynamique d'entraide et de solidarité. L'avantage comparatif pour leur gestion réside précisément dans la possibilité de **faire émerger un mouvement social capable d'entrer en négociation avec l'offre de soins et de jouer un rôle en matière de régulation.** Un mouvement social de type mutualiste peut également participer à des transformations sociales en aidant les gens à comprendre les avantages de l'assurance et en promouvant l'information, la prévention et la modification des comportements et modes de vie en lien avec la santé.

Il convient toutefois de souligner que les mutuelles de santé en activité aux Comores en 2011 ne sont intervenues que pour une part négligeable dans les ressources disponibles pour les dépenses de santé⁵⁸. L'expérience acquise sur le continent africain au cours des deux dernières décennies montre par ailleurs qu'**il est illusoire de compter sur les mutuelles de santé pour mobiliser l'épargne des ménages afin de contribuer de manière significative aux dépenses de santé.** Le développement du secteur mutualiste ne comporte donc **aucune perspective pour un Etat de se désengager à terme du financement de la santé.**

⁵⁷ Le regroupement des diverses caisses mutualistes pourrait à cet égard être identifié comme une priorité stratégique au même titre que la croissance des effectifs mutualistes.

⁵⁸ Moins de 0,4% des ressources allouées à la santé.

D'autre part, et contrairement à des idées largement véhiculées, **les mutuelles de santé ne constituent pas non plus l'outil approprié pour favoriser l'accès aux services de santé pour les plus démunis.** L'expérience montre en effet que les mutuelles de santé en Afrique ne s'adressent ni au quintile le plus riche ni au quintile le plus pauvre de la population. Les mutuelles recrutent la majeure partie de leurs adhérents parmi les familles représentant des valeurs moyennes dans la distribution des revenus. Sans mécanismes de subvention permettant de rendre la cotisation accessible aux plus démunis, ceux-ci parviennent rarement à s'acquitter du paiement des cotisations.

Les mutuelles de santé représentent par contre un canal potentiel intéressant pour subventionner l'accès aux services de santé pour des paquets de prestations jugées prioritaires et/ou pour des groupes de populations à risque. Elles peuvent à ce titre intervenir dans la mise en oeuvre d'instruments tels que la gratuité, le subventionnement, l'achat de prestations basé sur la performance, etc.

Le développement des mutuelles de santé aux Comores a par ailleurs permis l'émergence d'un pôle de compétences en matière de gestion de portefeuilles de risques, de négociation contractuelle avec l'offre de soins et de management administratif, comptable et financier. **Ces compétences, regroupées au sein de la FENAMUSAC, représentent un potentiel qu'il pourrait être opportun de mobiliser dans le cadre d'une extension de l'assurance maladie.**

3.2.2 Le potentiel des micro-assurances et du secteur bancaire

Le système bancaire est composé de 4 banques (BDC, BIC, Exim-Bank, BFC) et de 4 Institutions Financières Décentralisées (Unions des Mecks et des Sanduk) et de 3 intermédiaires Financiers (SNPSF, Comores express, MCTV-SA). Les capacités des IFD tant dans la collecte des fonds et de la gestion est bien documenté aux Comores. La progression a été parfois importante (Meck de Moroni, Sanduk d'Anjouan) mais parfois moins rapide (Sanduk de Ngazidza). On peut se demander s'ils n'atteignent pas bientôt leur seuil maximal de développement.

La cotisation à une mutuelle de santé associée aux prêts a été expérimentée par le Sanduck d'Anjouan. Cet organisme a accepté de payer la moitié de la cotisation aux bénéficiaires d'un crédit pour limiter le risque de maladie sur le potentiel de remboursement. Mais les crédits constituent seulement une part de l'activité de ces institutions de micro-finance comme le montre le tableau suivant. Parmi les 100 000 membres, beaucoup sont des membres dormants. **Les crédits sont modestes par rapport aux montants collectés.** Il serait donc intéressant de trouver une occasion de collecte de cotisations au moment des dépôts en particulier pour la promotion d'assurance.

2010 (1000 FC)	Membres	Dépôts	Crédits	Caisses
Meck Moroni	43 520	9 713	5 065	8
Meck Anjouan	11 985	3 289	1 540	4
Mecik Moheli	2 257	536	340	1
Sanduk Ngazidja	9 300	682	144	1
Sanduk Anjouan	43 000	5 739		39
Sanduk Moheli	9 000	420	251	9

Total	119 062	20 379	7 340	62
Banques		38 432	24 500	4

Il est intéressant de comparer la situation des banques qui reçoivent deux fois plus de dépôts mais surtout font trois fois plus de crédits. La répartition des montants des crédits est bien sur différente et les institutions de micro-finances permettent de mieux répondre aux petits emprunts.

Une stratégie de financement doit donc s'intéresser aussi à la mobilisation des moyens liés aux dépôts (et pas seulement aux crédits) et associer les banques non seulement au travers de leur personnel (comme le font les mutuelles de banques) mais aussi les clients. De toutes façons le secteur financier est aussi **un instrument essentiel pour la canalisation des fonds utilisés par le secteur de santé**, que ce soit pour payer les structures ou pour gérer leurs recettes.

3.2.3 Les caisses d'assurance maladie internes à certaines entreprises

Confrontées à l'absence de système d'assurance maladie obligatoire et aux problèmes divers posés par la maladie, **bon nombre d'entreprises d'Etat ou du secteur privé formel ont pris l'initiative d'établir des caisses internes de prise en charge de certains services et prestations de santé au bénéfice de leurs employés et de leurs familles**. Ces caisses internes existent dans la plupart des grosses entreprises nationales et du secteur privé⁵⁹. Leurs ressources proviennent en général d'une cotisation salariale prélevée à la source, de manière obligatoire, sous la forme d'un pourcentage du salaire et d'une cotisation patronale, souvent calculée sous forme de subvention d'équilibre plutôt qu'en pourcentage des salaires. Les entreprises concernées financent également les frais de gestion des caisses en payant notamment les salaires des employés chargés de les administrer. Les systèmes initiés sont variables et fonctionnent soit sur remboursement, soit en tiers-payant. Certaines entreprises ont conclu des accords avec des prestataires conventionnés, d'autres non.

La caisse interne de Comores Télécom

Les employés de Comores Télécom et leur famille (conjoint et enfants) bénéficient d'une couverture maladie partielle grâce à la caisse interne d'assurance maladie mise en place par l'entreprise. La caisse est alimentée par une cotisation salariale de 3% prélevée à la source, de manière obligatoire, sur l'ensemble des salaires versés aux 850 employés sous contrat. Comores Télécom contribue aux dépenses de la caisse par une subvention d'équilibre. Avec les ayants-droits, le total de bénéficiaires s'établit à 3.076 personnes.

Le paquet de bénéfices s'établit comme suit :

- soins ambulatoires: frais de consultation (100%), médicaments (85%), examens courants (85%)
- maternité: CPN et échographies (100%), accouchement par voie basse (85%)
- hospitalisations et petite chirurgie (85%)

⁵⁹ Notamment Comores Télécom, MAMWE, SNPSF, PNAC, Com'Air, ASECNA, Comores Hydrocarbures, Le Port (APC), Banque Centrale, BIC.

Les prises en charge par employé sont plafonnées à un montant maximum annuel qui dépend de la taille de la famille. Les interventions chirurgicales (y compris la césarienne) ne sont pas couvertes. L'entreprise a passé des contrats avec un grand nombre de prestataires du secteur public et du secteur privé. La majeure partie des dépenses s'effectue auprès des prestataires privés.

Le montant annuel de dépenses est de l'ordre de 82 millions KMF, dont la moitié environ est financée grâce aux cotisations salariales et l'autre moitié par la subvention de l'entreprise. Comores Télécom prend également en charge les frais de fonctionnement de la caisse, incluant le salaire d'une équipe de 7 personnes chargées de la gestion du système.

La plupart des caisses d'entreprise ont procédé par tâtonnements pour démarrer leurs activités. A la différence des mutuelles de santé, elles ont souvent choisi de couvrir les soins ambulatoires en priorité, faute de maîtriser les éléments méthodologiques de faisabilité et les aspects techniques de la gestion du risque maladie. Elles ont peu à peu étendu leur couverture mais elles ne couvrent en général pas le gros risque, ou très partiellement, alors qu'il s'agit souvent d'une demande prioritaire de la part des assurés⁶⁰. **A la différence des mutuelles, les volumes financiers mobilisés par leur canal pour les dépenses de santé sont loin d'être négligeables**, comme on peut le constater à la lecture du tableau ci-dessous.

Les caisses internes aux entreprises: estimation de la situation

Nombre d'entreprises (grandes entreprises nationales et entreprises du secteur privé)	10 à 20
Nombre d'employés	6.000
Nombre total de bénéficiaires	30.000
Pourcentage couvert de la population nationale	4,5%
Cotisations annuelles collectées	800.000.000 KMF
Dépenses de santé (100%)	800.000.000 KMF
Ressources internes affectées aux frais de gestion	75.000.000 à 125.000.000 KMF

Les systèmes mis en place se trouvent cependant confrontés aux limites inhérentes au mode de financement adopté et aux difficultés classiques de gestion du risque assurantiel: contrôle des coûts et des dépenses, gestion du portefeuille de risques, suivi technique des prestations, recours au médecin conseil, gestion des relations contractuelles avec les prestataires, etc. **Au vu du potentiel que représentent ces initiatives, il pourrait être opportun de répondre aux difficultés techniques rencontrées par les entreprises, et de leur fournir l'appui technique nécessaire**

⁶⁰ Certaines entreprises prennent également en charge les frais d'évacuation sanitaire à l'étranger pour certains de leurs employés.

pour qu'elles puissent profiter de gains d'efficience en matière de gestion assurantielle⁶¹.

3.3 Les assurances obligatoires

Face aux limites des assurances volontaires (et en particulier la sélection adverse), des modèles d'assurances obligatoires pour certaines catégories de la population (fonctionnaires par exemple) ou pour l'ensemble des salariés se mettent parfois en place et constitue une étape vers différents types de sécurité sociale.

3.3.1 Les mutuelles des fonctionnaires

Actuellement s'il existe aux Comores des mutuelles dans les entreprises publiques, il n'existe que 2 cas de mutuelles parmi les fonctionnaires. La Direction des Douanes au Ministère des Finances a créé une mutuelle mais elle est encore fondée sur une base volontaire.

La mutuelle de santé des Douanes

La mutuelle de santé des Douanes est une caisse interne à cotisation volontaire mise en place par l'administration des Douanes. Elle compte 269 agents affiliés, pour un total de 710 bénéficiaires (incluant les conjoints et les enfants). Les agents versent une cotisation annuelle de 3.000 KMF. Ils ont droit à un paquet de bénéfices qui inclut les frais de consultation (100%), les médicaments (50%) et les frais d'hospitalisations (50%). Les prises en charge s'effectuent uniquement auprès d'une pharmacie privée et d'une clinique privée avec laquelle des tarifs préférentiels ont été négociés.

En 2010, le total des dépenses de santé s'est élevé à environ 6,8 millions KMF, dont 800.000 KMF seulement ont été financés grâce aux cotisations versées par les agents. L'administration des Douanes a complété cette somme par une subvention d'équilibre. Elle a par ailleurs pris en charge plusieurs évacuations sanitaires.

Confrontée au problème de maîtrise des coûts, la mutuelle des Douanes étudie la possibilité d'augmenter ses ressources en instituant une retenue obligatoire à la source sur les versements effectués aux agents dans le cadre de la redevance administrative unique.

Par contre la mutuelle de l'armée existe et est obligatoire.

La Mutuelle Nationale Militaire

La mutuelle nationale militaire, créée par décret présidentiel en 1996, est le seul exemple d'assurance maladie obligatoire pour une catégorie d'employés de l'Etat aux Comores. Elle couvre 5.200 bénéficiaires, dont 1.400 militaires et 3.800 ayants droits. Le paquet de bénéfices inclut les soins ambulatoires et le gros risque, pris en charge à 100% à l'hôpital militaire et à 50% dans les autres hôpitaux.

Les dépenses de santé annuelles s'établissent environ à 44 millions KMF, financées à partir des cotisations prélevées de manière automatique sur les salaires des militaires, à hauteur de 3%. La majeure partie des dépenses s'effectue dans les installations sanitaires de l'armée. L'armée ne verse pas de cotisation patronale mais finance le fonctionnement de ses structures de santé.

⁶¹ On trouvera les éléments à intégrer dans les termes de référence d'une mission d'appui technique aux caisses internes d'entreprises en annexe 4.

Bien qu'il s'agisse d'un système particulier, la mutuelle de l'armée représente une expérience pilote dont les acquis et les enseignements pourraient être utiles en vue d'élargir le principe de l'assurance maladie obligatoire à l'ensemble des fonctionnaires de l'Etat.

La mission a notamment constaté **l'intérêt récurrent pour un système de mutuelle des fonctionnaires**. Une proposition intéressante⁶² avait d'ailleurs été déjà faite mais avait surtout insisté sur les aspects organisationnels. Le tableau ci-dessous permet d'estimer les volumes financiers que représenterait une mutuelle des fonctionnaires.

La mutuelle des fonctionnaires: estimation en quelques chiffres

Nombre de fonctionnaires	13.000
Nombre total de bénéficiaires	65.000
Pourcentage de la population potentiellement couvert	10%
Cotisations annuelles potentielles	1.200.000.000 KMF
Dépenses de santé (75%)	900.000.000 KMF
Ressources annuelles potentielles pour la gestion et la consolidation financière	300.000.000 KMF

Une mutuelle des fonctionnaires pourrait aisément mobiliser un financement sur la base de cotisations salariales et patronales, calculées en pourcentage de la masse salariale. La part salariale pourrait être prélevée à la source de manière obligatoire. Il conviendrait par ailleurs de sécuriser les versements de la part de l'Etat de manière à éviter les difficultés de trésorerie de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie.

L'élément crucial en matière d'assurance maladie à caractère obligatoire consiste à identifier un partenaire fiable et techniquement compétent pour gérer le système d'assurance. En première analyse, il apparaît souhaitable que l'Etat ne soit pas directement impliqué dans la gestion technique du système mais se positionne plutôt dans un rôle de régulateur.

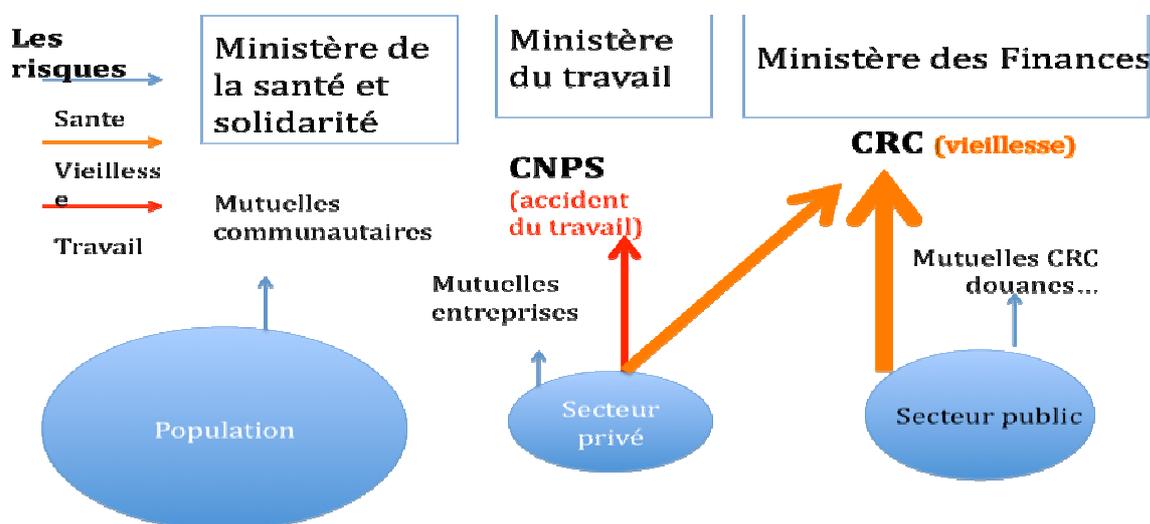
En additionnant les pourcentages de la population nationale qui pourraient être couverts grâce à la mise en œuvre d'une assurance maladie à caractère obligatoire dans le secteur formel représenté par l'administration (10%), l'armée (1%), les grandes entreprises nationales (2,5%) et les grandes entreprises du secteur privé (5%), **on peut estimer le potentiel de couverture de la population grâce au mécanisme de l'assurance maladie obligatoire à près de 20%**. Instituer un système d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel peut constituer la première étape d'une stratégie de progression vers la couverture universelle⁶³. Un tel régime pourrait être complété par un système d'assurance à caractère volontaire, éventuellement géré par le secteur mutualiste, afin d'offrir une meilleure protection en matière de services ou de proportion des coûts prise en charge.

⁶² Voir le document de Mliva indiqué en bibliographie

⁶³ Le Maroc, par exemple, qui procède par étapes dans sa stratégie de progression vers la couverture universelle, a successivement institué un régime d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel incluant les fonctionnaires, un régime de gratuité de paquets de services pour les plus démunis et un régime d'assurance maladie volontaire pour le secteur informel (en cours d'étude).

3.3.2 Les perspectives d'un système de sécurité sociale

Une ébauche de système de protection sociale prend forme aux Comores. Mais le système est pour le moment **éclaté entre différents Ministères** et tous les risques ne sont pas couverts. On peut schématiser ainsi la situation actuelle et la grosseur des flèches montre la faiblesse des flux respectifs :



La Caisse de Retraite des Comores (CRC) a été créée en 1963 et couvre théoriquement les salariés à la fois du secteur privé (3 000 cotisants) et public (13 000 cotisants). Les cotisations varient entre 2 à 5% en fonction des types d'activités. Le chiffre d'affaire est donc conséquent (154 Millions FC). En raison de la structure démographique, les bénéficiaires de pensions sont encore peu nombreux (autour de 3 000 personnes). Nous n'avons pu obtenir que le nombre de dossiers traités mais il serait important de présenter la taille réelle de la cohorte.

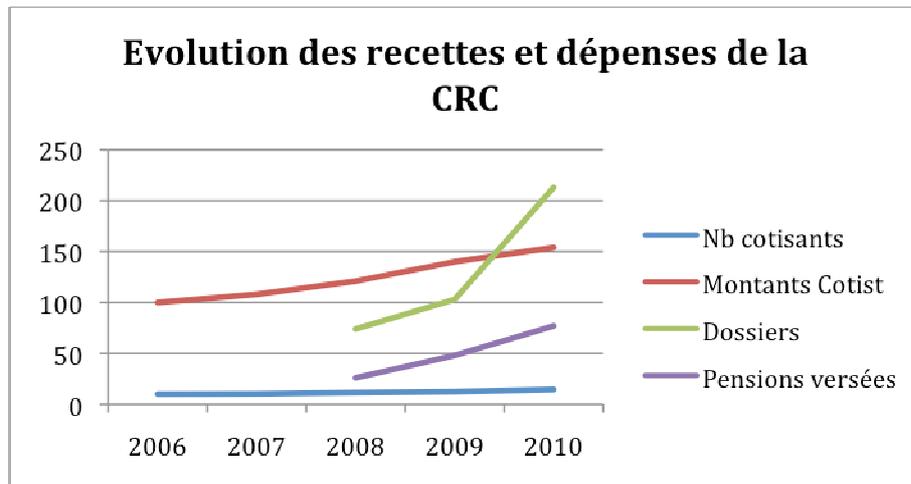
Budget indicatif de la CRC

2010

Recettes –Cotisations			Dossiers		1000 FC
Secteur public	Nb	Montants		Dossiers	Montants
Union	2 188	36 667	Fonctionnaires	61	38 863
Ngazidja	3 879	35 566	Non Fonct	39	15 021
Anjouan	4 859	41 919	Veuve	16	3 229
Mohéli	687	6 254	Réversion	71	16 624
Secteur privé			PTO	26	3 926
Ngazidja	2 483	29 536			
Anjouan	561	4 510			
Mohéli	12	78			
TOTAL	14 669	154 530		213	77 663

Les pensions sont modestes (entre 200 et 300 euros par mois) et la caisse serait donc largement excédentaire. Mais il existe 5 régimes dont certains sont non contributifs (Ministres, Présidents) et d'autres déficitaires comme la retraite des députés (qui serait revalorisée fréquemment !). Le problème essentiel est l'importance des arriérés non

payés par l'Etat. La situation est particulièrement dramatique à Anjouan qui n'avait pas mis en place de plan d'apurement des arriérés pendant la période sécessionniste et où les pensionnés comptabilisaient jusqu'à 80 mois d'arriérés. Le don du Qatar a permis d'apurer une partie de cette dette (1,5 Milliards FC).



Néanmoins la CRC n'a pu constituer de réserves et une partie des recettes demeurent théoriques puisqu'elles sont conservées par l'Etat. La CRC n'a pas encore d'autonomie financière et ses recettes (comme ses dépenses) demeurent au compte du trésor. Il serait urgent de clarifier cette situation d'autant plus que le nombre de nouveaux dossiers progresse. Le Potentiel de progression demeure encore important en particulier dans le secteur privé. La question de la couverture des indépendants et du secteur informel est beaucoup plus complexe.

Aux Comores, il existe aussi depuis longtemps **la caisse de Prévoyance Sociale (CPS)**. Les textes les plus récents régissant la CPS remontent à 1974 et consistent en une série d'arrêtés inspirés de la législation de 1956. Elle ne couvre que les accidents du travail des salariés du secteur privé mais le secteur public n'a pas de couverture pour ce risque. La caisse rembourse les frais de maladies professionnelles et les soins liés aux accidents du travail (y compris une vingtaine d'évacuation à l'Etranger par an). Elle dispose d'un personnel important (y compris de médecins pour contrôler les factures). En fait 130 employeurs et 3 840 salariés y adhèrent. C'est à dire qu'une **proportion importante des salariés ne cotise pas** d'autant plus que la réputation de la gestion de cette caisse n'est pas bonne. Il y aurait un déficit de 62% des recettes. Il lui est aussi difficile de mobiliser ses avoirs au compte du trésor. Les indemnités pour les accidents du travail ont été revalorisées mais les rentes servies n'ont pas été mises à jour. Un audit aurait été demandé par le Ministère du Travail qui a en charge sa tutelle. Pourtant il n'apparaît pas le mieux placé pour assurer le contrôle de dépenses de santé.

Une stratégie à long terme pourrait viser à assainir cette caisse et l'étendre aux autres salariés. Il serait logique pour **faire des économies d'échelle en matière de frais de gestion de regrouper la prise en charge de risques autour de la CRC**. La logique lui donnait compétence pour d'autres risques que ceux de la vieillesse. A titre d'information, elle avait en charge la branche des prestations familiales qui a été supprimée en 1981. On peut maintenir des risques différents et des régimes plus ou moins avantageux mais l'important est de constituer un organisme social solide, capable

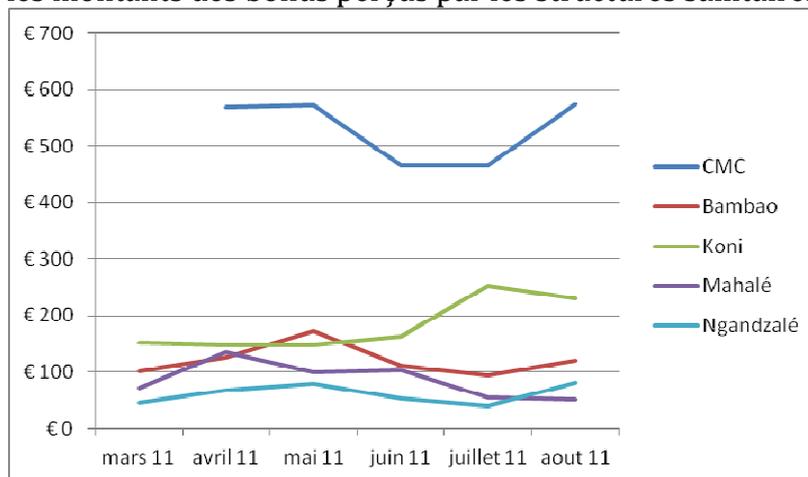
de d'effectuer une gestion efficace et de défendre son budget (en particulier vis à vis de l'Etat et des syndicats).

L'implication de partenaires extérieures (et de l'aide internationale) peut être l'occasion d'aider ces structures à se réformer et de se regrouper. En 2010, a été élaboré avec l'appui de l'OIT un **programme Pays pour la Promotion du Travail Décent (PPTD)**. Un protocole d'accord a été signé à Moroni le 13 décembre 2010 par le Ministre de l'industrie et les organisations syndicales patronales et employées. Ce document propose en particulier une politique de protection sociale probablement trop ambitieuse face aux moyens disponibles. Parmi les mesures discutées, une loi Cadre sur la protection sociale, et une loi sur le statut des établissements de prévoyances sociales apparaît particulièrement importantes. Le programme prévoit aussi la réalisation de nombreuses études techniques et financières (en particulier une étude actuarielle sur les pensions) et un budget de 5 Millions d'USD. Même si le déblocage de ces fonds apparaît difficile, il serait intéressant de prendre en compte ces orientations dans l'élaboration d'une stratégie de financement.

3.4 Les débuts d'un financement par la performance

Dans le cadre du projet PASCO, une expérience de financement par la performance a débuté en mars 2010 avec le soutien de l'ONG ID. Cette expérience a déjà été l'objet d'une évaluation externe en novembre 2010. Mais il apparaît un peu prématuré pour tirer des conclusions sur l'impact de cette expérience. D'autre part **le faible montant en jeu et la faible couverture géographique** (le CMC de Domoni et 4 postes de santé) rend difficile une évaluation du potentiel de ce mécanisme.

Pour résumer les points marquants de l'évaluation, on peut voir dans le graphe suivant les montants des bonus perçus par les structures sanitaires du district de Domoni.

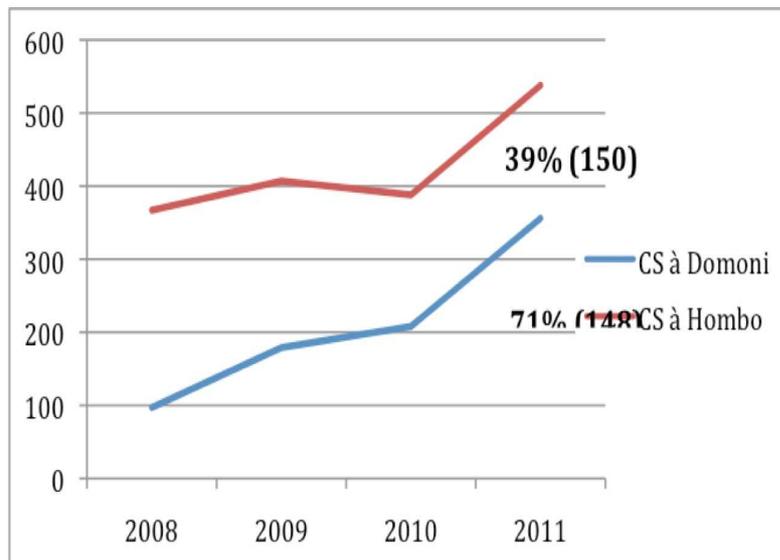


Il apparaît que sur les 6 mois, l'activité augmente mais seulement faiblement et semble se stabiliser à un niveau très bas. Pour comprendre cet impact, il importe de prendre en compte l'ensemble des financements. En fait pour les activités hors césarienne, le financement public et extérieur est essentiellement par l'offre (kits de l'UNFPA, Salaires, PF) et les ménages sont les seuls à financer la demande. Malgré l'incitation sur l'offre, la barrière financière demeure. **L'incitation sur l'offre n'est pas suffisante pour motiver le personnel à augmenter son activité.** Il est plus rentable pour lui de continuer à effectuer une partie du service à titre privé à domicile.

Financement par FC	Offre			Demande	
	Etat	Bailleurs	Performance	Tiers payant	Ménage
Consult curatives	Salaires		350	0	500
PF	Salaires	Produits	100	0	0
CPN1	Salaires		250	0	200
Accouchements	Salaires	Kit	3 500	0	5 000
Césarienne	Salaires	Kit	10 000	70-95 000	20 000

Un financement plus important de la demande (tiers payant) est nécessaire. Il est souhaitable que les services publics soient moins chers que ceux privés mais que la structure (et donc indirectement le personnel) touche un montant équivalent (voir supérieur).

La progression des césariennes qui est payé en grande partie par le fonds, montre l'impact rapide d'un système de tiers payant. Cela montre aussi les effets pervers que peut créer ce type de financement s'il n'est pas contrôlé (risque de césariennes non indispensables).



Le graphe ci-dessus indique la progression des césariennes qui est en fait identique dans l'hôpital de Hombo qui ne bénéficie pas d'un tiers payant comme le CMC de Domoni. Le % d'accouchement avec césarienne est bien sur plus élevé dans une structure de référence qui rassemble théoriquement les cas les plus graves mais nous n'avons pas encore assez d'éléments pour confirmer

cette hypothèse.

3.5 Comparaison de ces différents mécanismes

Chacun des différents mécanismes de financement passés en revue présente des avantages et des inconvénients, que le tableau ci-dessous synthétise en utilisant comme grille d'analyse quatre caractéristiques fondamentales des systèmes de santé: l'équité en matière d'accès aux services de santé, la qualité des services de santé, l'efficacité du système de santé et la viabilité des mécanismes de financement.

Tableau synthétique des différents mécanismes de financement de la santé par la demande

Mécanismes (Exemple)	Equité	Qualité	Efficienc	Viabilité financière
Paie	--	+/-	--	+/-
Assurance Maladie volontaire (Mutuelles de santé)	-	+	+	-
Assurance Maladie obligatoire (Assurance des fonctionnaires)	+	++	+	+
Exemption de personnes ciblées (Fonds d'équité pour les indigents)	+	-	+	-
Paie	+	++	+	-
Gratuité de paquets prioritaires (PMI gratuit pour tous)	++	-	+	-

Les notations (+ ou -) sont à titre tout à fait indicatif et peuvent changer beaucoup entre pays et au sein d'un pays suivant le contexte. Il s'agit d'outil pour créer un débat et non d'évaluation universelle.

Nous avons ajouté dans ces mécanismes, celui du fonds d'équité qui n'existe pas aux Comores mais qui est important dans certains pays (Madagascar, Rwanda, Cambodge). Les problèmes essentiels de ces fonds sont liés soit à la difficile sélection des bénéficiaires soit aux coûts administratifs.

Situation réelle/ Selon le test	Exempté	Non exempté
Pauvre	OK	Faux négatif
Non Pauvre	Faux positif	OK

Les systèmes d'exemptions mettent souvent l'accent sur les faux positifs (pour limiter le gaspillage) mais ne prennent pas en compte les faux négatifs (ceux qui sont exclus par erreur, souvent parce qu'ils ne peuvent demander l'exemption). L'impact de ces derniers en Santé publique peut être considérable (par exemple les femmes qui n'osent même pas aller aux centres de santé perçus comme un lieu où tout est payant même si ce n'est pas toujours le cas). **Les coûts administratifs de ces processus sont souvent importants et posent même des problèmes éthiques.**

Pour cette raison, de nombreux économistes préfèrent souvent la gratuité d'un paquet pour tous. Bien sur les plus riches en bénéficieront aussi mais ils utilisent souvent d'autres services si ce paquet est vraiment de base. **On peut se demander aussi si le**

Le système de santé est bien placé pour effectuer une redistribution sociale (qui serait plutôt l'un des objectifs de l'ensemble de la fiscalité). Le paquet peut être choisi en fonction des priorités du pays et de ses moyens financiers. Le mécanisme de fonds d'achat permet de financer ce paquet sous la forme d'un tiers payant. Il n'existe pour le moment aux Comores que pour la Césarienne au CMC de Domoni.

Le tableau ci-dessous synthétise les effets des différents mécanismes de financement de l'offre en utilisant la même grille d'analyse.

Tableau synthétique des différents mécanismes de financement de l'offre

Mécanismes (Exemple)	Equité	Qualité	Efficiencia	Viabilité financière
Financement d'intrants (Kits d'accouchements)	+	--	--	+
Dotacion globale (Negociation sur la base du passé, de la population couverte, des structures en place)	+	--	--	+
Financement basé sur la performance (PBF sur la base d'indicateurs)	-	++	++	--

Un exemple de financement d'intrants est le financement des kits pour l'accouchement par le UNFPA. L'avantage est de cibler un produit et souvent de l'acheter au moindre coût. L'inconvénient de ce mécanisme est de créer un système d'approvisionnement parallèle et de ne pas prendre en charge de nombreux coûts (salaires, services, autres produits complémentaires). La gratuité de l'accouchement ne peut se financer que par des Kits sinon les sages femmes risquent de vendre les kits ou de demander d'autres paiements aux parturientes.

Il existe de multiples façons de calculer les budgets, par exemple en fonction de la population couverte (système de capitation). Mais on ne prend pas en compte les besoins particuliers de chaque population (en particulier la pauvreté), les équipements à utiliser. Aux Comores **les dotations globales sont calculées essentiellement sur la base du nombre et les types de structures**. Ce système est facilement contrôlable par les autorités mais n'encourage pas la production de meilleurs services. On peut lier ces dotations aux activités antérieures et/ou prévisionnelles mais s'il ne s'agit que d'indicateurs, les dotations sont en fait essentiellement le produit de négociations politiques.

On comprend donc aisément qu'**aucun mécanisme de financement particulier n'offre la solution idéale en matière de financement de la santé**, mais qu'il s'agira au contraire de les associer pour rechercher la combinaison optimale permettant de progresser vers une meilleure couverture en santé, de manière évolutive.

3 Les leçons sur les modes de financements existants aux Comores

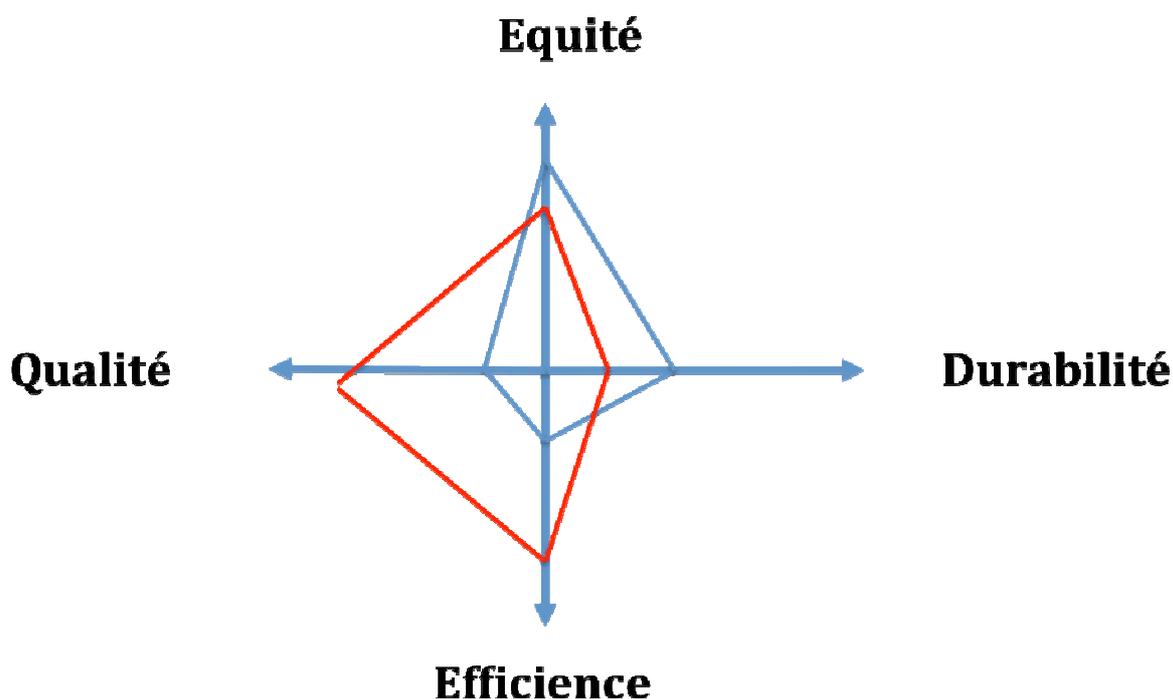
- ✓ Le paiement direct représente le pire des mécanismes de financement de la santé du point de vue de l'équité et de l'efficacité.
- ✓ Les mutuelles de santé peuvent jouer un rôle social important mais ne peuvent contribuer de manière significative aux dépenses de santé ni réduire les barrières financières d'accès pour les plus démunis.
- ✓ Le financement de la performance ne peut jouer qu'un rôle complémentaire à un financement de l'activité avec une part importante de tiers payant.
- ✓ De nombreuses entreprises ont initié des caisses maladie internes qui mobilisent des fonds importants. Des gains d'efficacité importants pourraient être obtenus en rationalisant leurs gestions.
- ✓ La mission a notamment rencontré un intérêt récurrent pour un système de mutuelle des fonctionnaires et des expériences ont pris forme.
- ✓ On peut estimer le potentiel de couverture de la population grâce au mécanisme de l'assurance maladie obligatoire dans le secteur formel à près de 20%.
- ✓ Un premier pas vers une sécurité sociale serait de regrouper les risques (y compris la vieillesse et l'accident du travail) autour d'un organisme plus fort.

4 Éléments pour une Stratégie

Ce document ne peut être qu'un outil pour élaborer une stratégie. Nous voudrions ici seulement insister sur les principes et sur quelques axes qui pourraient être choisis. Nous en avons développé un plus particulièrement qui fut l'objet des principaux débats lors de la mission mais les autres ne doivent pas être négligés.

4.1 Les principes pour choisir les priorités

Pour choisir les priorités, on peut s'inspirer de quatre grands principes.

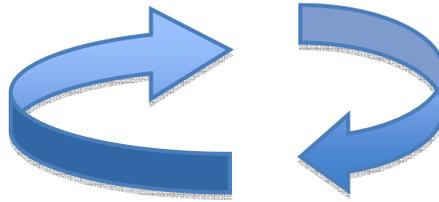


La priorité a été souvent donnée par les autorités sanitaires à l'équité **pour une répartition uniforme sur le territoire et les bailleurs ont souvent insisté sur la durabilité.** (configuration bleue). Ni l'un ni l'autre n'ont vraiment atteint leur objectif quand on analyse l'inégale répartition des moyens et de nombreux équipements qui fonctionnent mal ou plus. Il est probablement nécessaire de donner une part plus importante à l'efficacité et la qualité selon la configuration rouge. Il est évident aussi que ces critères sont liés. **La qualité est une condition de la durabilité. L'équité sans qualité n'a pas grand sens.**

4.1.1 Vers une notion plus réaliste de l'équité

Il faut d'abord définir l'équité (l'accès des plus pauvres, l'égale distribution de moyens en personnel ou en équipements par habitants, l'égale distribution des moyens en fonction de l'activité produite). Le financement par la demande ou par la performance peut accroître les inégalités dans une sorte de cercle vicieux de dégradation progressive des services.

Faible activité
Baisse du Bonus
Baisse des moyens
Baisse de la qualité
Moindre fréquentation
Faible activité



Le financement par l'offre peut alors compenser ces inégalités en renforçant les intrants de certaines structures (équipements, personnel, formation) pour leur permettre d'être dans un cercle vertueux avec le financement de la performance.

Le financement par la demande peut permettre aussi de faire respecter la carte sanitaire en exigeant une accréditation pour un financement. Si la structure ne l'obtient pas car elle se présente en double emploi avec une structure existante, ses moyens de fonctionnement seront remis en question. C'est pourquoi les financements par l'offre et la demande sont aussi complémentaires pour améliorer l'équité du système de santé.

4.1.2 Prendre vraiment en compte la qualité

La qualité est liée aux respects de normes mais aussi à la satisfaction des patients. La qualité perçue par le patient est parfois fondée sur des aspects simples (accueils, propreté) mais ceux-ci ne doivent pas être sous-estimés par rapport aux normes techniques. De ce point de vue le financement par la demande peut pousser à l'amélioration de la qualité. D'autre part pour avoir droit à un financement de la demande, un minimum (en matière de personnel et d'équipement) est requis. **Des procédures très simples d'accréditations** peuvent être établies⁶⁴.

Cela ne suffit pas et la qualité reconnue par les autorités se fait par un financement de l'offre. Celui-ci peut se faire par l'intermédiaire d'un financement de la performance qui **introduit des indicateurs plus qualitatifs complémentaires aux indicateurs souvent très quantitatifs** du financement par la demande. Les indicateurs que l'on peut récolter régulièrement sont forcément limités et nécessite souvent un système d'information de bon niveau. Il est alors nécessaire d'utiliser des systèmes d'accréditations que l'on peut faire tous les deux ans par exemple. Il est important de pouvoir sanctionner la structure qui ne respecte plus les normes en arrêtant le financement par la demande.

4.1.3 Dégager les gains d'efficience possibles

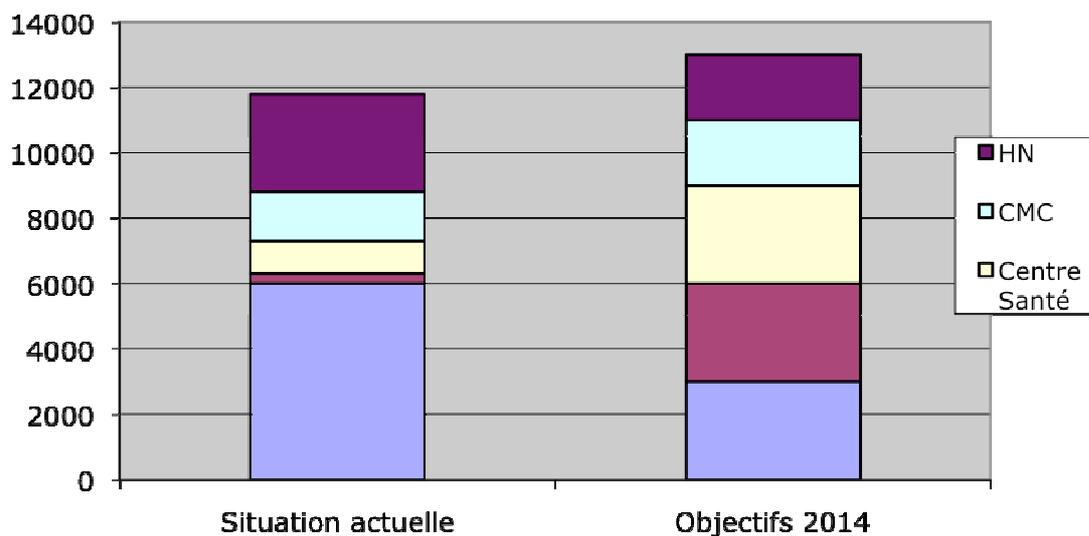
On distingue souvent l'efficience technique et l'efficience allocative. La première porte sur les meilleures conditions de production. Elle peut porter sur

- **La baisse des prix de certains intrants** (en particulier des Médicaments)
- L'utilisation plus rationnelle de certains services de santé (examens complémentaires, médicaments)
- La meilleure utilisation d'équipements, l'adaptation du niveau technique, la formation et la maintenance

⁶⁴ Voir un simple questionnaire d'une page comme dans l'expérience des vouchers au Cameroun

L'efficience allocative est liée à l'allocation la plus rationnelle des ressources afin que **la production soit effectuée au niveau le plus approprié**. Les consultations à l'hôpital sont nettement plus chères que dans un centre de santé. Certains accouchements simples peuvent se faire aussi dans ces centres. Il est plus économique de réserver les accouchements à risques dans les centres qui disposent d'un bloc.

Recours pour les accouchements à Anjouan



Un exemple d'efficience allocative à Anjouan : Sur les 12 000 accouchements, à peine plus de la moitié sont assistés. Une part importante est faite dans les hôpitaux de Hombo et de Domoni. La diminution des accouchements à domicile doit se faire de manière équilibrée entre les différents recours possible comme l'indique à titre d'exemple l'objectif 2014. Cette répartition permet de gain de coûts pour le système de santé comme pour les ménages (transport) et améliore donc l'efficience allocative tout en préservant la qualité des soins.

Les gains d'efficience allocative peuvent être obtenue en particulier par :

- Le respect d'une carte sanitaire prenant vraiment en compte le potentiel d'utilisation
- La réallocation de ressources au niveau primaire
- L'utilisation de processus de sélection (ou de référence) pour accéder au niveau plus sophistiqué (augmentation du ticket modérateur)
- Combinaisons plus efficaces des interventions de santé (synergie entre projets verticaux et coordination des bailleurs)

4.1.4 Les vrais conditions d'un financement durable

La santé est un investissement mais ses bénéfices sont diffus sur l'ensemble de l'économie (externalités). Il n'est pas possible de calculer un « retour sur investissement ». La santé publique ne peut jamais couvrir, elle-même tous ses coûts. Il n'y a donc pas de pérennisation sans financement. Il est important de parler non seulement de pérennisation économique mais aussi de **pérennisation institutionnelle**

(par l'intégration dans l'état, par le soutien de la société civile, par la diversification des bailleurs).

Un canal efficace est durable car il peut attirer d'autres financements en particulier dans un pays comme les Comores où l'aide extérieure a du mal à être absorbée.

La pérennisation d'un système ne tient pas à sa rigidité mais au contraire peut être liée à sa flexibilité. Les besoins vont changer avec la transition démographique, les techniques se transforment, les conditions des bailleurs évoluent. Le manque de durabilité du système actuel est plus lié à des blocages institutionnels (et en particulier dans la gestion du personnel) qu'à des contraintes économiques. Il est important de créer des systèmes de financement qui puissent fonctionner de manière différente dans des périodes de '*vaches maigres et de vaches grasses*' mais dont la structure reste en place⁶⁵. Le financement par la demande permet une certaine flexibilité en variant le paquet de service et le montant du ticket modérateur. Le financement par l'offre est plus lié à des rigidités institutionnelles (en particulier la programmation budgétaire).

4.2 Le principal axe stratégique : développer différents types de tiers payant

Dans le contexte comorien, caractérisé par le manque d'équité en matière d'accès aux services de santé, la faible qualité de ces services et le peu d'efficacité du système de santé, **la substitution d'organismes payeurs aux usagers grâce au développement du système de tiers-payant constitue un axe stratégique majeur.** Le développement du système de tiers-payant doit se concevoir (i) dans l'optique de promouvoir le financement de la santé par la demande, (ii) en associant différents mécanismes complémentaires pour gagner en efficacité, (iii) en veillant particulièrement à l'amélioration de la qualité des services de santé.

Les systèmes de tiers-payant qu'il est possible de développer sont multiples:

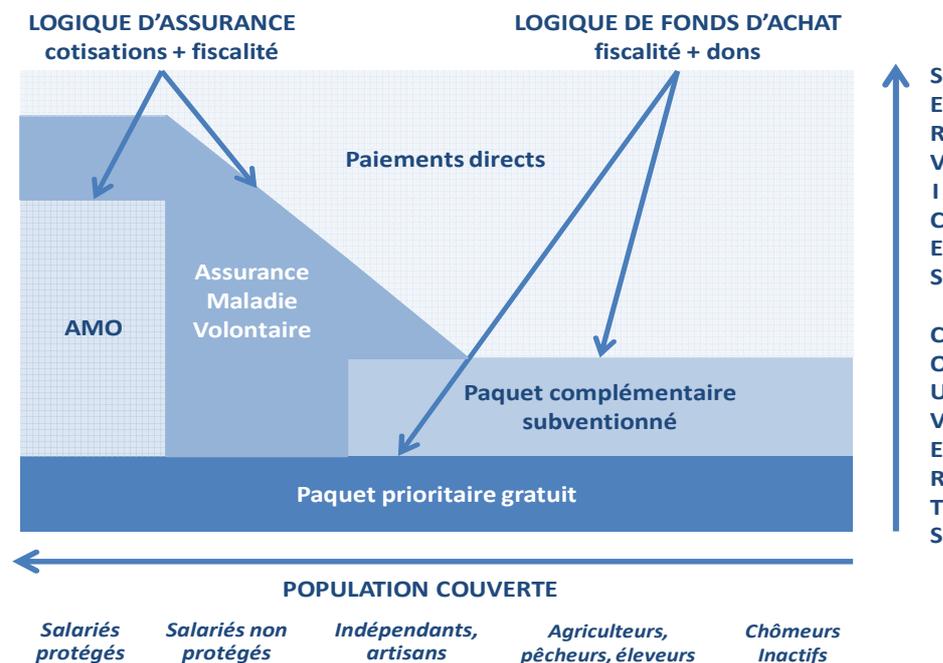
- **L'institution d'une assurance maladie obligatoire (AMO) pour le secteur formel** constitué (i) des fonctionnaires d'Etat et (ii) des employés des grandes entreprises nationales et du secteur privé formel.
- **Le développement du secteur de l'assurance maladie à caractère volontaire** par le repositionnement du secteur mutualiste sur les garanties complémentaires et/ou sur des cibles de population du secteur informel non pauvre.
- **La promotion de paquets de services prioritaires délivrés gratuitement à l'ensemble de la population** par l'intermédiaire d'un Fonds d'achat agissant comme organisme payeur des prestataires sur la base des prestations effectivement délivrées.
- **La mise à disposition de paquets de soins subventionnés pour des groupes de population ciblés** par l'intermédiaire d'un Fonds d'équité agissant comme organisme payeur des prestataires sur la base des prestations effectivement délivrées.
- **Le développement de l'approche performance** en cohérence avec la stratégie suggérée, qui suppose notamment la promotion du paiement à l'activité par

⁶⁵ L'image utilisée dans l'atelier fut celle d'un vélo qui est plus confortable avec les pneus bien gonflés mais qui avance encore avec des pneus dégonflés...jusqu'à un certain niveau !

l'intermédiaire d'un Fonds de performance, l'extension géographique du système, l'extension du paquet proposé, de même que l'amélioration des mesures de motivation des personnels de santé.

La mise en oeuvre conjointe et cohérente de ces différents mécanismes représente une opportunité qui permettrait d'adresser l'ensemble des composantes du système de santé dans la double optique de progresser vers une meilleure couverture en santé et d'améliorer les pôles d'équité, de qualité et d'efficacité du système de santé.

La progression vers la couverture universelle grâce à la mise en oeuvre de mécanismes de tiers-payant complémentaires



Le développement de plusieurs mécanismes complémentaires de tiers-payant pourrait s'envisager en considérant les potentiels existants, qu'il conviendrait d'explorer:

- L'utilisation du canal des mutuelles de santé ou du service commun de gestion de la FENAMUSAC comme organisme payeur d'un Fonds d'achat, d'un Fonds d'équité ou d'un Fonds de performance.
- Le remembrement du secteur mutualiste pour passer de la gestion de la micro assurance à la gestion de l'assurance maladie à plus grande échelle.
- Les gains d'efficacité à réaliser à travers l'externalisation de la gestion du risque d'assurance maladie par les entreprises du secteur privé et l'administration.
- L'utilisation des compétences développées par la CRC en matière de sécurité sociale pour la gestion de certaines branches de l'assurance maladie, telles que les maladies professionnelles et les accidents du travail.
- L'intérêt de réunir les fonds collectés dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire dans une caisse unique afin d'éviter la fragmentation de la gestion de l'AMO et les problèmes d'équité qu'une telle fragmentation poserait inmanquablement.

- La mise en oeuvre d'un système simple d'accréditation des prestataires leur permettant d'accéder aux financements mis en oeuvre à travers un Fonds d'achat, un Fonds d'équité ou un Fonds de performance à condition d'offrir des prestations de qualité.
- L'intérêt de baser les financements octroyés dans le cadre de l'approche performance tant sur des critères quantitatifs (activités réalisées) que sur des critères qualitatifs (conditions de délivrance des prestations).

La question du financement à long terme du système par la fiscalité se pose avec acuité. La pérennité du financement dans une logique de Fonds d'achat⁶⁶ ne peut en effet être garantie seulement par les fonds de la coopération internationale. Il est dès lors crucial de travailler à l'élaboration d'un consensus au niveau national sur le financement à long terme de ce type de mécanismes, qui permette d'identifier une source de financement pérenne pour le système envisagé. **Ce financement devra provenir de la mobilisation de fonds publics impliquant nécessairement un engagement croissant de l'Etat.**

Une vision à long terme parmi d'autres

Les prestataires du secteur public et du secteur privé sont éligibles pour participer au programme, à condition d'être accrédités selon une procédure simple basée sur l'évaluation d'un ensemble de critères minima à satisfaire pour garantir un premier niveau de qualité. Les prestataires qui satisfont aux critères de base sont intégrés au programme et peuvent dès lors bénéficier du paiement des prestations ciblées par le programme.

Les prestations comprennent un paquet d'activités gratuit pour l'ensemble de la population. Les usagers ne bénéficient du paquet gratuit que chez les prestataires accrédités. Ces derniers sont payés à l'acte par l'intermédiaire d'un Fonds d'achat sur la base d'une tarification forfaitaire établie de manière à couvrir les frais de fonctionnement des structures et les rémunérations des personnels de santé.

Les prestations comprennent également un paquet complémentaire, mis à disposition de manière subventionnée par l'intermédiaire des mutuelles de santé. Seuls les mutualistes bénéficient de la subvention par le biais d'une cotisation fortement réduite leur donnant droit à la couverture des prestations du paquet complémentaire. Ils n'ont accès aux prestations subventionnées que dans le réseau des prestataires accrédités. Les prestataires ont intérêt à être accrédités du fait des tarifs forfaitaires payés par les mutuelles, qui leur offrent une rémunération correcte grâce aux subventions dont elles bénéficient.

Les prestataires accrédités bénéficient également d'un financement octroyé par le Fonds de performance sur la base de critères essentiellement qualitatifs, complémentaires aux autres volets du programme. En particulier, la progression vers la qualité est évaluée régulièrement et donne lieu à des bonus qui permettent de limiter l'intérêt du personnel de santé à travailler hors des structures accréditées. La question de la rémunération des personnels de santé est particulièrement prise en compte.

La gestion du Fonds d'achat et du Fonds de performance peut être confiée aux mutuelles de santé, réorganisées et restructurées de manière à être présentes à l'échelle de l'île. Dans une telle hypothèse, les micro mutuelles disparaissent pour être intégrées dans une ou plusieurs

⁶⁶ La logique de Fonds d'achat évoquée recouvre la mise en oeuvre de mécanismes tels qu'un Fonds d'achat, un Fonds d'équité et/ou un Fonds de performance.

structures de taille plus importante, aux capacités techniques redimensionnées. Les mutuelles proposent à leurs adhérents une garantie de base à prix réduit constituée des prestations subventionnées et d'autres garanties, non subventionnées, axées par exemple sur des paquets complémentaires. Il est possible également d'organiser l'accès des populations au paquet gratuit à travers l'adhésion aux mutuelles de santé pour une somme symbolique, de manière à encourager le développement du secteur de l'assurance maladie par l'intermédiaire de la gratuité.

4.3 Les autres grands axes de la stratégie

Nous n'avons pu ici qu'indiquer les pistes qui ont été évoquées dans l'atelier mais qu'il serait important d'étudier plus en profondeur.

4.3.1 Pour un financement plus équilibré

L'équilibre entre le financement du **fonctionnement et celui de l'investissement** apparaît essentiel. Il nécessite d'ailleurs une meilleure transparence entre les véritables coûts récurrents des opérations et les dépenses de formation de capital. La régulation de l'investissement est un grand défi aux Comores. Les outils habituels (carte sanitaire, programmation concertée, CDMT...) doivent être renforcés et vraiment mis en œuvre. L'investissement entraîne des coûts récurrents importants qui risquent de peser sur le financement des ménages si aucun budget de fonctionnement public ne l'accompagne. En raison des barrières financières, l'utilisation risque d'être faible mettant en danger la maintenance. Le financement de l'investissement n'est pas plus pérennisable que le financement du fonctionnement. **Des orientations sur la part du fonctionnement et de la maintenance à associer à tout projet d'investissements (publics ou extérieurs) pourraient être utiles.**

L'accent mis sur **l'efficacité et la qualité** apparaît essentiel. C'est souvent les améliorations selon ces critères qui assurent finalement la véritable équité et la durabilité d'une activité. Les services de qualité et efficaces trouvent des financements dans le contexte particulier des Comores où les capacités d'absorption sont limitées et les appuis extérieurs importants.

Le meilleur équilibre entre **le financement par l'Offre et par la demande** a déjà été bien argumenté.

4.3.2 Financer davantage le rôle de régulation de l'Etat

Il serait dangereux que le nécessaire renforcement du financement public souvent invoqué dans ce rapport, aboutissent à grossir le rôle de l'Etat dans sa fonction de fournisseur de service. L'aide budgétaire non accompagnée par des conditionnalités strictes de restructurations a parfois abouti à regonfler une bureaucratie qui draine financements et compétences. **La séparation classique entre le fournisseur de service et le financeur** apparaît particulièrement importante dans un pays comme les Comores. Les financements du secteur public sont souvent associés à des statuts et des positions et peu à la prestation d'un service. Le financement par l'activité peut

constituer à long terme un puissant facteur de changement de mentalité. Dans le secteur privé, cette logique s'est imposée au contraire très rapidement et a besoin d'être mieux régulée. L'Etat fragile doit se renforcer mais surtout dans son rôle régulateur qu'il faut mieux définir.

Le financement des fonctions d'inspection et de contrôle apparaît donc essentiel. Un véritable leadership politique est nécessaire pour cela mais des outils et un mécanisme pour des applications (sanctions, accréditations, autorisations) fait partie d'une stratégie de financement.

4.3.3 Financer les structures publiques selon leur activité

En l'absence d'une société civile forte et d'un secteur privé non lucratif importants (en particulier confessionnel comme dans certains pays africains ou du Moyen Orient), la grande majorité de l'offre de soins demeure composée d'établissements publics.

L'autonomie gestionnaire de ces structures apparaît comme une manière d'assurer cette séparation entre fournisseurs/financeurs. Le travail déjà entamé sur les statuts de ces établissements (et le regroupement des plus petites structures en entité de gestion autonome) apparaît donc un élément important de la stratégie de financement.

Ces structures fonctionnent en partie sur la base d'un financement à l'activité (avec les paiements directs) mais n'ont pas la gestion réelle d'une grande partie des dépenses de fonctionnement (le personnel fonctionnaire). **Une stratégie de financement doit leur donner les outils pour mesurer l'utilisation rationnelle de leur personnel.** La séparation actuelle entre les indicateurs d'activités et ceux de gestion et de financement apparaît particulièrement révélatrice d'une logique encore très administrative. Les efforts du Ministère de la santé dans ce domaine avec l'appui par le PASCO s'inscrivent donc bien dans une stratégie de financement.

Une réflexion serait en particulier nécessaire sur le statut de la fonction publique comme moyen de conserver le personnel qualifié et **l'autorité réelle de la direction des établissements pour qu'ils travaillent pleinement à l'activité des services.** L'utilisation du personnel contractuel (pourtant payé avec des recettes liées à l'activité) se fait aussi pas toujours dans le but d'augmenter ou d'améliorer les services fournis. La stratégie de financement doit les inciter à changer de logique.

4.3.4 Mieux utiliser le financement du secteur privé

Selon le rapport d'évaluation du Pasco, il faut prendre en compte « *Le discrédit profond dont souffre le secteur public et qui va nécessiter une remise en question drastique des approches et des normes* ».

L'inclusion du secteur privé dans la stratégie de financement apparaît alors comme une nouvelle piste qui n'a pas été suffisamment explorée. Dans de nombreux pays, le financement des services mettant en concurrence les structures publiques et privées apparaît comme une manière de stimuler « *l'inertie* » du secteur public et de contrôler le secteur privé.

Il serait intéressant **de promouvoir d'autres structures associatives** en utilisant par exemple les réseaux des mutuelles. Dans beaucoup de pays les mutuelles ont créés leurs propres dispensaires face aux pénuries de l'offre. Mais de toutes façons ces expériences ne pourront à moyen terme jouer un rôle majeur. Elles peuvent jouer un rôle expérimental en particulier pour un meilleur « bench marking » des services (en montrant qu'une structure bien utilisée peut fournir des services à moindre coût).

Avant de développer des activités avec le secteur privé lucratif, il apparaît indispensable d'avoir davantage d'information. Plutôt qu'un nouvel inventaire ou une inspection, nous proposons plutôt une **enquête du point de vue de l'offre comme de la demande**⁶⁷. **Une perspective anthropologique** apparaît préférable car il s'agit non pas de montants financiers importants mais plutôt d'une question de perception et de motivation. Il serait ainsi intéressant **d'identifier ainsi des facteurs de changement**.

Cette perspective anthropologique en suivant les patients apparaît essentiel car une grande part du secteur privé est informelle et effectuée par du personnel public qui officiellement n'en a pas l'autorisation. Une stratégie de financement doit déterminer les conditions d'un partenariat public-privé mieux régulé. Traditionnellement il peut prendre la forme d'autorisations régulées et rémunérés d'activités privées dans les structures publiques ou bien la régulation des activités privées en dehors des structures publiques mais par le personnel public. Dans les deux cas, **ce partenariat est efficace si les instances de contrôle sont fortes** sinon on risque de faire entrer « le cheval de troie » dans le public ou bien de vider encore plus le secteur public de ses acteurs essentiels. Dans un état fragile, le pouvoir de contrôle le plus efficace est au niveau des établissements s'ils en ont le pouvoir légalement.

La stratégie de financement du secteur privé doit aborder les questions suivantes :

- Comment le promouvoir (ex : installation de médecins généralistes dans les zones plus reculées, développement d'une structure associative) en respectant une carte sanitaire efficace
- Comment le « conventionner » (règles d'accréditation sur sa gestion, son éthique, le respect des normes, sa spécialisation) ?
- Comment le réguler la qualité de ces services ?
- Comment contrôler ses prix (spécialement s'il est bénéficiaire direct d'une subvention ou bénéficiaire indirect d'une subvention par la solvabilisation de la demande dans un mécanisme de tiers payant ?

4 Points Forts à prendre en compte dans une stratégie de financement

- ✓ L'élaboration d'une stratégie de financement doit veiller à donner une place primordiale à la qualité et à l'efficacité
- ✓ La pérennité est avant tout institutionnelle et s'obtient surtout par l'efficacité d'un mécanisme et ses capacités d'adaptation
- ✓ Le principal axe d'une stratégie est de donner une place plus importante aux différents mécanismes de tiers payant

⁶⁷ L'ébauche des termes de référence de cette enquête est en annexe 5

- ✓ On peut aller vers la couverture universelle en développant les assurances dans le secteur formel et les fonds d'achats pour un paquet de base pour l'ensemble de la population
- ✓ L'appui technique extérieur au secteur formel (en particulier les fonctionnaires) apparaît utile car des gains d'efficience sont possibles et les moyens existent
- ✓ L'appui extérieur pour financer le paquet de base permettra de montrer l'impact rapide d'un financement sur la population des plus démunis
- ✓ Les autres axes doivent viser à établir un meilleur équilibre dans le financement en particulier entre le fonctionnement et l'investissement.
- ✓ Le renforcement de l'Etat doit se faire essentiellement dans sa fonction régaliennne (en particulier dans les normes, l'inspection et le contrôle)
- ✓ La séparation du fournisseur et du régulateur peut se faire au sein du secteur public en donnant le maximum d'autonomie aux structures (en particulier dans la gestion du personnel)
- ✓ Le secteur privé doit avoir une place essentielle dans une stratégie de financement tant pour contrôler sa réelle qualité et efficacité que pour l'intégrer clairement dans la politique nationale.

Conclusion

Les pistes pour une stratégie de financement développées dans ce rapport apparaissent tout à fait cohérentes avec les conclusions de la mission d'évaluation du PASCO à mi-parcours dont nous avons repris un extrait.

Recommandations de la mission d'évaluation du PASCO:

« a) l'augmentation du budget de l'état pour la santé jusqu'à un niveau acceptable, comparé à d'autres pays dans la région (en % du budget national) contre la garantie par le MS d'une meilleure gouvernance ; b) l'élaboration d'un système de financement de la santé qui i) tient compte des barrières financières pour les pauvres ; et ii) prend en compte d'autres ressources potentielles (telles que le secteur privé ; la diaspora) ; et c) un financement par les PTF contre une performance démontrée (et documentée lors des revues annuelles conjointes) ».

Il est évident que cette tâche est une œuvre de longue haleine mais l'intérêt d'un document stratégique est de garder ce « cap » tout en procédant par étapes.

- **La coordination des bailleurs** peut commencer à prendre forme par ces revues annuelles conjointes. Il ne s'agit pas de faire de nouveaux plans avec des moyens financiers qui n'existent pas mais de faire ensemble l'état des lieux et de veiller à la cohérence de chaque contribution.
- La mise en place **des comptes de la santé** permettra de vérifier (ou d'infirmier) certaines hypothèses que nous avons faites. Elle permettra aussi de mesurer vraiment l'impact des actions en particulier en ce qui concerne le poids financier qui pèse sur les ménages.
- **Les expériences des mutuelles doivent être capitalisées dans des domaines plus appropriés** soit vers des populations qui peuvent vraiment contribuer, soit comme canal efficace pour l'achat de service. On ne doit pas perdre l'expertise des services de gestion communs et le travail de contractualisation.
- **Une action dans le secteur privé** apparaît comme une priorité jusque là un peu négligée faute d'information. Une information plus précise permettra d'alerter clairement les autorités sur l'importance de ces enjeux.
- Enfin même si un projet de sécurité sociale apparaît comme une vision à très long terme, **le domaine social (y compris les retraites et la situation des fonctionnaires) apparaît une priorité les autorités politiques** qui doivent être soutenues dans leurs efforts de réformes structurelles par les bailleurs.

Le groupe sur le financement de la santé créé au Ministère avec un nouvel économiste de la santé doit travailler sur ce document provisoire. Il sera nécessaire ensuite d'aborder chaque thème par groupe de travail en fonction des étapes décidées par les autorités politiques. C'est donc seulement ensuite qu'un document de stratégie de financement pourra être établi.

Annexes

- 1 Liste des personnes rencontrées**
- 2 Définition et clarifications terminologiques**
- 3 Petit lexique**
- 4 Comparaisons Internationale**
- 5 Programme d'investissement public dans le secteur de la santé 2011**
- 6 Liste des caractéristiques des principales Mutuelles de santé**
- 7 Modèle de calcul prévisionnel du coût d'un financement d'un paquet de santé de base**
- 8 Indications bibliographiques**

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES	2
Annexes.....	3
1. Liste des personnes rencontrées	3
2. Clarification sur quelques concepts.....	6
2.1 <i>Les principes du Tiers payant</i>	6
2.2 <i>Le financement de l'offre et de la demande</i>	7
2.3 <i>Les différents types de financement par la demande</i>	8
2.4 <i>Les différents types de fonds</i>	8
3. Vers un petit lexique	9
4. Comparaisons internationales (santé dans le budget, transferts).....	10
5. Programme d'investissement public dans le secteur de la santé 2011	11
6. Liste des caractéristiques des principales Mutuelles de santé.....	12
7. Modèle de calcul prévisionnel du coût d'un financement d'un paquet de santé de base	14
8. Indications bibliographiques.....	15

Annexes

1. Liste des personnes rencontrées

MINISTERE DE LA SANTE

Cabinet du Ministre

Mr Abdoufatah BOINA Directeur de cabinet

Protocole

Mr CHOUAIBOU Responsable du Protocole

Direction des Affaires administratives

Directeur

Direction de la Planification

Mr Ahamada Ali GODA Directeur

Direction Nationale de la Santé

Dr Younoussa Assoumani Directeur

Direction des Etablissements Publics et des Soins Privés

Dr Ahmada Said FAZUL Directeur DSPP

Mme Kamaria AHAMADA Responsable du Service de la tutelle hospitalière

PNLS

Dr Ahmed ABDALLAH Directeur

Commissaire de la santé d'Anjouan

Commissaire de la santé de Mohéli

Directeur régional de la Santé de Mohéli

MINISTERE DES FINANCES

Direction du Budget

Said MHAMADI Directeur

Directeur des Douanes

Aboulaye MAOULANA Responsable de la mutuelle

Caisse de retraite CRC

Abdihi MOUIGNI Directeur

Mme Kamaliddine Fatima Directeur adjoint

MINISTERE DU PLAN

Soali hy Directeur de cabinet

Mlle Djarmati Djamal Point focal santé

Responsable des statistiques

MINISTERE DU TRAVAIL

M Toulabi Secrétaire général

Aadi OMAR Directeur du travail

Responsable de la CNPS

FORMATIONS SANITAIRES

Hôpital de Hombo

Dr Abdillah SIDI Directeur Général du CHR

Hôpital de El Maarouf

Mounsuf Mohammed Directeur

Hôpital de Mitsamiouli

Azadinou Bacar Directeur

Gestionnaire

Responsable du SIS

Hôpital de Domoni

PASCO - Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores

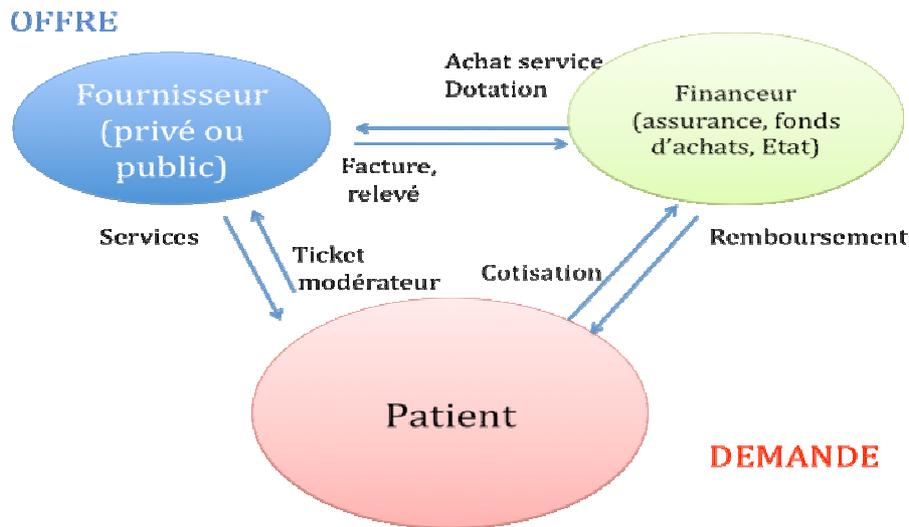
Mme Ania MOHAMED ISSA	Chef de Projet
Mr Alain FOREST	Directeur du Projet
Mr Jean-Pierre ALLUARD	Expert en management hospitalier
Dr Robert CAMBERLIN	Gynécologue

2. Clarification sur quelques concepts

Les oppositions pour l'élaboration d'une stratégie sont souvent une querelle de mots. Dans certains cas, des consensus peuvent être atteints par une simple clarification.

2.1 Les principes du Tiers payant

Dans le domaine de la santé, il arrive fréquemment que celui qui reçoit un service (un soin par exemple) n'est pas celui qui le paye. Il existe donc un TIERS qui joue le rôle de financeur.



Cette relation à trois s'articule autour d'un certain nombre de liens possibles. Le patient peut faire l'avance du paiement et se faire rembourser. Le financeur peut payer directement les factures à la structure sanitaire ou l'appuyer sous la forme de **dotations globales** ou par des **achats de services**.

Le tiers payant a des effets vertueux (en particulier en facilitant l'accès) mais aussi des effets pervers en particulier celui d'utiliser davantage des services qu'on ne paye pas directement (**risque moral**). Le **ticket modérateur** peut limiter le risque moral. La gratuité est l'absence de paiement direct par l'utilisateur. C'est un exemple de tiers payant et un mode de financement par l'Etat ou un donateur

L'assurance est un tiers payant qui associe un paiement à l'avance avec un « pooling » de risques. Ce « pooling » est efficace s'il couvre une population suffisante. Mais les gens à risque vont cotiser et au contraire les assurances voudront assurer les riches sans problèmes de santé (les deux types de **sélection adverse**). L'obligation limite cette sélection adverse.

2.2 Le financement de l'offre et de la demande

L'offre de soins est constituée par les structures publiques ou privées qui fournissent les soins. Le financement par l'offre est décidé par les autorités sanitaires ou les acteurs privés.

La demande est constituée par l'ensemble des patients, la population ou ses représentants (mutuelles, assurances). Le financement par la demande suit le patient et les autorités ne peuvent agir dessus qu'indirectement par la régulation (sur les prix, les normes,...)

Un service peut être financé par l'offre ou par la demande, ou par les deux dans des proportions variées. Ces deux modes de financements ont des avantages et des inconvénients différents. Il est souvent souhaitable d'équilibrer la part de chacun.

Financement	Par l'offre	Par la demande
Exemples	Investissement publics Dotations budgétaires	Remboursement Tiers payants Bon d'achats
Avantages	Planifier selon les besoins Utilise des indicateurs de qualité plus sophistiqués Equité, accessibilité Plus facilement contrôlable	Suit le patient-Crée des droits Pression sur la qualité Liens avec l'activité Dépenses de fonctionnement Concurrence public-privé
Inconvénients	Sur-capacités Sous-utilisation Problème de timing Vulnérabilité politique	Risque inflationniste Le patient mal informé Dérive commerciale Renforce les inégalités
Outils de régulation	Numerus clausus Carte sanitaires ONDAM	Ticket modérateur-avance Conventionnement Contractualisation

Les bailleurs et l'Etat privilégient souvent l'offre qu'ils peuvent plus facilement contrôler mais cela risque de créer des services qui sont peu ou mal utilisés si la demande ne suit pas. Le financement par la demande peut être inflationniste si les modes de régulations ne sont pas bien utilisés

2.3 Les différents types de financement par la demande

Le paiement direct par le patient peut se faire par **actes** ou par **forfaits** (traitement de l'ensemble de l'épisode d'une maladie).

Le **pré-paiements** est un paiement par le patient en avance d'un événement considéré comme certains (naissance après le mariage, soins d'un enfant au moment de l'accouchement). Il n'y a pas de pooling de risques

Les **Mutuelles** sont des Tiers payant gérés par des associations sur une base volontaires mais les cotisants peuvent être les patients mais aussi l'ensemble du village. Il y a un pooling de risques puisque ceux qui seront malades recevront davantage que ce qui aura la chance de ne pas l'être.

Les **Assurances** sont des Tiers payant en général géré par des sociétés privées lucratives et qui s'adressent plutôt au secteur formel, mais le choix d'une assurance est volontaire même si le principe d'une assurance est obligatoire (assurance automobile par exemple).

La **Sécurité sociale** est un Tiers payant qui est obligatoire, qui a une vocation universelle, et qui est public et/ou associatif.

Dans cette « hiérarchie », l'étendue de la couverture augmente ainsi que le degré de solidarité. Mais les différents modèles peuvent coexister pour des risques et des populations différentes.

2.4 Les différents types de fonds

Les financements extérieurs se font souvent selon la logique d'un projet où l'on peut distinguer les **ressources** qui permettent d'effectuer une **activité** qui permet d'obtenir une certaine performance mesurée par des **indicateurs** pour toucher des **personnes**. On peut définir ainsi différents types de fonds.

Types de fonds	Fonds d'appui	Fonds d'achat	Fds performance	Fonds d'équité
Objet	Ressources	Services Activités	Indicateurs	Personnes
Sélection	Selon les besoins	Paquets de base	Priorité de santé publique	Critères d'indigence
Couverture	Complément budget Etat	Paquet complet sauf ticket Modt	Complément budget de l'État	Paquet complet
Mécanisme	Renforcement de l'offre	Financement de la demande	Orientation de l'offre	Financement de la demande

3. Vers un petit lexique

D'autres termes ont été utilisés pendant l'atelier et ont fait l'objet de discussions. Il existe nombreuses définitions mais nous avons du souvent établir une terminologie pour clarifier le débat. Voici quelques exemples.

Accréditation : Une structure est reconnue par un organisme (assurance, entreprise) pour prendre en charge les soins des personnes dont il est responsable.

Achat de service : Paiement de la totalité du coût du service

Bon d'achat : « Voucher » titre qui donne droit à un service ou un produit (bon alimentaire)

« **Bench Marking** » : comparaison avec les caractéristiques d'autres activités similaires

Carte sanitaire : Répartition géographique de l'offre de soins selon des critères précis

Catastrophiques (dépenses). Quand les ménages consacrent 40% de leurs revenus à une dépense de soins selon l'OMS

Certification : Une instance normative (Etat) certifie que les conditions minimales sont remplies

Dotation globale : Allocation de fonds selon une négociation d'ensemble (souvent selon les budgets antérieurs avec un % d'augmentation)

Efficacité : ratio de réalisation des objectifs ou Effets/Coûts

Efficience : utilisation des ressources pour réaliser une activité, Activité/Coûts

Fonctionnement : Dépenses récurrentes pour l'activité d'un service

Gratuité : Paiement autre que par l'utilisateur

Investissement : Dépenses qui produisent leurs bénéfices plus tard (à la différence de consommation dont le bénéfice est lié à la destruction)

Macro économie : Relations entre les grands agrégats (PIB, Revenu national)

Micro économie : Relations entre les acteurs économiques (une entreprise, un client)

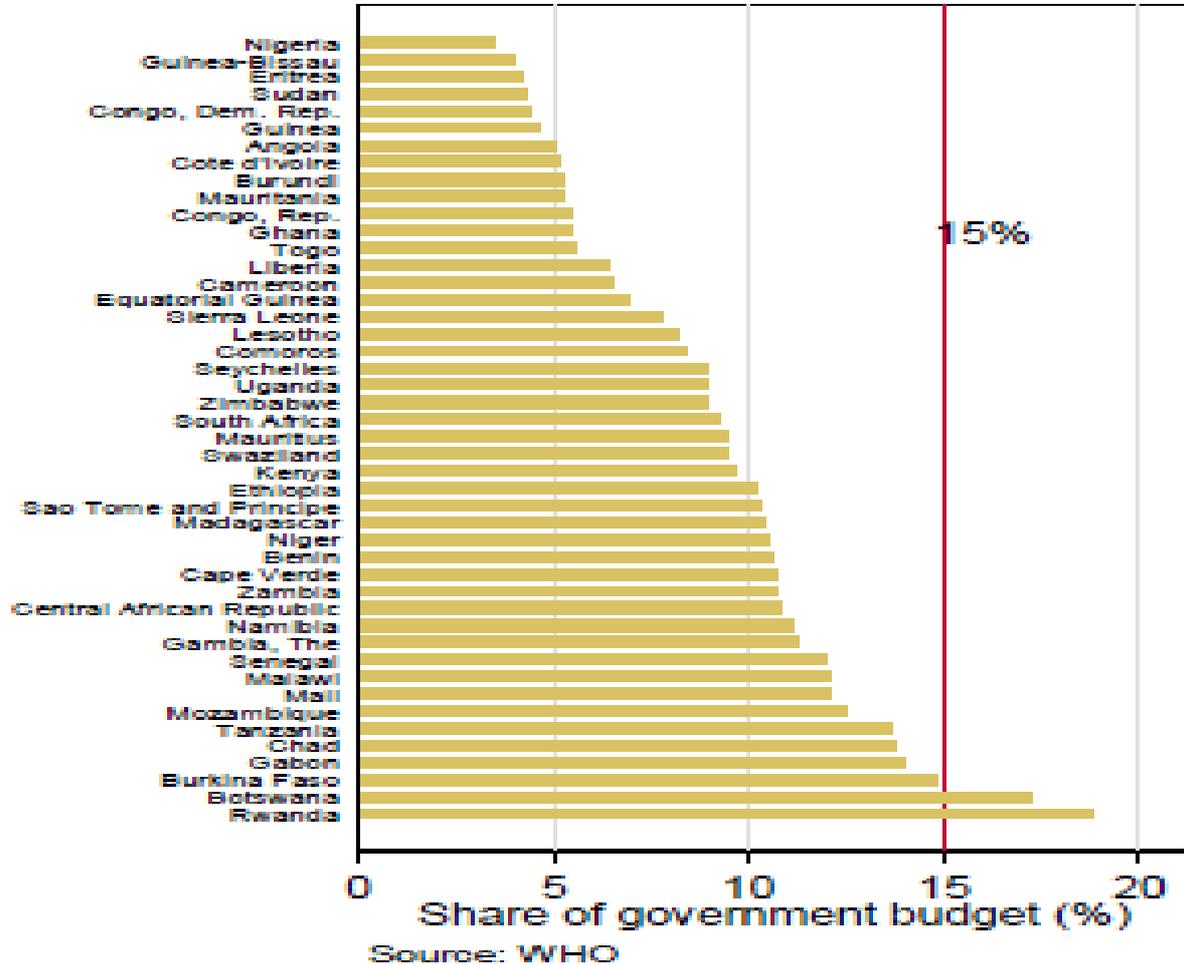
Paiements directs : Paiement par l'utilisateur du service

Paiements indirects : Paiement par l'intermédiaire d'un autre (un tiers)

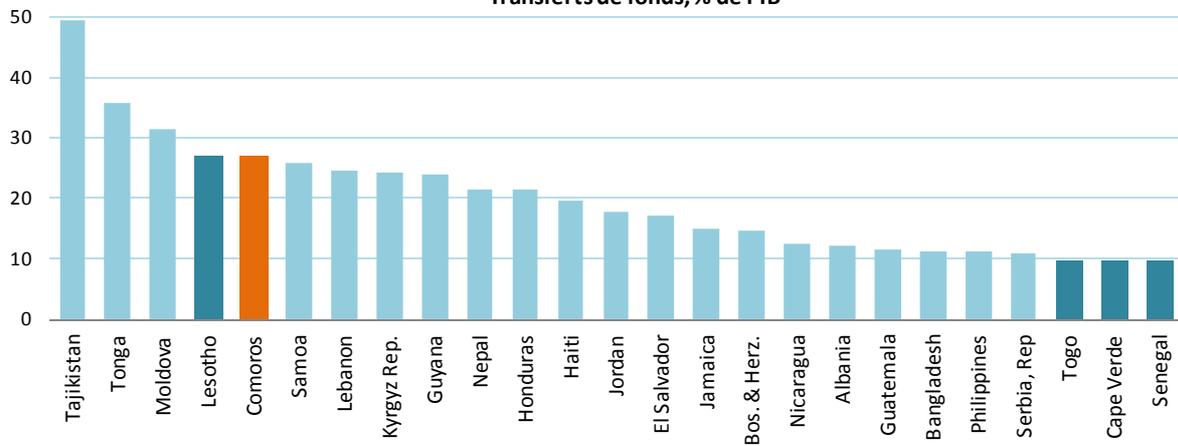
Performance : Amélioration des indicateurs d'indicateurs à la fois qualitatifs et quantitatifs.....

4. Comparaisons internationales (santé dans le budget, transferts)

Health share of government budget in sub-Saharan Africa, 2007



Transferts de fonds, % de PIB

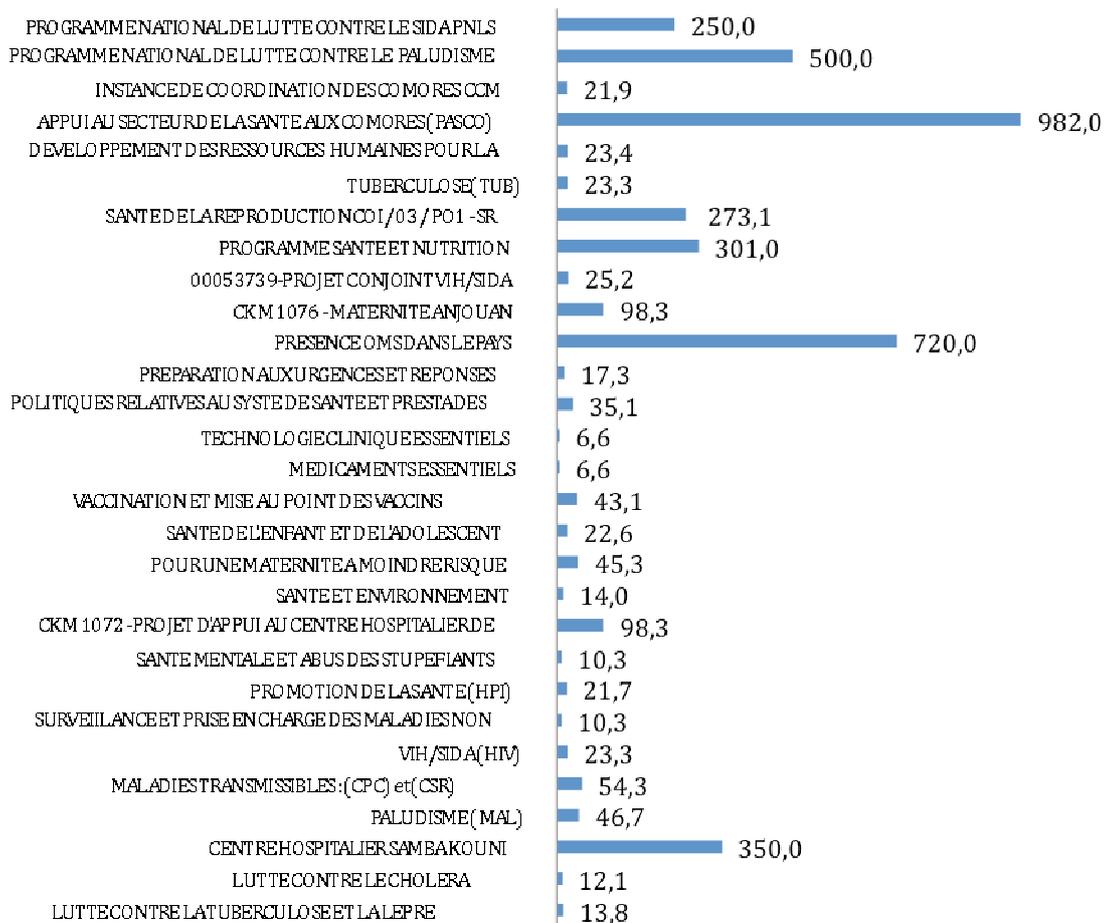


5. Programme d'investissement public dans le secteur de la santé 2011

Programme Investissement Public du secteur santé 2011

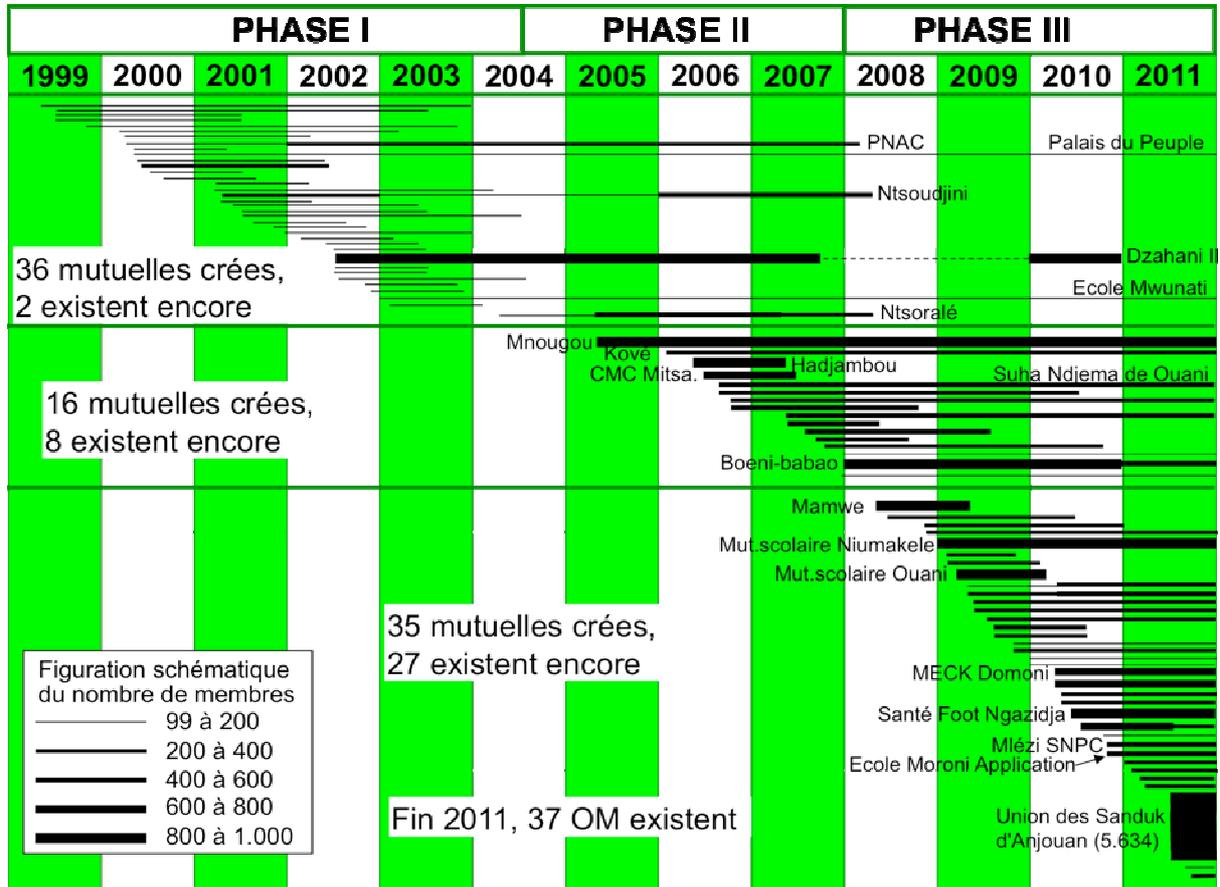
(source Commissariat Général au Plan)

■ en M de FC



6. Liste des caractéristiques des principales Mutuelles de santé

Tableau extrait du rapport de Christian Dessailly 2012 :

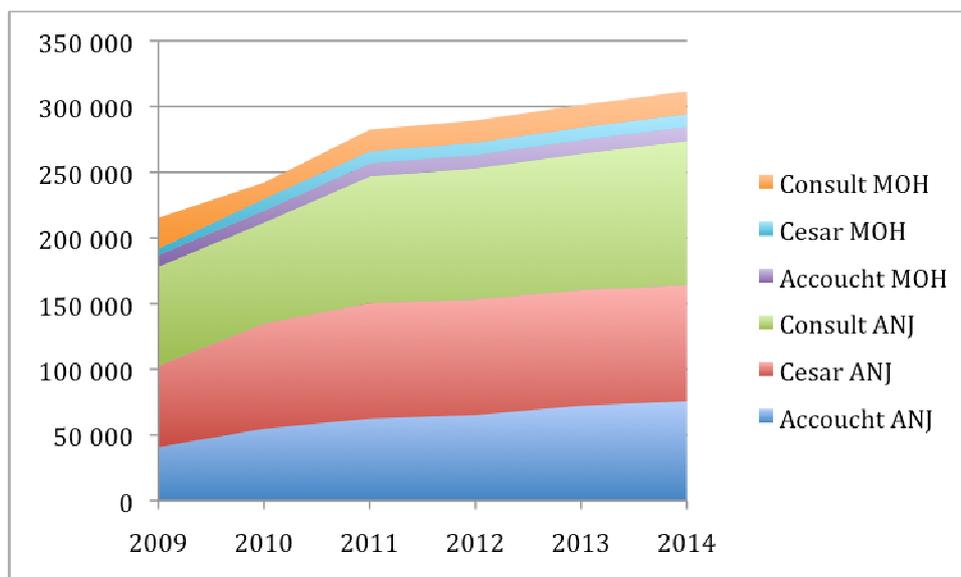


Dénomination	Île	Année de création	Nombre de bénéficiaires	Prestations				Prestataires	
				Ambulatoire	Hospit.	Chirurgie	Maternité	Publics	Privés
Mutuelle villageoise de Mnougou	Ngazidja	2006	945	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle villageoise de Ngolé	Ngazidja	2006	248	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle villageoise de Kové	Ngazidja	2006	367	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle villageoise de Bibavou	Ngazidja	2009	724	-	50%	50%	50%	X	
MV de Boéni Bambao	Ngazidja	2008	990	-	Franchise	Franchise	100%	X	
Mutuelle communautaire Itsamia	Mohéli	2010	388	-	100%	50%	50%	X	
Mutuelle communautaire Itsinkoundi	Ngazidja	2009	230	-	Franchise	Franchise	100%	X	
Mutuelle communautaire Didimnougou	Ngazidja	2009	349	-	50%	50%	50%	X	
Nioumazaha Mvoumbari	Ngazidja	2011		-	100%	100%	100%	X	
Suha Djema	Anjouan	2006	500	50%	100%	100%	100%	X	X
Palais du Peuple	Ngazidja	2000	131	-	100%	100%	100%	X	
ORTC	Ngazidja	2001		-	100%	100%	100%	X	
Union des Sanduck d'Anjouan	Anjouan	2011	5.634	-	100%	100%	100%	X	
SNAC	Anjouan	2007	301	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle d'entreprise Nassib	Ngazidja	2008	195	Franchise	100%	100%	100%	X	X
Mutuelle d'entreprise OMIFC	Ngazidja	2009	324	Franchise	100%	100%	100%	X	X
Mutuelle d'entreprise SECURICOM	Ngazidja	2010	348	Franchise	100%	100%	50%	X	
Mutuelle d'entreprise SNPC	Ngazidja	2010	651	Franchise	100%	100%	100%	X	
Mutuelle d'entreprise MSEA	Anjouan	2010	409	50%	100%	100%	100%	X	X
MECK Domoni	Anjouan	2010	535	50%	100%	100%	100%	X	X
Sanduck Nioumachoua	Mohéli	2010	114	50%	100%	50%	50%	X	
Union des Sanduck de Mohéli	Mohéli	2010	648	50%	100%	50%	50%	X	
Santé foot Anjouan	Anjouan	2011			Accidents 100%		-	X	
Santé foot Ngazidja	Ngazidja	2010	905		Accidents 100%		-	X	
Mutuelle scolaire Mouinat	Ngazidja	2003	193	50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire SNEF	Anjouan	2009	170	50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire Ouani	Anjouan	2009		50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire Mutsamudu	Anjouan	2011	463	50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire MSSN	Anjouan	2009	1.089	50%	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire IQRA & ECRF	Mohéli	2010	796	50%	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Ntsaouéni	Ngazidja	2008	145	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Hahaya	Ngazidja	2009	216	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Chomoni	Ngazidja	2010	174	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Djomani	Ngazidja	2009	339	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Ivémbéni	Ngazidja	2009	305	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Chamlé	Ngazidja	2010	171	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Moroni Application	Ngazidja	2010	456	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Ouzioini	Ngazidja	2011		-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Mitsamiouli	Ngazidja	2011		-	100%	100%	-	X	
Mutuelle de la Douane	Ngazidja	2008	710	50%	50%	-	-		X
TOTAL			20.163						

7. Modèle de calcul prévisionnel du coût d'un financement d'un paquet de santé de base

Le modèle excel se base sur les données disponibles (en rouge) pour les districts de Mohéli et d'Anjouan. Les chiffres en noir sont les projections à partir de ces données selon différentes hypothèses (en bleu). On peut faire varier ces hypothèses (en matière de prix, de taux de césarienne, taux de couverture et de taux de consultation). Le taux de couverture est le pourcentage d'accouchements assistés. Le taux de contacts est le nombre de consultation par an et par habitant. Le prix de la consultation est fixé à 1,5 euro, celui de l'accouchement à 10 et la césarienne à 80 euros. A titre d'exemple, voici un premier résultat sur les prévisions de quelques activités (Consultations, Accouchements, Césariennes) et de leurs coûts en Euro. Il s'agit bien d'ordre de grandeur.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Accoucht ANJ	40 810	54 800	62 451	65 234	72 363	75 863
César ANJ	61 846	80 000	88 000	88 000	88 000	88 000
Consult ANJ	75 336	76 843	96 332	99 732	103 787	109 961
Accoucht MOH	8 880	9 058	9 964	10 163	10 367	10 574
César MOH	4 855	9 063	9 244	9 429	9 617	9 810
Consult MOH	23 559	12 368	16 430	16 759	17 094	17 436



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anjouan						
Tx couverture Accoucht	0,37	0,46	0,51	0,52	0,57	0,59
Tx césarienne	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,08
Tx contacts	0,18	0,17	0,21	0,21	0,22	0,23
Moheli						
Tx couvert Accoucht	0,47	0,56	0,60	0,60	0,60	0,60
Tx césarienne	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Tx contacts	0,19	0,20	0,27	0,27	0,27	0,27
Tx croissance Population		2%	2%	2%	2%	2%
Tx naissance attendues	4%	4%	4%	4%	4%	4%

8. Indications bibliographiques

Documents nationaux

1. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2010, Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Promotion du Genre, Union des Comores.
2. Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRP), Commissariat Général au Plan, Présidence de l'Union des Comores, septembre 2009.
3. Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2010-2014. Rapport de synthèse de la revue de première année de mise en œuvre. Union des Comores, 2010.
4. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la santé (2010-2015). MSSPG, Union des Comores, Janvier 2010.
5. Schéma directeur de finance inclusive aux Comores (SD-FIC), plan d'actions 2011-2015, draft officiel. Vice présidence chargée du Ministère des Finances, de l'économie, du budget, de l'investissement et du commerce extérieur, chargé des privatisations, septembre 2011.
6. Pauvreté, Inégalité et Marché du Travail dans l'Union des Comores, Eléments d'Analyse Fondés sur l'Enquête Intégrale Au près des Ménages de 2004. Décembre 2005.
7. Loi de Finances 2005 et Loi de Finances 2006, Ministère des Finances et du Budget, Direction Nationale du Budget, janvier 2005.
8. Aide mémoire du Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS), revue annuelle des programmes du secteur de la santé. Commissariat Général au Plan, Présidence de l'Union des Comores. Décembre 2010.
9. Les transferts de fonds des migrants, un enjeu de développement, Comores, Mali, Maroc et Sénégal, Banque Africaine de Développement, octobre 2007.
10. Impact des transferts de fonds extérieurs sur la pauvreté aux Comores. Y. Imante. Octobre 2008.
11. Remittances to Comoros, Vincent Da Cruz, working paper, june 2003.
12. Projet d'urgence en réponse aux crises, Fonds d'Appui au Développement Communautaire (FADC), cadre politique de réinstallation, Secrétariat Exécutif National, Union des Comores, août 2010.
13. Rapport de fin de mise en oeuvre du projet santé aux Comores (Implementation completion report), Banque Mondiale, décembre, 2004.
14. Aide mémoire de la mission de supervision du projet Santé III (financement BM). Janvier 2004.
15. Rapport de statistiques 2010 et de statistiques 2011, CARITAS Moroni.
16. Programme Pays pour le travail décent, Union des Comores, 2010-2013.
17. Aide Mémoire de la mission préliminaire d'appui au secteur de la protection sociale de l'Union des Comores, Moroni du 19 au 26 mars 2011.
18. Etude de faisabilité d'un programme de santé aux Comores, rapport final, Alter.
19. Etude du contexte PNAC et finalisation du DAO pour la dotation PASCO des hôpitaux, ALTER-AEDES-PASCO. draft octobre 2010.
20. Analyse organisationnelle et institutionnelle de la PNAC pour une proposition d'organigramme et de statut adaptés, gestion de la dotation, ALTER-AEDES-PASCO, juin-juillet 2011.
21. Maria Paola Bertone Evaluation de l'approche performance dans le cadre du PASCO Novembre 2011
22. Leo Devillé, Marc Reveillon Evaluation mi-parcours du projet PASCO 2011
23. Appui à l'extension des mutuelles dans les îles d'Anjouan et Mohéli, CIDR, rapport d'étape à fin 2010.
24. Note de synthèse des activités au 30/06/2011 sur l'intervention du CIDR, comité de pilotage du PASCO du 28 juillet 2011.
25. Christian Dessailain Evaluation des projets de mutuelles du CIDR 1999-2011

Bibliographie internationale

1. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle, Rapport sur la santé dans le monde, OMS. 2010.
2. La réforme des systèmes de santé, Bruno Palier, PUF, 2004.
3. Assessing Public expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective, HNP, The World Bank, february 2010.
4. To retain or Remove Users Fees? Reflections on the current debate. Banque Mondiale. Août 2005.
5. Health financing revisited, P. Gottret, The World Bank, 2006.
6. Good practice in health financing, lessons from reforms in low and middle income countries, P.Gottret, 2008.



PREPARATION D'UN DOCUMENT DE STRATEGIE DE FINANCEMENT



Comment canaliser le carburant du système de santé ?

L'INTEGRATION ET LA CONVERGENCE DES MECANISMES DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

JANVIER 2012

ANNEXES

Philippe VINARD
Anne Claire HAYE
Dimitri BIOT

TABLE DES ANNEXES

1	Liste des personnes rencontrées	3
2	Clarification sur quelques concepts.....	6
2.1	<i>Les principes du Tiers payant.....</i>	6
2.2	<i>Le financement de l'offre et de la demande</i>	6
2.3	<i>Les différents types de financement par la demande</i>	7
2.4	<i>Les différents types de fonds</i>	8
3	Vers un petit lexique	8
4	La place de la santé dans le budget de l'Etat et son évolution.....	10
5	Programme d'investissement public dans le secteur de la santé 2011	11
6	Liste des caractéristiques des principales Mutuelles de santé.....	12
7	Présentation powerpoint.....	13
8	Modèle de calcul prévisionnel du coût d'un financement d'un paquet de santé de base.....	14
9	Ebauche de Termes de références pour une enquête anthropologique sur le parcours de soins dans le secteur privé.....	15
10	Ebauche des Termes de référence pour une mission d'appui aux systèmes d'assurance maladie développés par des entreprises.....	17
11	Indications bibliographiques.....	19

Annexes

1 Liste des personnes rencontrées

MINISTERE DE LA SANTE

Cabinet du Ministre

Mr Abdoufatah BOINA Directeur de cabinet

Protocole

Mr CHOUAIBOU Responsable du Protocole

Direction des Affaires administratives

Directeur

Direction de la Planification

Mr Ahamada Ali GODA Directeur

Direction Nationale de la Santé

Dr Younoussa Assoumani Directeur

Direction des Etablissements Publics et des Soins Privés

Dr Ahmada Said FAZUL Directeur DSPP

Mme Kamaria AHAMADA Responsable du Service de la tutelle hospitalière

PNLS

Dr Ahmed ABDALLAH Directeur

Commissaire de la santé d'Anjouan

Commissaire de la santé de Mohéli

Directeur régional de la Santé de Mohéli

MINISTERE DES FINANCES

Direction du Budget

Said MHAMADI Directeur

Directeur des Douanes

Aboulaye MAOULANA Responsable de la mutuelle

Caisse de retraite CRC

Abdihi MOUIGNI Directeur

Mme Kamaliddine Fatima Directeur adjoint

MINISTERE DU PLAN

Soali hy Directeur de cabinet

Mlle Djarmati Djamal Point focal santé

Responsable des statistiques

MINISTERE DU TRAVAIL

M Toulabi Secrétaire général

Aadi OMAR Directeur du travail

Responsable de la CNPS

FORMATIONS SANITAIRES

Hôpital de Hombo

Dr Abdillah SIDI Directeur Général du CHR

Hôpital de El Maarouf

Mounsuf Mohammed Directeur

Hôpital de Mitsamiouli

Azadinou Bacar Directeur

Gestionnaire

Responsable du SIS

Hôpital de Domoni

PASCO - Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores

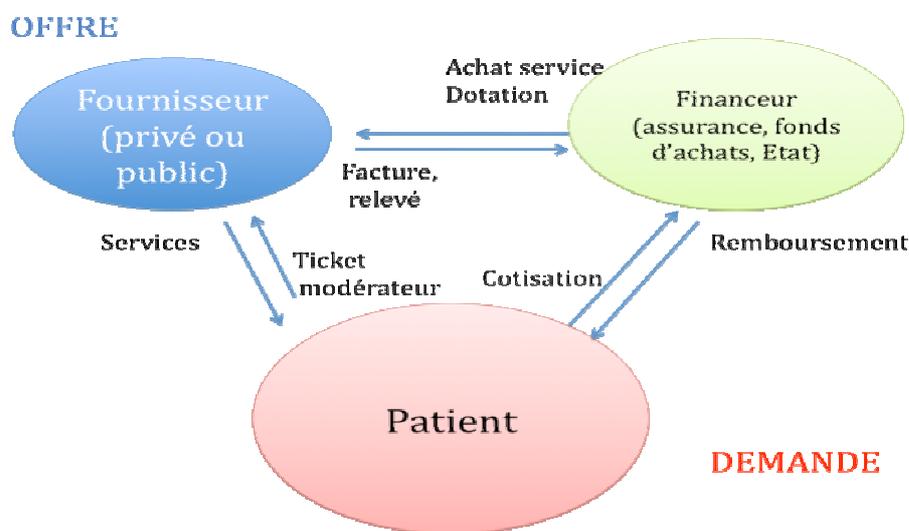
Mme Ania MOHAMED ISSA	Chef de Projet
Mr Alain FOREST	Directeur du Projet
Mr Jean-Pierre ALLUARD	Expert en management hospitalier
Dr Robert CAMBERLIN	Gynécologue

2 Clarification sur quelques concepts

Les oppositions pour l'élaboration d'une stratégie sont souvent une querelle de mots. Dans certains cas, des consensus peuvent être atteints par une simple clarification.

2.1 Les principes du Tiers payant

Dans le domaine de la santé, il arrive fréquemment que celui qui reçoit un service (un soin par exemple) n'est pas celui qui le paye. Il existe donc un TIERS qui joue le rôle de financeur.



Cette relation à trois s'articule autour d'un certain nombre de liens possibles. Le patient peut faire l'avance du paiement et se faire rembourser. Le financeur peut payer directement les factures à la structure sanitaire ou l'appuyer sous la forme de **dotation globale** ou par **des achats de services**.

Le tiers payant a des effets vertueux (en particulier en facilitant l'accès) mais aussi des effets pervers en particulier celui d'utiliser davantage des services qu'on ne paye pas directement (**risque moral**). Le **ticket modérateur** peut limiter le risque moral. La gratuité est l'absence de paiement direct par l'utilisateur. C'est un exemple de tiers payant et un mode de financement par l'Etat ou un donateur

L'assurance est un tiers payant qui associe un paiement à l'avance avec un « pooling » de risques. Ce « pooling » est efficace s'il couvre une population suffisante. Mais les gens à risque vont cotiser et au contraire les assurances voudront assurer les riches sans problèmes de santé (les deux types de **sélection adverse**). L'obligation limite cette sélection adverse.

2.2 Le financement de l'offre et de la demande

L'offre de soins est constituée par les structures publiques ou privées qui fournissent les soins. Le financement par l'offre est décidé par les autorités sanitaires ou les acteurs privés.

La demande est constituée par l'ensemble des patients, la population ou ses représentants (mutuelles, assurances). Le financement par la demande suit le patient et les autorités ne peuvent agir dessus qu'indirectement par la régulation (sur les prix, les normes,...)

Un service peut être financé par l'offre ou par la demande, ou par les deux dans des proportions variées. Ces deux modes de financements ont des avantages et des inconvénients différents. Il est souvent souhaitable d'équilibrer la part de chacun.

Financement	Par l'offre	Par la demande
Exemples	Investissement publics Dotations budgétaires	Remboursement Tiers payants Bon d'achats
Avantages	Planifier selon les besoins Utilise des indicateurs de qualité plus sophistiqués Equité, accessibilité Plus facilement contrôlable	Suit le patient-Crée des droits Pression sur la qualité Liens avec l'activité Dépenses de fonctionnement Concurrence public-privé
Inconvénients	Sur-capacités Sous-utilisation Problème de timing Vulnérabilité politique	Risque inflationniste Le patient mal informé Dérive commerciale Renforce les inégalités
Outils de régulation	Numerus clausus Carte sanitaires ONDAM	Ticket modérateur-avance Conventionnement Contractualisation

Les bailleurs et l'Etat privilégient souvent l'offre qu'ils peuvent plus facilement contrôler mais cela risque de créer des services qui sont peu ou mal utilisés si la demande ne suit pas. Le financement par la demande peut être inflationniste si les modes de régulations ne sont pas bien utilisés

2.3 Les différents types de financement par la demande

Le paiement direct par le patient peut se faire par **actes** ou par **forfaits** (traitement de l'ensemble de l'épisode d'une maladie).

Le **pré-paiements** est un paiement par le patient en avance d'un événement considéré comme certains (naissance après le mariage, soins d'un enfant au moment de l'accouchement). Il n'y a pas de pooling de risques

Les **Mutuelles** sont des Tiers payant gérés par des associations sur une base volontaires mais les cotisants peuvent être les patients mais aussi l'ensemble du village. Il y a un pooling de risques puisque ceux qui seront malades recevront davantage que ce qui aura la chance de ne pas l'être.

Les **Assurances** sont des Tiers payant en général géré par des sociétés privées lucratives et qui s'adressent plutôt au secteur formel, mais le choix d'une assurance est volontaire même si le principe d'une assurance est obligatoire (assurance automobile par exemple).

La **Sécurité sociale** est un Tiers payant qui est obligatoire, qui a une vocation universelle, et qui est public et/ou associatif.

Dans cette « hiérarchie », l'étendue de la couverture augmente ainsi que le degré de solidarité. Mais les différents modèles peuvent coexister pour des risques et des populations différentes.

2.4 Les différents types de fonds

Les financements extérieurs se font souvent selon la logique d'un projet où l'on peut distinguer les **ressources** qui permettent d'effectuer une **activité** qui permet d'obtenir une certaine performance mesurée par des **indicateurs** pour toucher des **personnes**. On peut définir ainsi différents types de fonds.

3 Vers un petit lexique

Types de fonds	Fonds d'appui	Fonds d'achat	Fds performance	Fonds d'équité
Objet	Ressources	Services Activités	Indicateurs	Personnes
Sélection	Selon les besoins	Paquets de base	Priorité de santé publique	Critères d'indigence
Couverture	Complément budget Etat	Paquet complet sauf ticket Modt	Complément budget de l'Etat	Paquet complet
Mécanisme	Renforcement de l'offre	Financement de la demande	Orientation de l'offre	Financement de la demande

D'autres termes ont été utilisés pendant l'atelier et ont fait l'objet de discussions. Il existe nombreuses définitions mais nous avons du souvent établir une terminologie pour clarifier le débat. Voici quelques exemples.

Accréditation : Une structure est reconnue par un organisme (assurance, entreprise) pour prendre en charge les soins des personnes dont il est responsable.

Achat de service : Paiement de la totalité du coût du service

Bon d'achat : « Voucher » titre qui donne droit à un service ou un produit (bon alimentaire)

« **Bench Marking** » : comparaison avec les caractéristiques d'autres activités similaires

Carte sanitaire : Répartition géographique de l'offre de soins selon des critères précis

Catastrophiques (dépenses). Quand les ménages consacrent 40% de leurs revenus à une dépense de soins selon l'OMS

Certification : Une instance normative (Etat) certifie que les conditions minimales sont remplies

Dotation globale : Allocation de fonds selon une négociation d'ensemble (souvent selon les budgets antérieurs avec un % d'augmentation)

Efficacité : ratio de réalisation des objectifs ou Effets/Coûts

Efficience : utilisation des ressources pour réaliser une activité, Activité/Coûts

Fonctionnement : Dépenses récurrentes pour l'activité d'un service

Gratuité : Paiement autre que par l'utilisateur

Investissement : Dépenses qui produisent leurs bénéfices plus tard (à la différence de consommation dont le bénéfice est lié à la destruction)

Macro économie : Relations entre les grands agrégats (PIB, Revenu national)

Micro économie : Relations entre les acteurs économiques (une entreprise, un client)

Paiements directs : Paiement par l'utilisateur du service

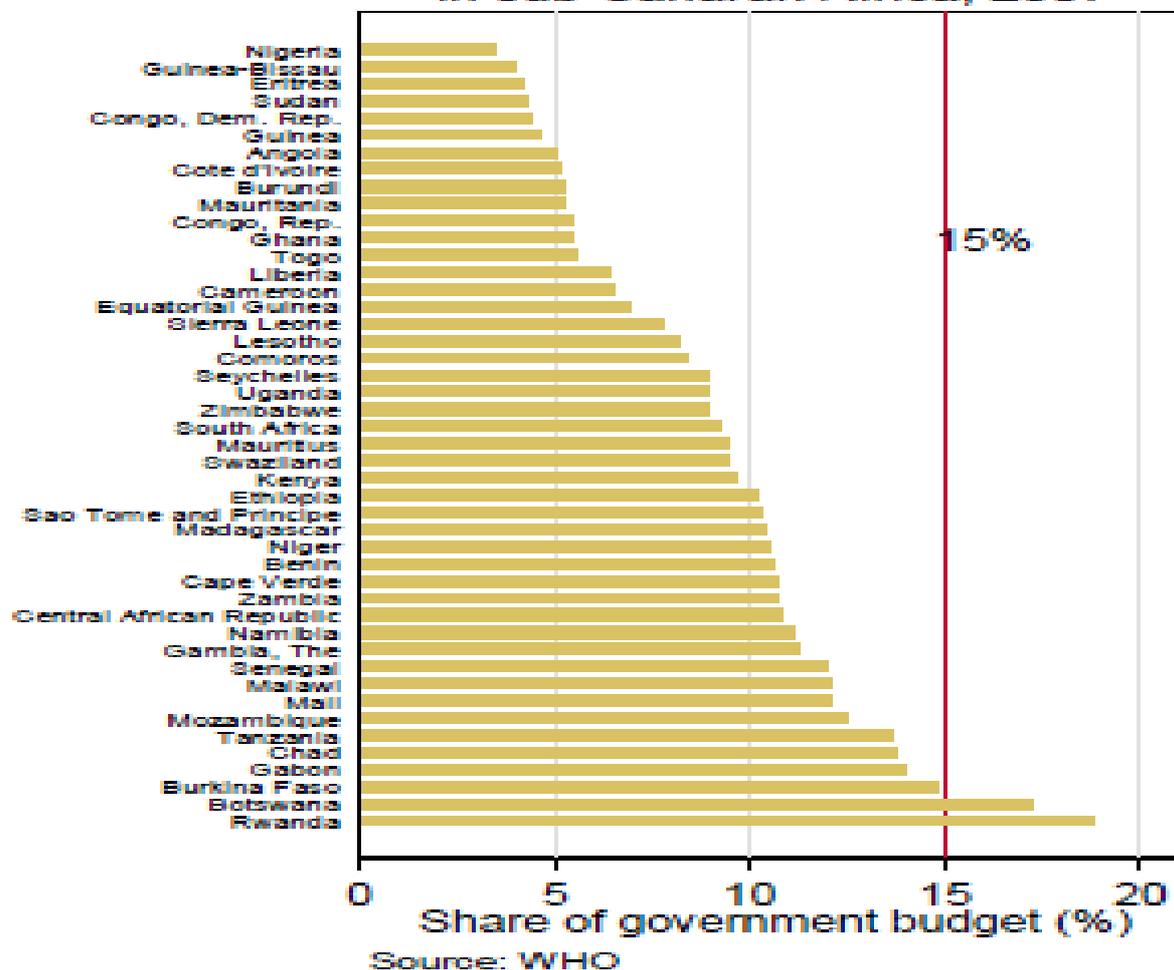
Paiements indirects : Paiement par l'intermédiaire d'un autre (un tiers)

Performance : Amélioration des indicateurs d'indicateurs à la fois qualitatifs et quantitatifs

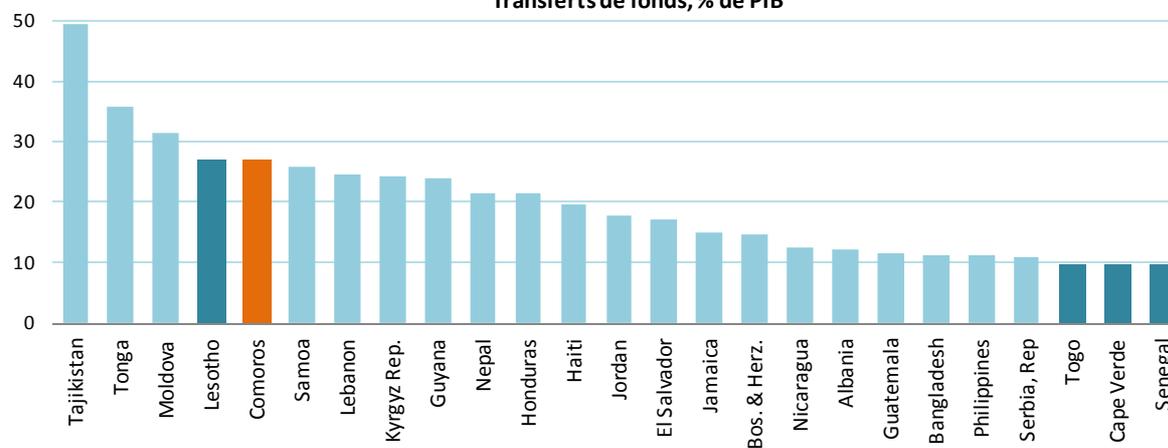
.....

4 Comparaisons internationales (santé dans le budget, transferts)

Health share of government budget in sub-Saharan Africa, 2007



Transferts de fonds, % de PIB

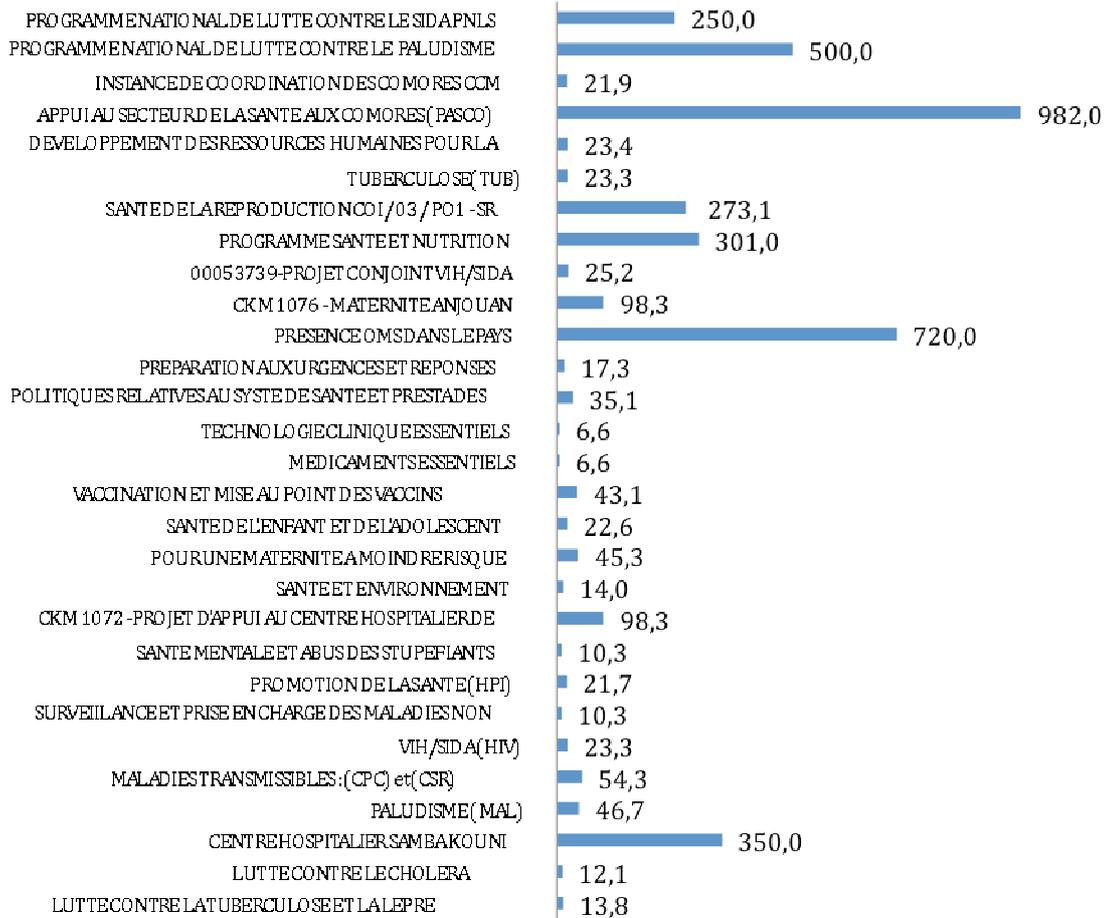


5 Programme d'investissement public dans le secteur de la santé 2011

Programme Investissement Public du secteur santé 2011

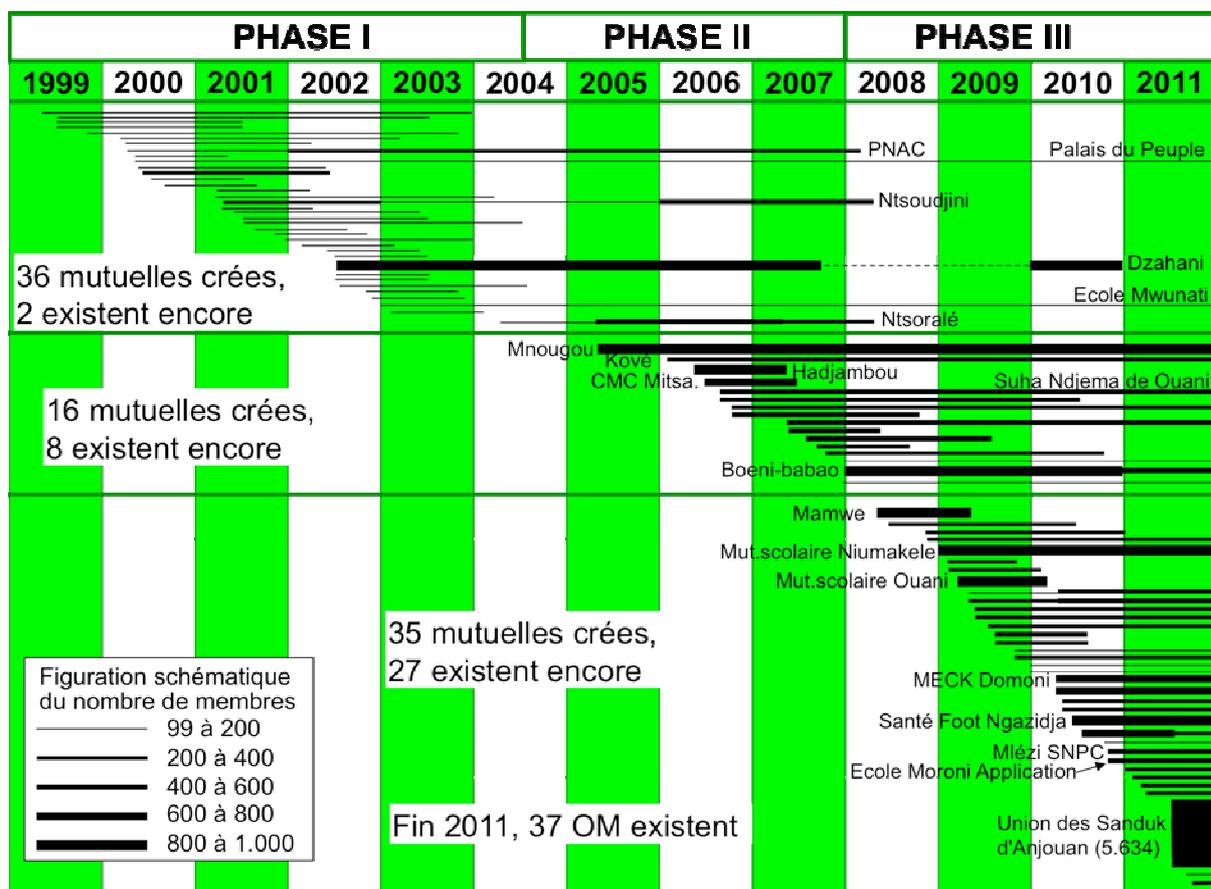
(source Commissariat Général au Plan)

■ en M de FC



6 Liste des caractéristiques des principales Mutuelles de santé

Tableau extrait du rapport de Christian Dessailly 2012 :



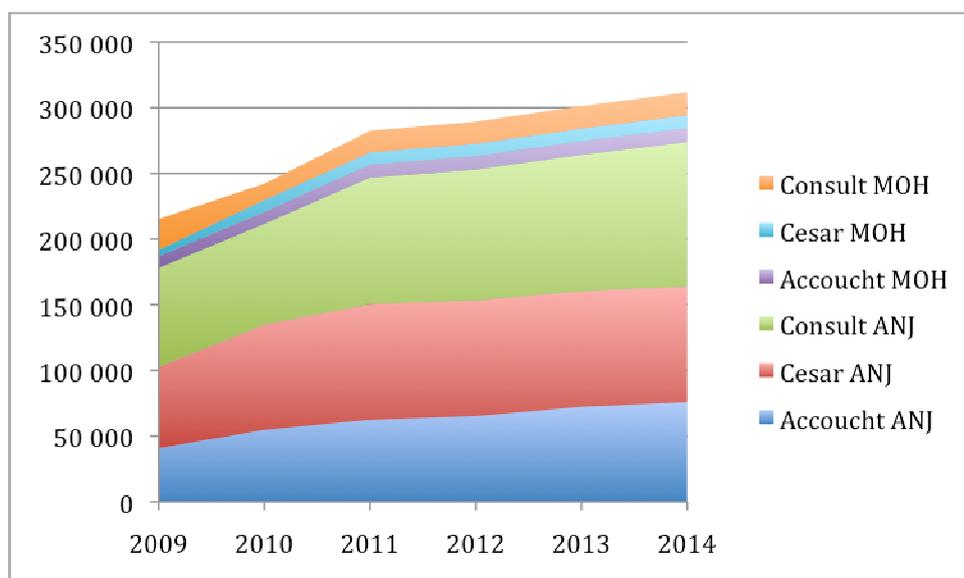
Dénomination	Île	Année de création	Nombre de bénéficiaires	Prestations				Prestataires	
				Ambulatoire	Hospit.	Chirurgie	Maternité	Publics	Privés
Mutuelle villageoise de Mougou	Ngazidja	2006	945	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle villageoise de Ngolé	Ngazidja	2006	248	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle villageoise de Kové	Ngazidja	2006	367	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle villageoise de Bibavou	Ngazidja	2009	724	-	50%	50%	50%	X	
MV de Boéni Bambao	Ngazidja	2008	990	-	Franchise	Franchise	100%	X	
Mutuelle communautaire Itsamia	Mohéli	2010	388	-	100%	50%	50%	X	
Mutuelle communautaire Itsinkoundi	Ngazidja	2009	230	-	Franchise	Franchise	100%	X	
Mutuelle communautaire Didimoungou	Ngazidja	2009	349	-	50%	50%	50%	X	
Nioumazaha Mvoumbari	Ngazidja	2011		-	100%	100%	100%	X	
Suha Djema	Anjouan	2006	500	50%	100%	100%	100%	X	X
Palais du Peuple	Ngazidja	2000	131	-	100%	100%	100%	X	
ORTC	Ngazidja	2001		-	100%	100%	100%	X	
Union des Sanduck d'Anjouan	Anjouan	2011	5.634	-	100%	100%	100%	X	
SNAC	Anjouan	2007	301	-	100%	100%	100%	X	
Mutuelle d'entreprise Nassib	Ngazidja	2008	195	Franchise	100%	100%	100%	X	X
Mutuelle d'entreprise OMIFC	Ngazidja	2009	324	Franchise	100%	100%	100%	X	X
Mutuelle d'entreprise SECURICOM	Ngazidja	2010	348	Franchise	100%	100%	50%	X	
Mutuelle d'entreprise SNPC	Ngazidja	2010	651	Franchise	100%	100%	100%	X	
Mutuelle d'entreprise MSEA	Anjouan	2010	409	50%	100%	100%	100%	X	X
MECK Domoni	Anjouan	2010	535	50%	100%	100%	100%	X	X
Sanduck Nioumachoua	Mohéli	2010	114	50%	100%	50%	50%	X	
Union des Sanduck de Mohéli	Mohéli	2010	648	50%	100%	50%	50%	X	
Santé foot Anjouan	Anjouan	2011			Accidents 100%		-	X	
Santé foot Ngazidja	Ngazidja	2010	905		Accidents 100%		-	X	
Mutuelle scolaire Mouinat	Ngazidja	2003	193	50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire SNEF	Anjouan	2009	170	50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire Ouani	Anjouan	2009		50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire Mutsamudu	Anjouan	2011	463	50%	100%	100%	-	X	X
Mutuelle scolaire MSSN	Anjouan	2009	1.089	50%	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire IQRA & ECRF	Mohéli	2010	796	50%	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Ntsaouéni	Ngazidja	2008	145	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Hahaya	Ngazidja	2009	216	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Chomoni	Ngazidja	2010	174	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Djomani	Ngazidja	2009	339	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Ivémbéni	Ngazidja	2009	305	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Chamlé	Ngazidja	2010	171	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Moroni Application	Ngazidja	2010	456	-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Ouzioini	Ngazidja	2011		-	100%	100%	-	X	
Mutuelle scolaire Mitsamiouli	Ngazidja	2011		-	100%	100%	-	X	
Mutuelle de la Douane	Ngazidja	2008	710	50%	50%	-	-		X
TOTAL			20.163						

7 Présentation powerpoint

8 Modèle de calcul prévisionnel du coût d'un financement d'un paquet de santé de base

Le modèle excel se base sur les données disponibles (en rouge) pour les districts de Mohéli et d'Anjouan. Les chiffres en noir sont les projections à partir de ces données selon différentes hypothèses (en bleu). On peut faire varier ces hypothèses (en matière de prix, de taux de césarienne, taux de couverture et de taux de consultation). Le taux de couverture est le pourcentage d'accouchements assistés. Le taux de contacts est le nombre de consultation par an et par habitant. Le prix de la consultation est fixé à 1,5 euro, celui de l'accouchement à 10 et la césarienne à 80 euros. A titre d'exemple, voici un premier résultat sur les prévisions de quelques activités (Consultations, Accouchements, Césariennes) et de leurs coûts en Euro. Il s'agit bien d'ordre de grandeur.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Accoucht ANJ	40 810	54 800	62 451	65 234	72 363	75 863
César ANJ	61 846	80 000	88 000	88 000	88 000	88 000
Consult ANJ	75 336	76 843	96 332	99 732	103 787	109 961
Accoucht MOH	8 880	9 058	9 964	10 163	10 367	10 574
César MOH	4 855	9 063	9 244	9 429	9 617	9 810
Consult MOH	23 559	12 368	16 430	16 759	17 094	17 436



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anjouan						
Tx couverture Accoucht	0,37	0,46	0,51	0,52	0,57	0,59
Tx césarienne	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,08
Tx contacts	0,18	0,17	0,21	0,21	0,22	0,23
Moheli						
Tx couvert Accoucht	0,47	0,56	0,60	0,60	0,60	0,60
Tx césarienne	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Tx contacts	0,19	0,20	0,27	0,27	0,27	0,27
Tx croissance Population		2%	2%	2%	2%	2%
Tx naissance attendues	4%	4%	4%	4%	4%	4%

9 Ebauche de Termes de références pour une enquête anthropologique sur le parcours de soins dans le secteur privé.

CONTEXTE

Continuation du travail « Mot pour Maux » avec une méthodologie similaire (approche qualitative, questionnaire indicatif, interviews en profondeur, un document lisible et vivant) mais orienté dans un autre domaine pour préparer des interventions dans le secteur privé à la fin du PASCO 1 et dans PASCO 2.

Un atelier sur le secteur privé a eu lieu en 2010 mais il y a peu d'analyses surtout du point de vue du patient. Des réflexions ont été collectées (dans la préparation du PASCO, dans ce document) mais sans vue d'ensemble.

Il ne s'agit pas de se limiter au « privé pur » mais de voir les interactions entre le privé et le public. L'accent sera mis sur le fonctionnement de cette dichotomie en interrogeant aussi des personnes dans le secteur public.

OBJECTIF GENERAL

Argumenter les orientations possibles pour l'intégration de la pratique privée dans la politique sanitaire d'ensemble et pour les soutenir au travers d'expériences concrètes financés par les bailleurs

OBJECTIFS SPECIQUES

Identifier et comparer les conditions, les motivations et la perception de l'offre privée de soins (qualité, prix, spécialisation des services, conditions, équipements, parcours du personnel, rémunération)

Identifier et comparer les conditions, les motivations et la perception de la demande de soins privés (raison du recours, place au sein du parcours, satisfaction, willingness to pay)

Identifier les facteurs possibles de changement (ouverture pour des PPP, conditions d'une pratique privée officielle dans le service public ou d'une pratique privée officielle par du personnel du secteur public, conditions d'une meilleure réglementation et contrôle)

DEROULEMENT

Enquête sur l'offre auprès de 20 prestataires différents (pharmacies privées, cliniques privées, cabinets privés, pratiques privées informelles)

Enquête sur la demande auprès de 20 patients de type différents (incluant des femmes, des cas graves et chroniques)

Des échantillons diversifiés mais pas parfaitement représentatifs

Elaboration d'un questionnaire ouvert
Test en profondeur du questionnaire
Interviews des acteurs (Etat, société civile, ordres professionnels, syndicats)
Formation des enquêteurs
Depouillement des enquêtes

Un anthropologue sur le terrain pour 3 semaines pour moitié autour de Mutsamundu (Anjouan) et pour moitié autour de Moroni (Grande Comore).

2 assistants locaux à Anjouan et 2 à Moroni pendant 1 mois (un homme et une femme à chaque fois, profil de jeunes diplômés en sciences sociales)

2 semaines de travail de l'anthropologue pour le dépouillement et la rédaction.

10 Ebauche des Termes de référence pour une mission d'appui aux systèmes d'assurance maladie développés par des entreprises.

CONTEXTE

Les caisses internes d'entreprise et les caisses de santé dans l'administration se sont développées de manière empirique à la demande des employés ou à l'initiative des dirigeants et responsables, confrontés à la perte de productivité de leurs employés et aux requêtes financières liées aux problèmes de santé. Les montants semblent considérables en particulier en comparaison avec ceux collectés par les mutuelles communautaires sur lesquels les études ont été concentrées. Ce domaine est peu documenté et les informations sont difficiles à récolter. Il faut donc présenter l'enquête comme un service après des entreprises et elle doit être faite à leur demande.

Les caisses ont démarré leurs activités sans expertise technique, sans étude préalable et en choisissant généralement de couvrir partiellement les soins ambulatoires dans un premier temps, qui leur semblaient être les dépenses de santé les mieux maîtrisables. Elles ont ensuite étendu progressivement le paquet de bénéfices et se trouvent actuellement confrontées au problème d'inflation non maîtrisée des dépenses de santé.

OBJECTIF GENERAL

Appuyer les mutuelles de santé institutionnelles et les caisses santé d'entreprise afin d'améliorer leur fonctionnement en termes d'efficacité et d'efficience.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Identifier les problèmes auxquels les caisses d'entreprise se trouvent confrontées

A des degrés divers, l'ensemble des systèmes internes aux entreprises et aux administrations en matière de couverture maladie se trouvent confrontés à un ensemble de difficultés, notamment:

- Manque de maîtrise des éléments techniques nécessaires à la gestion du risque maladie.
- Inexistence et/ou faiblesse des outils de gestion et de suivi technique du portefeuille de risques.
- Inflation mal contrôlée des dépenses de santé et des coûts de gestion.
- Incapacité à gérer les phénomènes de surconsommation et de fraude.
- Inefficience dans l'utilisation des ressources et dans la gestion des caisses.
- Incapacité à répondre aux nouvelles demandes visant à améliorer la couverture proposée.
- Faible recours ou recours inexistant aux compétences de médecins conseils.
- Faiblesse du processus contractuel avec les prestataires.
- Absence de mécanismes de consolidation financière.

2. Elaborer les solutions techniques appropriées

Sur la base de l'inventaire des difficultés, l'assistance technique proposera des solutions techniques appropriées, qui pourront être développées et mises en oeuvre de manière séparée ou groupées le cas échéant.

L'éventail des possibilités recouvre notamment:

- Formation des responsables au plan technique (surveillance du portefeuille de risques, tenue de la comptabilité, gestion budgétaire, gestion de trésorerie, etc.).
- Elaboration d'outils de gestion et de suivi du portefeuille de risques.
- Amélioration des procédures administratives, comptables et financières.
- Proposition d'améliorations ou de modifications aux contrats passés avec les prestataires.
- Mise en place de processus de suivi et d'évaluation des relations contractuelles.
- Mise en place du recours aux services de médecin conseil.
- Elaboration d'outils de concertation entre assurés et employeurs.
- Etude d'éléments de faisabilité et projections pour le développement de la couverture.

3. Identifier et explorer les potentialités liées à l'externalisation de la gestion du risque maladie

Les entreprises et l'administration consacrent des ressources importantes à l'administration et à la gestion des caisses internes d'assurance maladie, sans que la gestion des systèmes en place s'effectue de manière optimale. La multiplication des expériences de taille réduite favorise notamment la déperdition d'énergie et les goulots d'étranglement.

L'assistance technique analysera les perspectives et les potentiels existants dans l'environnement en vue de l'externalisation de la gestion du risque maladie du secteur, dans l'optique d'une professionnalisation de sa gestion qui permettrait des gains d'efficacité et d'efficience grâce à la réalisation d'économies d'échelle.

DEROULEMENT DE LA MISSION

Identification au préalable de demandes par au moins 3 entreprises

3 semaines d'un consultant ayant une expérience des mutuelles et du secteur privé

1 semaine pour la rédaction d'un rapport

Un échange (par email) particulier avec chacune des entreprises initiatrices

11 Indications bibliographiques

Documents nationaux

1. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2010, Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Promotion du Genre, Union des Comores.
2. Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRP), Commissariat Général au Plan, Présidence de l'Union des Comores, septembre 2009.
3. Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2010-2014. Rapport de synthèse de la revue de première année de mise en œuvre. Union des Comores, 2010.
4. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la santé (2010-2015). MSSPG, Union des Comores, Janvier 2010.
5. Schéma directeur de finance inclusive aux Comores (SD-FIC), plan d'actions 2011-2015, draft officiel. Vice présidence chargée du Ministère des Finances, de l'économie, du budget, de l'investissement et du commerce extérieur, chargé des privatisations, septembre 2011.
6. Pauvreté, Inégalité et Marché du Travail dans l'Union des Comores, Eléments d'Analyse Fondés sur l'Enquête Intégrale Auprès des Ménages de 2004. Décembre 2005.
7. Loi de Finances 2005 et Loi de Finances 2006, Ministère des Finances et du Budget, Direction Nationale du Budget, janvier 2005.
8. Aide mémoire du Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS), revue annuelle des programmes du secteur de la santé. Commissariat Général au Plan, Présidence de l'Union des Comores. Décembre 2010.
9. Les transferts de fonds des migrants, un enjeu de développement, Comores, Mali, Maroc et Sénégal, Banque Africaine de Développement, octobre 2007.
10. Impact des transferts de fonds extérieurs sur la pauvreté aux Comores. Y. Imante. Octobre 2008.
11. Remittances to Comoros, Vincent Da Cruz, working paper, june 2003.
12. Projet d'urgence en réponse aux crises, Fonds d'Appui au Développement Communautaire (FADC), cadre politique de réinstallation, Secrétariat Exécutif National, Union des Comores, août 2010.
13. Rapport de fin de mise en oeuvre du projet santé aux Comores (Implementation completion report), Banque Mondiale, décembre, 2004.
14. Aide mémoire de la mission de supervision du projet Santé III (financement BM). Janvier 2004.
15. Rapport de statistiques 2010 et de statistiques 2011, CARITAS Moroni.
16. Programme Pays pour le travail décent, Union des Comores, 2010-2013.
17. Aide Mémoire de la mission préliminaire d'appui au secteur de la protection sociale de l'Union des Comores, Moroni du 19 au 26 mars 2011.
18. Etude de faisabilité d'un programme de santé aux Comores, rapport final, Alter.

19. Etude du contexte PNAC et finalisation du DAO pour la dotation PASCO des hôpitaux, ALTER-AEDES-PASCO. draft octobre 2010.
20. Analyse organisationnelle et institutionnelle de la PNAC pour une proposition d'organigramme et de statut adaptés, gestion de la dotation, ALTER-AEDES-PASCO, juin-juillet 2011.
21. Maria Paola Bertone Evaluation de l'approche performance dans le cadre du PASCO Novembre 2011
22. Leo Devillé, Marc Reveillon Evaluation mi-parcours du projet PASCO 2011
23. Appui à l'extension des mutuelles dans les îles d'Anjouan et Mohéli, CIDR, rapport d'étape à fin 2010.
24. Note de synthèse des activités au 30/06/2011 sur l'intervention du CIDR, comité de pilotage du PASCO du 28 juillet 2011.
25. Christian Dessailain Evaluation des projets de mutuelles du CIDR 1999-2011

Bibliographie internationale

1. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle, Rapport sur la santé dans le monde, OMS. 2010.
2. La réforme des systèmes de santé, Bruno Palier, PUF, 2004.
3. Assessing Public expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective, HNP, The World Bank, february 2010.
4. To retain or Remove Users Fees? Reflections on the current debate. Banque Mondiale. Août 2005.
5. Health financing revisited, P. Gottret, The World Bank, 2006.
6. Good practice in health financing, lessons from reforms in low and middle income countries, P.Gottret, 2008.