

RENFORCER L'OFFRE DE SANTE POUR ATTEINDRE LA COUVERTURE UNIVERSELLE

Christophe Lemière
Spécialiste Santé, Nutrition et Population, Banque
Mondiale
Forum CSU Abidjan

January 19, 2015



WORLD BANK GROUP

Pourquoi la CMU ne peut réussir sans une amélioration radicale de l'offre de soins ?

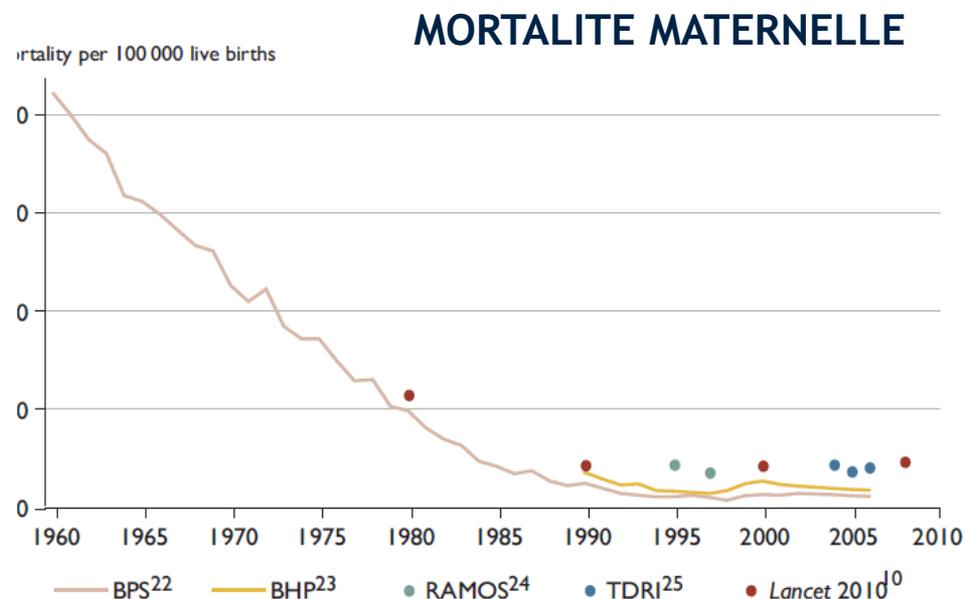
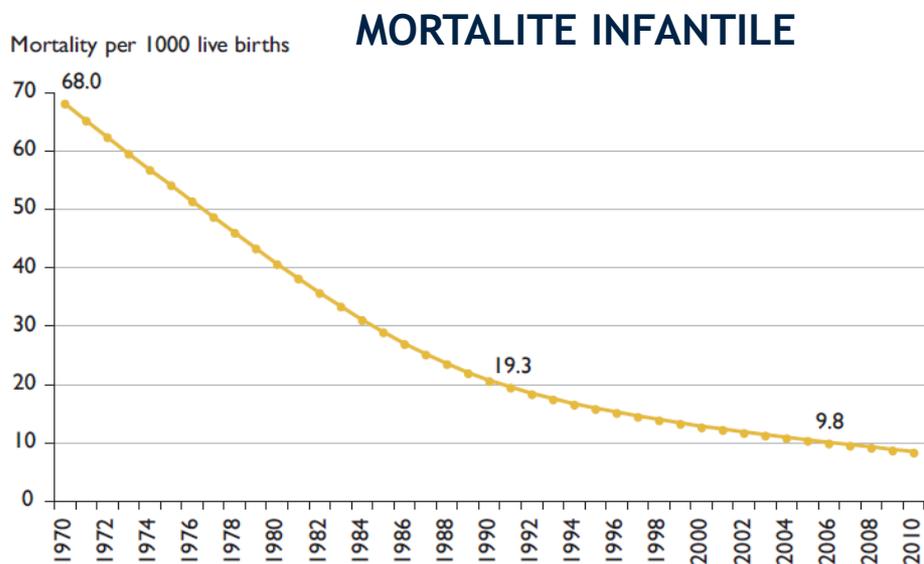
- La CMU va augmenter la demande en services de soins
- Le secteur informel ne cotisera pas à la CMU si la qualité est jugée trop faible
- La CMU peut inciter les prestataires à surproduire/surfacturer (cf. Ghana)

1-

Les pays émergents progressant vers la couverture universelle ont massivement renforcé leur offre de soins

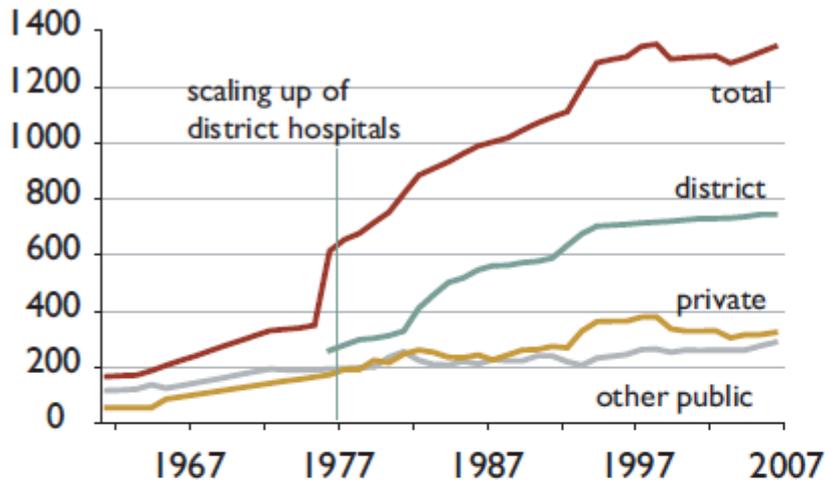
THAÏLANDE - résultats

- La Thaïlande a déjà atteint les OMD et les a remplacés par des « OMD+ »

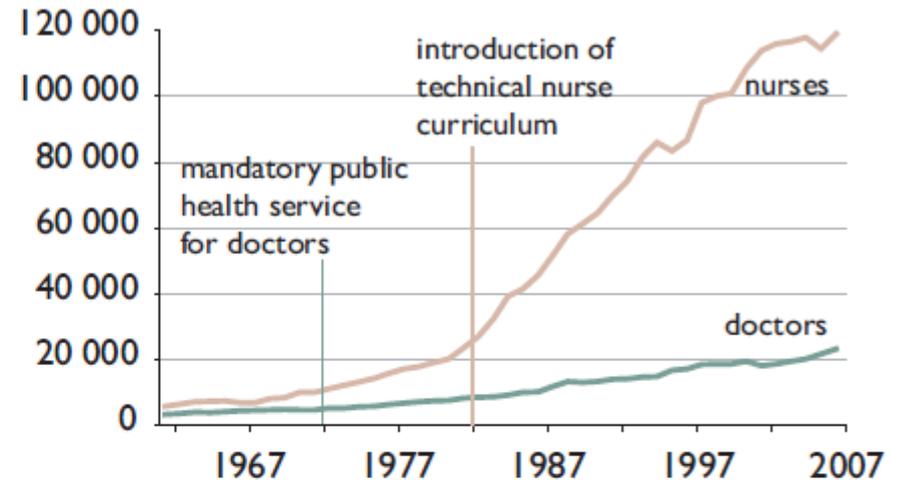


THAILANDE – renforcement de l'offre

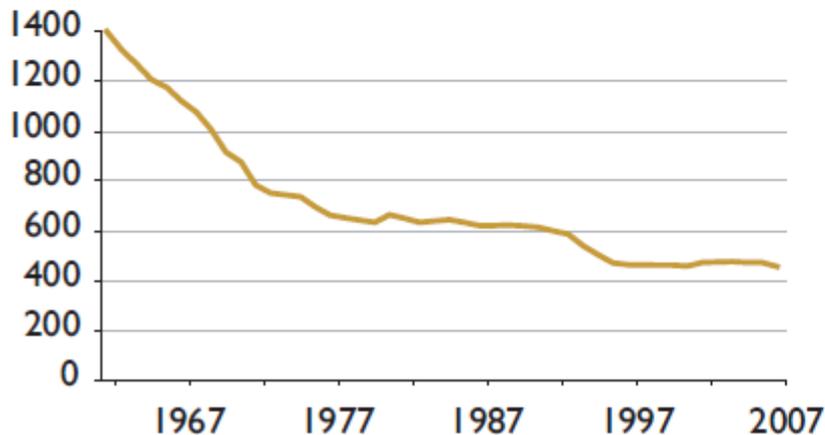
Numbers of hospitals



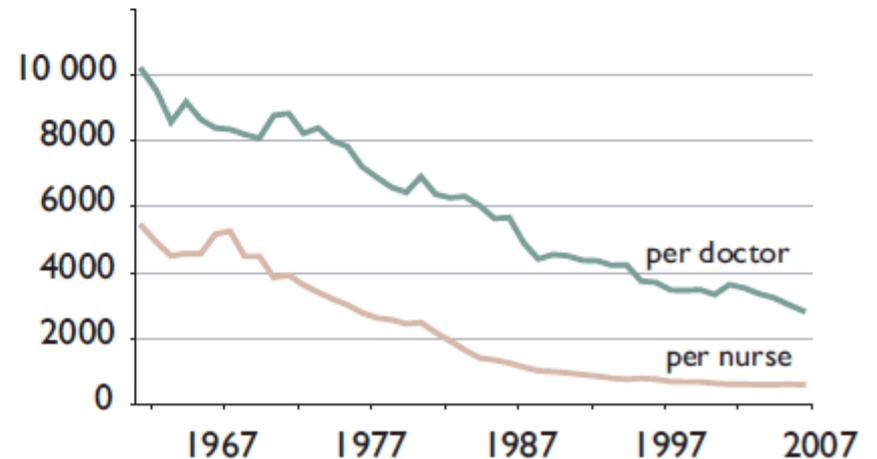
Numbers of doctors and nurses



Population per bed



Population per doctor and nurse



THAÏLANDE – leçons à retenir

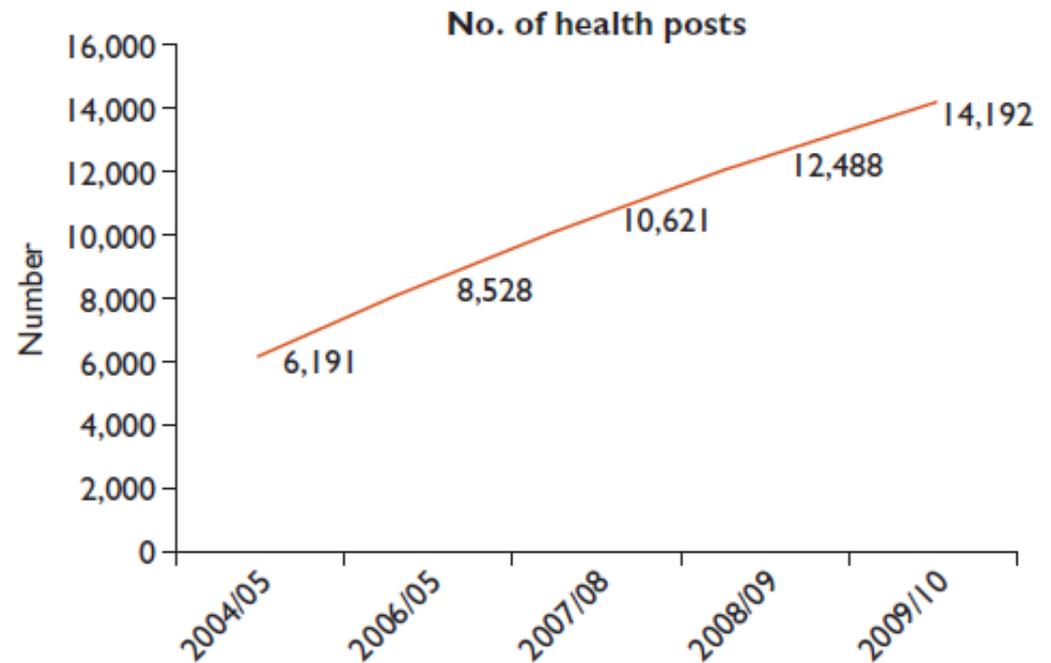
- Renforcement radical de l'offre avant l'introduction d'un mécanisme de subventionnement de la demande
- Approches très innovantes sur les RH (notamment le « pipeline rural »)

ETHIOPIE - résultats

- Population ayant accès aux services de santé primaire: 38% en 1991 → 90% en 2010
- Prévalence contraceptive: 13% en 2005 → 27% en 2011
- Enfants dormant sous MII: : 1.3% → 42%

ETHIOPIE – renforcement de l'offre (1/2)

- Construction de:
 - 15000 postes de santé
 - 3200 centres de santé (vs 153 en 91)
- 72 hôpitaux en 1991
→ 183 en 2010

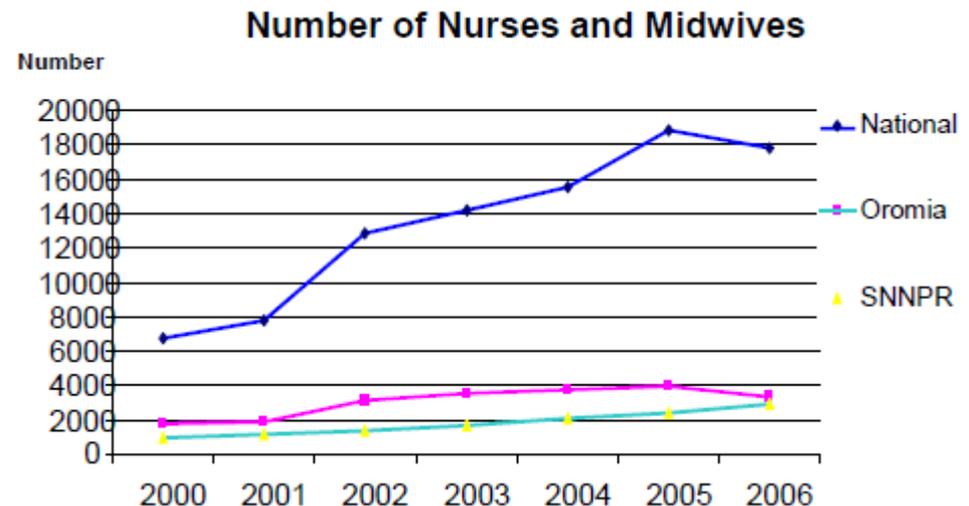
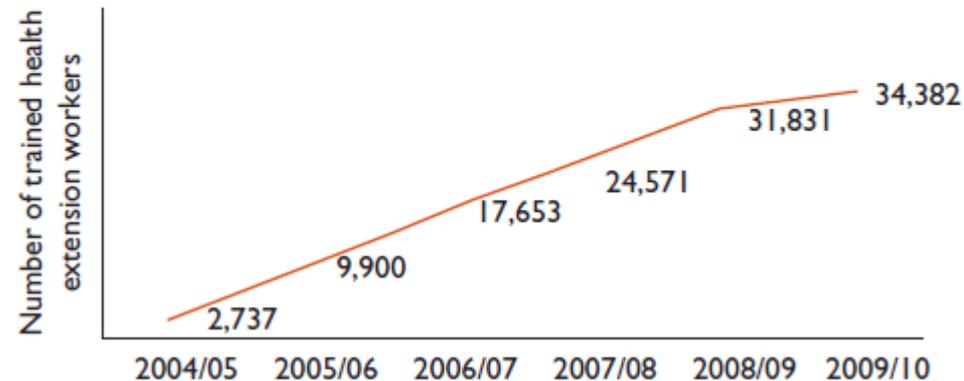


ETHIOPIE – renforcement de l'offre (2/2)

Ressources Humaines en Sante (RHS):

- Création d'une nouvelle catégorie de RHS: les Health Extension Workers (HEW)
 - Recrutés (et postés) dans les communautés
 - Formés pendant 1 an
 - Fonctionnaires
- Recours au secteur privé (dérégulation du secteur de la formation, surtout pour les infirmières)

Figure 24.1 Number of Health Extension Workers Deployed, 2004/05–2009/10

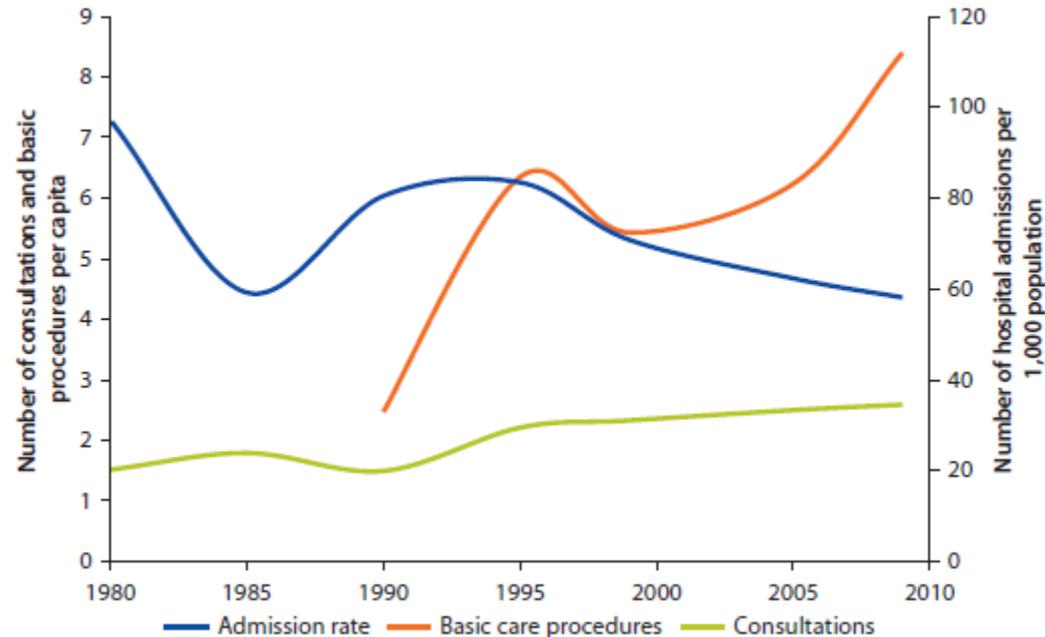


ETHIOPIE – leçons a retenir

- Pas de soutien de la demande
(sauf un système d'exemptions ciblées, pas très efficace)
- Focus sur la santé primaire (HEP)
 - Avec notamment un renforcement des districts
- Investissements sur les Ressources Humaines (RH), a la fois massifs et pertinents:
 - Création des HEW
 - Dérégulation des écoles privées, pour former plus d'infirmières et (bientôt) de médecins

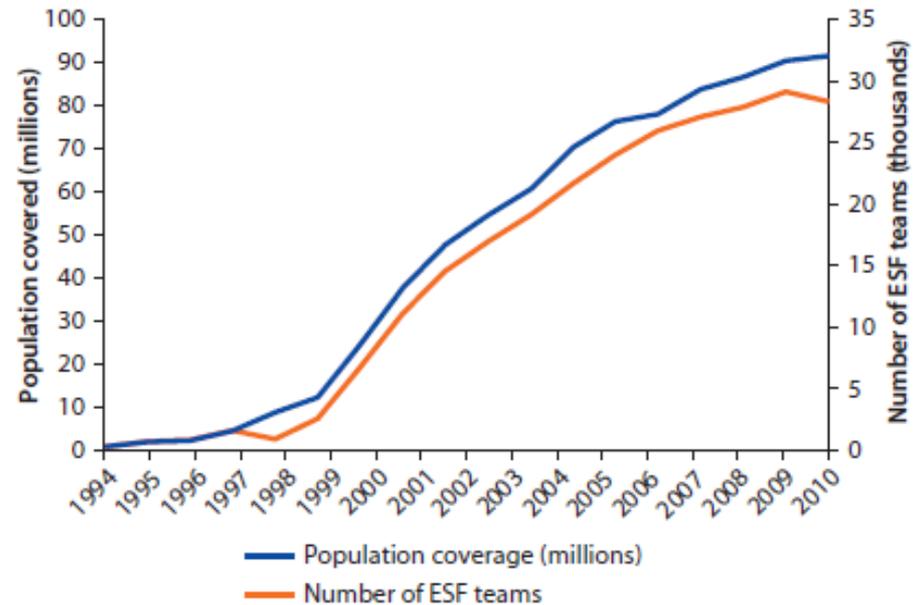
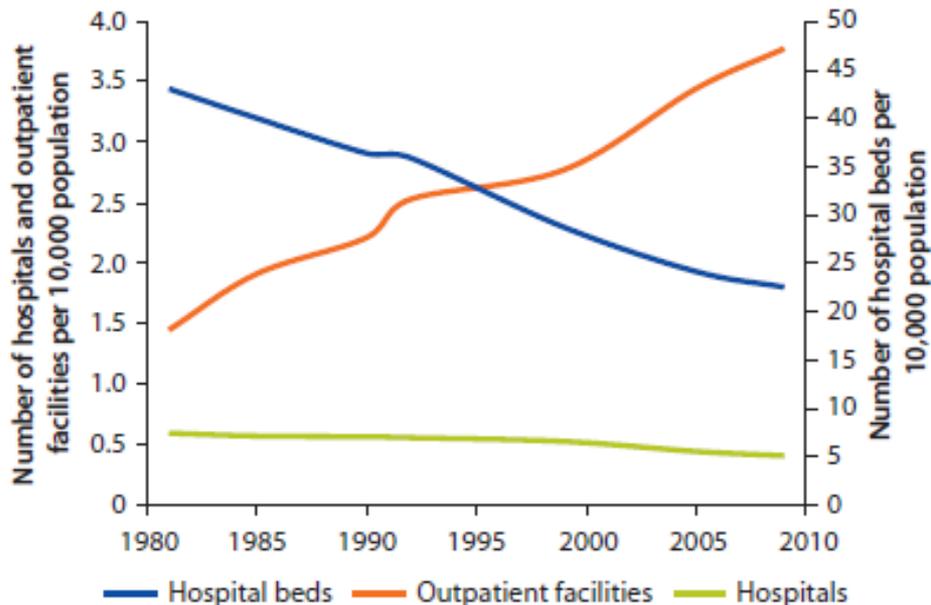
BRESIL - résultats

- Nbre de personnes ayant recours aux soins primaires: +450% entre 1981 et 2008
- Au moins 2.35 consultations par habitant dans chaque Etat (faibles disparités régionales)



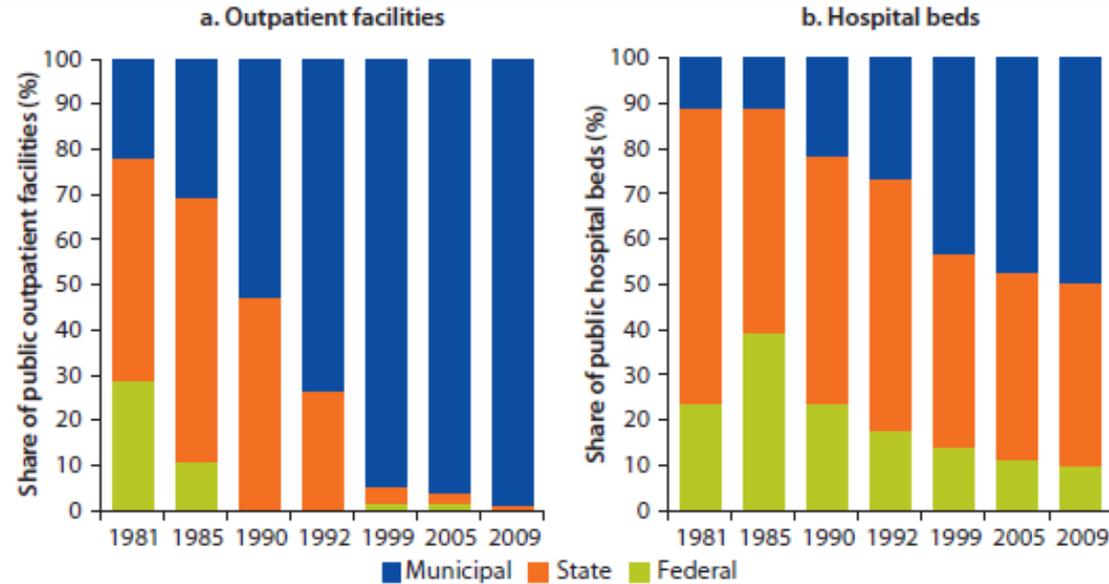
BRESIL – renforcement de l'offre (1/2)

- **Accroissement du nombre de prestataires de soins:**
 - Soins primaires: 22,000 centres en 1981 → 75,000 en 2009
 - Equipes de santé familiale (ESF): 4,000 en 1988 → 31,600 en 2010



BRESIL – renforcement de l'offre (2/2)

- Décentralisation de la gestion: 50% des établissements gérés par les communes en 2009 (11% en 1985)



- Décentralisation de la planification (allocation d'un budget global aux communes)
- Accroissement de 260% (entre 1999 et 2004) des diplômés en soins infirmiers (essentiellement par un recours aux universités privées)

2 -

**Le renforcement
de l'offre de soins
peut être réalisé
de façon efficiente**

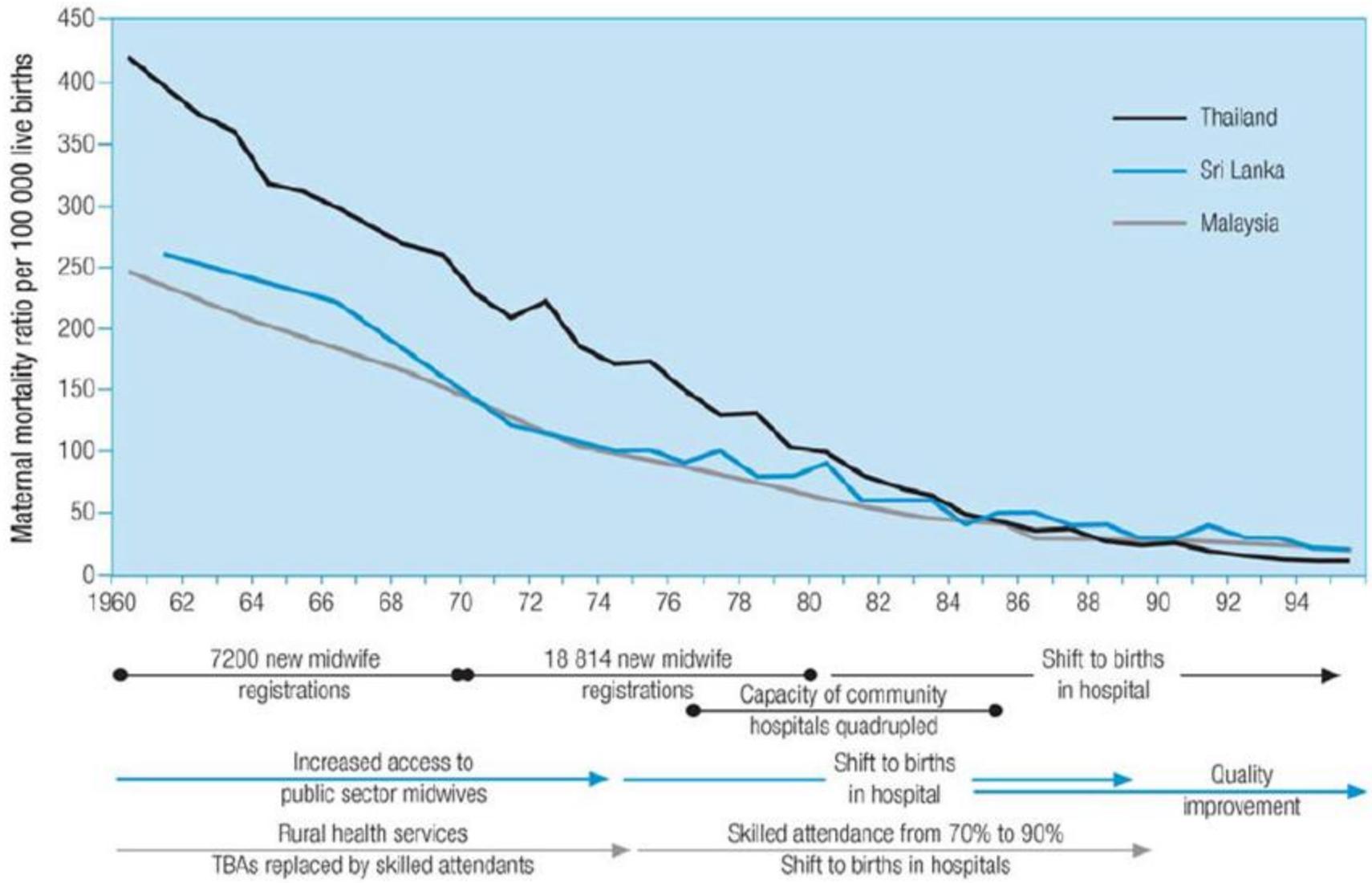
Trois pistes pour une meilleure efficacité de l'offre de soins

- Accroître les ressources humaines en santé (RHS) de façon innovante
- Renforcer la responsabilisation des prestataires
- Revoir le mix privé – public

2.1.

Accroître les ressources humaines en santé (RHS) de façon innovante

Il n'y a pas d'alternatives au recrutement massif de RH qualifiées, pour améliorer la santé (notamment maternelle)

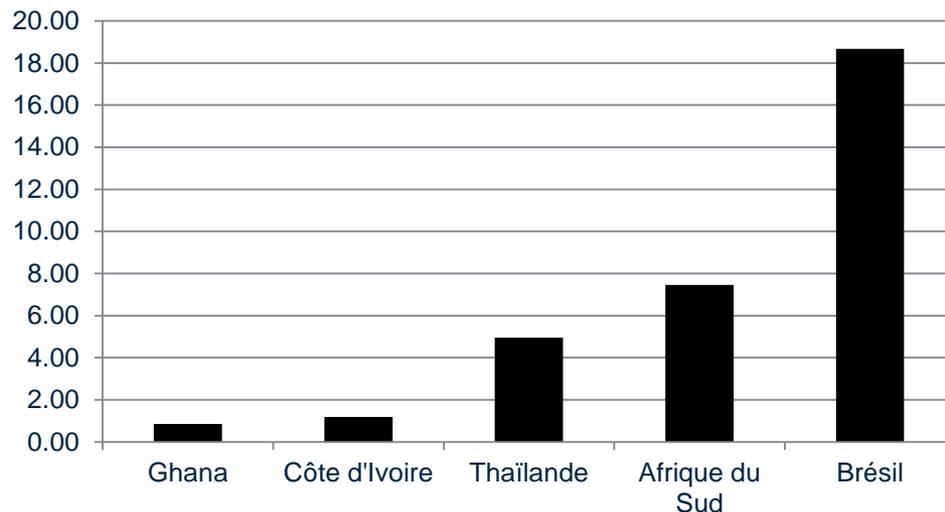


La mise a niveau des RH en Côte d'Ivoire supposerait de multiplier les effectifs actuels par au moins 4 ou 5

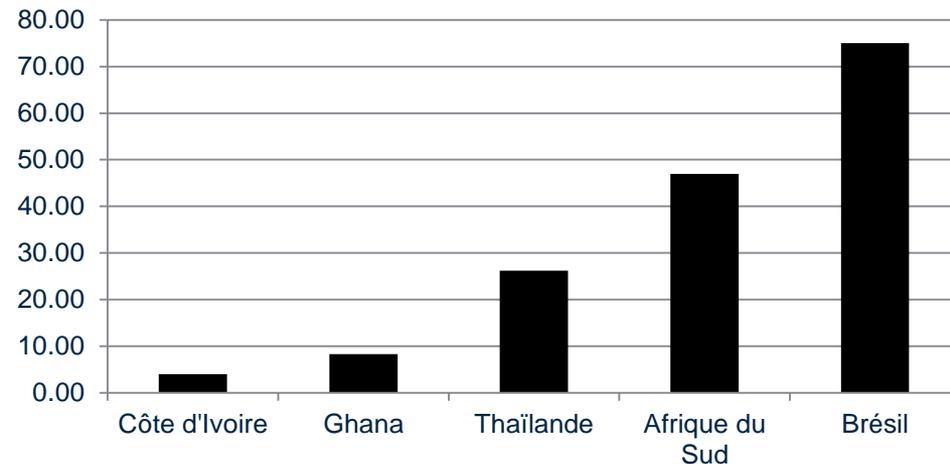
	Médecins pour 10000 hab.
Ghana	0.86
Côte d'Ivoire	1.18
Thaïlande	4.95
Afrique du Sud	7.46
Brésil	18.67

	Infirmières et sages-femmes pour 10000 hab.
Côte d'Ivoire	3.98
Ghana	8.32
Thaïlande	26.18
Afrique du Sud	46.95
Brésil	75.04

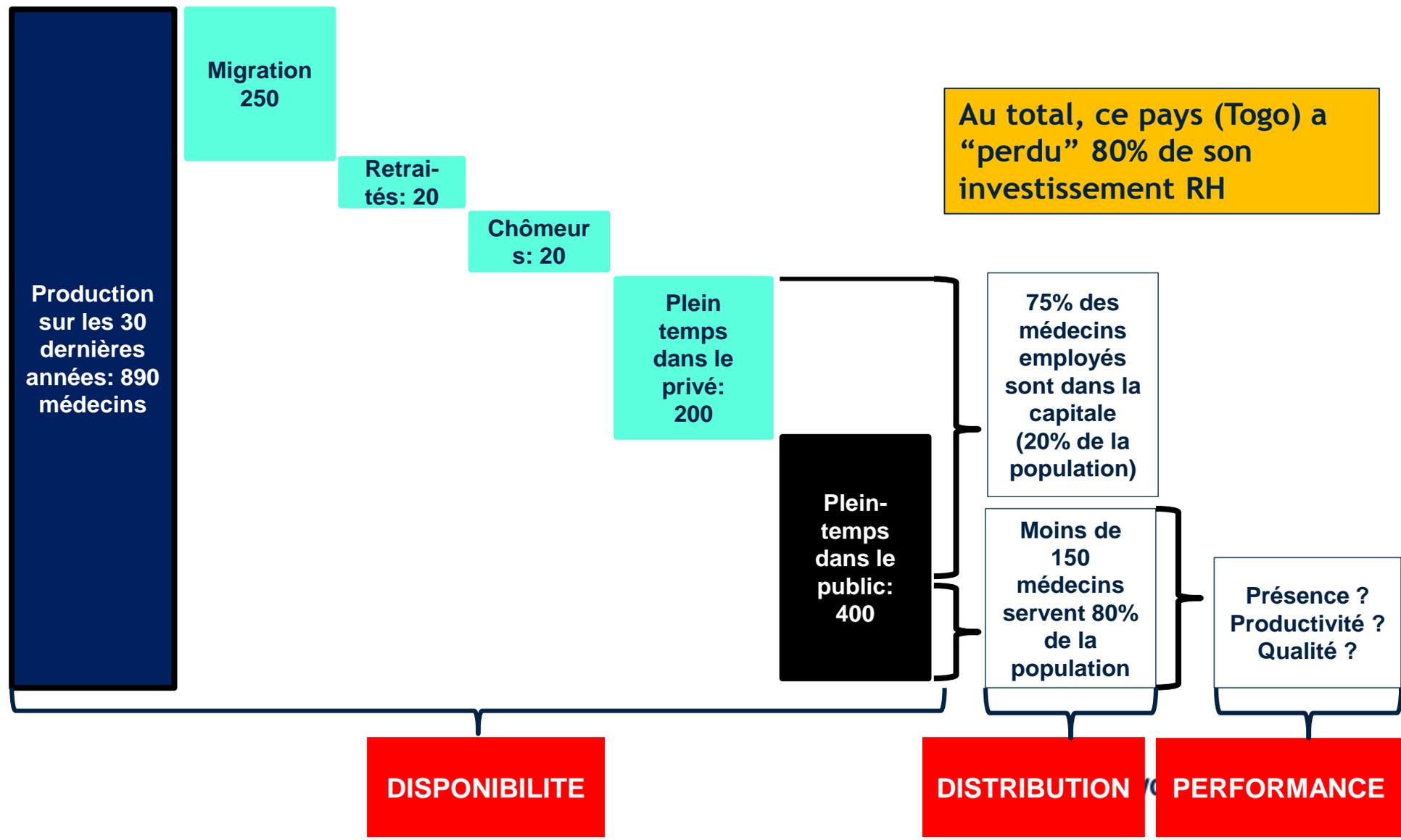
Médecins pour 10000 hab.



Infirmières et sages-femmes pour 10000 hab.

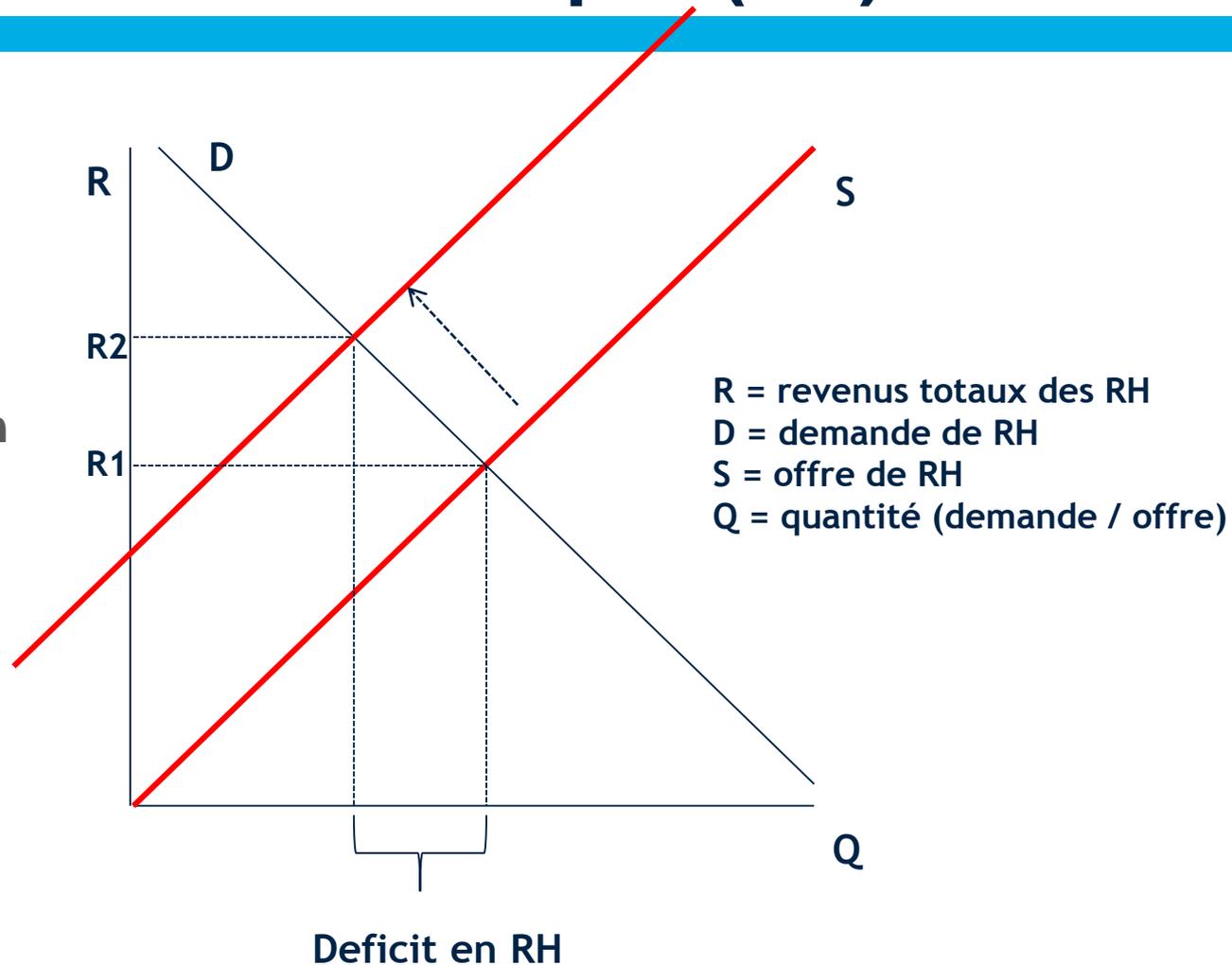


Les pays peuvent « perdre » une bonne partie de leurs investissements en RH



Le marché des RH fonctionne très souvent comme un marché pur (1/2)

- En dépit du fait que les RH sont souvent fonctionnaires, le marché des RH fonctionne de façon presque parfaite: toute baisse de l'offre de RH entraîne une augmentation des « prix » (en l'occurrence, le revenu total des personnels)



Le marché des RH fonctionne très souvent comme un marché pur (2/2)

- Le niveau élevé de rémunération totale des RH est suggéré par la multiplication des écoles privées, preuve que cet investissement est très « rentable » pour les individus.
- Ce niveau élevé de revenus est aussi un coût d'opportunité pour les RH, ce qui explique leur grande réticence à travailler en zone rurale (exemple extrême: Mozambique et Malawi)
- Quelles réponses ?
 - Augmenter massivement la production, pour modifier l'équilibre offre-demande et donc diminuer le coût d'opportunité:
 - Ex: Mali (« médecins de campagne »)
 - Privatiser (en partie) la formation des RH
 - Ex: Brésil, Ethiopie, Kenya, Uganda
 - Créer de nouvelles catégories de RH (ou faire du glissement de tâche)
 - Ex: Ethiopie, Mozambique
 - Faire du « pipeline rural »

Les stratégies de « pipeline rural » ont souvent permis d'améliorer la distribution des RH

- Pipeline rural: « ruraliser » la formation et les recrutements
- « Ruraliser » la formation:
 - Multiplier les écoles en dehors de la capitale
 - Instituer un quota d'élèves issus du monde rural
 - Introduire plus de « cas cliniques ruraux » et de stage ruraux dans la formation
- « Ruraliser » le recrutement
 - Recruter sur poste
 - Déconcentrer les transferts et le paiement des salaires et primes
- Exemples: US, Thaïlande, Vietnam, Ethiopie...

2.2.

Renforcer la responsabilisation et la régulation des prestataires

Renforcer la responsabilisation et la régulation des prestataires

- Responsabilisation et régulation sont essentielles pour améliorer l'efficacité
- Régulation:
 - Régulation décentralisée / déconcentrée (ex: au niveau district/région)
 - Système d'information
- Responsabilisation:
 - Autonomiser les prestataires sur les procédures, mais les contrôler sur les résultats sanitaires et financiers (ex: FBR)

Modifier les modes de paiement des prestataires (1/2)

- Avec la CMU, les deux principaux modes actuels de paiement des prestataires devront être rapidement modifiés ou abandonnés:
 - Recouvrement communautaire (paiement à l'acte), qui fera déraiser les dépenses de la CMU
 - Subvention globale, qui pérennisera les rentes

Modifier les modes de paiement des prestataires (2/2)

- Tendances générales:
 - solutions hybrides
 - avec autonomisation financière
- Soins hospitaliers:
 - Relatif consensus, pour combiner:
 - Paiement au cas (avec plafond éventuel) pour les coûts variables
 - Forfait pour les coûts fixes
- Soins primaires
 - Pas de consensus:
 - Salaires (avec éventuellement FBP)
 - Paiement à l'acte (avec plafonds, ticket modérateur, contrôle médical et/ou benchmarking)
 - Capitation (très complexe)

2.3.

Revoir le mix privé – public

Le financement par la demande permet de séparer la fonction de financement de celle de production: une opportunité à saisir

- Dans le secteur de la santé, l'Etat peut intervenir de trois façons:
 - Régulation
 - Financement
 - Production (services et intrants)
- La CMU permet de séparer les deux dernières fonctions.
 - L'Etat doit financer, mais n'a pas forcément besoin d'assurer la production des services (ou des intrants). Le privé peut le faire.

Quelles sont les justifications pour l'intervention de l'Etat dans la santé ?

Imperfections du marché	Santé primaire - préventive	Santé primaire - curative	Hôpitaux
Externalités	OUI	?	?
Absence de marché assurantiel / iniquités	OUI	NON	OUI
Asymétrie d'informations	NON	?	OUI



Intervention de l'Etat	Santé primaire - préventive	Santé primaire - curative	Hôpitaux
REGULATION	OUI	OUI	OUI
FINANCEMENT	OUI	?	OUI
PRODUCTION	NON	?	OUI

CONCLUSION

Points-clés

- La CMU va exiger le renforcement massif de l'offre (services, intrants et organisation).
- Mais la CMU permet aussi de donner une plus grande place au secteur privé (production des services et des intrants).

Merci

Qualité et compétence ne riment pas forcément: l'exemple de l'Inde

