

# ACCÈS DES PAUVRES AUX SERVICES DE SANTÉ

2008

## *Kirghizistan*

### **Allègement du fardeau financier des soins de santé pour les pauvres – La réforme du financement du système de santé kirghize**

#### **Motivation à l'origine de la réforme**

En 2001, dans le cadre du système de soins de santé au Kirghizistan, plus de 50 % des dépenses de santé sortaient des poches des patients, principalement pour les soins des malades hospitalisés et l'achat de médicaments des patients externes. Pour bénéficier de soins hospitaliers, les patients devaient contribuer au paiement des médicaments, seringues, tubulures IV, pansements, linge, nourriture et même les carnets, ampoules électriques, etc. Et ceci, en plus des versements occultes au personnel soignant (Ibragimova 2001 ; Kutzin 2001). En 2001, pour les personnes qui ont indiqué avoir fait appel au système de santé, la moyenne des frais à la charge des patients était de 1 846 soms (46 dollars). C'était l'équivalent de cinq fois la consommation mensuelle moyenne par habitant, ce qui a soulevé des questions touchant à la capacité de payer du grand nombre de pauvres dans le pays.

La part élevée des frais à la charge des malades est un phénomène relativement récent au Kirghizistan, puisqu'il est apparu durant la période de transition qui a suivi l'indépendance. Pendant l'époque soviétique, les services de santé étaient gratuits, à part les cadeaux donnés à l'occasion au personnel soignant et le partage des coûts des médicaments fortement subventionnés pour les patients externes. Suite à l'éclatement politique de l'Union soviétique et au déclin économique généralisé ressenti pendant la période de transition, les dépenses publiques pour la santé ont baissé de 3,6 % du PIB en 1991 à 1,9 % en 2000 (Kutzin 2001). Le réseau étendu de prestataires implantés pendant la période soviétique absorbait une part croissante des dépenses de plus en plus limitées de l'État. Le personnel et les services publics consommaient à eux seuls 75 % du

budget de la santé, ce qui laissait peu de ressources pour les dépenses purement médicales telles que les médicaments et les fournitures (Purvis, Seitalieva et al. 2005).

#### **Les réformes du financement des dépenses de santé au Kirghizistan (2001 à 2005)**

Le Kirghizistan a engagé des réformes d'une grande portée pour le financement des soins entre 2001 et 2005, dans le cadre du programme de réformes du secteur de la santé « Manas » sur une période de dix ans. La réduction de l'impact financier des paiements à la charge des ménages les plus démunis était l'un des principaux objectifs des réformes. Vu la capacité budgétaire limitée, il était évident que le secteur de la santé ne recevrait pas de fonds publics supplémentaires pour réduire les dépenses des patients. Le secteur des grands hôpitaux a dû être réduit de manière à réaliser des gains en efficacité et recanaliser ces économies vers les médicaments, les fournitures médicales et un personnel mieux rémunéré afin de limiter les paiements à la charge des patients.

Les réformes du financement de la santé reposaient sur la division acheteur/prestataire. Le Fonds d'assurance-maladie obligatoire (Mandatory Health Insurance Fund ou MHIF) est devenu l'acheteur de la plupart des services de santé individuelle, alors que le ministère de la Santé en a conservé quelques-uns (par ex., les soins pour le cancer ou la tuberculose), ainsi que les services de santé publique. Le ministère de la Santé a également continué à assumer des fonctions d'intendance. La division acheteur/prestataire n'a fait intervenir aucun changement quant aux sources des fonds, modifiant seulement l'acheminement de l'argent et les accords d'approvisionnement. Le Fonds MHIF est devenu



acheteur des services de santé en utilisant principalement les recettes de l'impôt général sur le revenu et un petit impôt sur les salaires. Les réformes ont été engagées en plusieurs étapes, en commençant avec deux oblasts (États) en 2001, puis en ajoutant deux oblasts par an jusqu'à ce que le programme soit entièrement réalisé en 2005.

Les réformes comprenaient quatre composantes de base :

- **Centralisation des canaux de financement de la santé (mise en commun).** Avant les réformes, les prestataires (presque tous publics) étaient financés par les recettes de l'impôt foncier correspondant aux structures administratives hiérarchiques : les prestataires au niveau de l'État (fédéral) étaient financés par les impôts perçus sur le plan national, les établissements des oblasts (États) étaient financés par les impôts perçus dans les oblasts, et les établissements des rayons (districts) étaient financés par les impôts perçus au niveau des rayons. Le financement ou les prises de décisions ne dépassaient pas le cadre des frontières administratives, ce qui menait à une duplication et à un manque d'incitations pour éliminer les inefficiences du système. Les réformes ont permis de centraliser les canaux de financement au niveau des oblasts par la mise en commun des recettes fiscales dans les départements réservés aux oblasts du Fonds MHIF. Cette mesure a éliminé les réserves de ressources aux niveaux des rayons et des villes et a permis de réaffecter les fonds à l'échelle des oblasts, au-delà des frontières entre villes et rayons.
- **Méthodes d'achat prospectif.** Avant les réformes, les prestataires étaient payés selon des normes basées sur les intrants, formulées dans des budgets-objets stricts qui reflétaient le comportement historique des données. Il était impossible aux gestionnaires de réaffecter des fonds d'une catégorie à l'autre si le besoin ou l'occasion se présentaient. Dans le contexte des réformes, les budgets-objets par types d'intrants ont été remplacés par un paiement par capitation pour les prestataires de soins primaires et par le paiement par cas pour les soins hospitaliers.
- **Définition explicite des avantages.** La troisième étape consistait en une réglementation claire des éligibilités par le biais de l'ensemble de prestations garanties par l'État (State Guaranteed Benefit Package ou SGBP). Le SGBP définit les soins primaires gratuits pour la population

toute entière et les soins de recours avec ticket modérateur fixe. Le ticket modérateur est un honoraire à taux fixe payable au moment de l'admission. Des exemptions ont été accordées sur la base de certaines catégories de maladies qui nécessitent un haut niveau de soins, telles que l'invalidité, le cancer, une crise cardiaque d'apparition récente, la tuberculose, etc., ainsi que pour les anciens combattants de la deuxième guerre mondiale. Les hôpitaux reçoivent un remboursement plus élevé pour le traitement de patients dispensés de paiements afin d'éviter une sélection. Les hôpitaux conservent les recettes provenant du ticket modérateur, et il leur est imposé d'employer 80 % de cette somme à l'achat de médicaments, fournitures et alimentation.

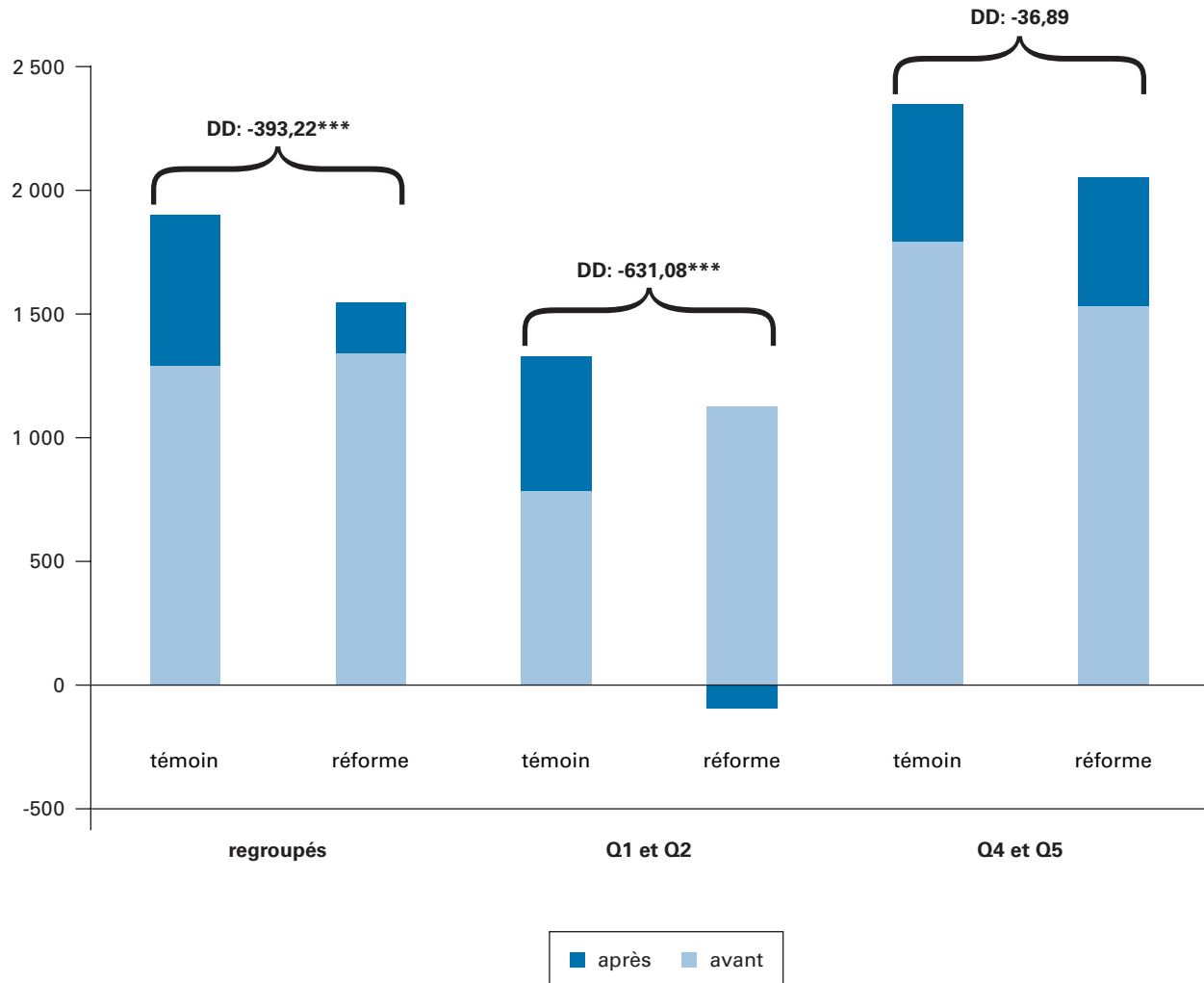
- **Réduction du secteur hospitalier.** Les changements opérés dans le mécanisme de financement de la santé ont permis la création d'un environnement favorable à une réduction de la capacité hospitalière excédentaire. Comme la plupart des hôpitaux étaient construits sous forme de pavillons avec 15 à 20 petits bâtiments, la réduction de taille de l'établissement offrait un grand potentiel d'économies pour les coûts fixes. Les bâtiments inutiles ont été démolis, loués à d'autres (par ex., des pharmacies) ou convertis à un autre usage public (par ex., des unités de promotion de la santé). Pendant les années 2001 à 2004, la capacité physique dans le secteur hospitalier a été réduite de 1 464 à 784 bâtiments avec un changement parallèle de la surface opérationnelle totale, des frais des services publics et des frais de maintenance. Par la même occasion, la réduction de taille touchant tous les hôpitaux a entraîné la fusion d'établissements desservant des populations voisines par le biais de mécanismes administratifs.

### Réformes et le fardeau financier imposé aux patients

L'impact des réformes sur le fardeau financier imposé aux patients a été évalué à l'aide de deux enquêtes menées auprès des ménages. La première a eu lieu avant la mise en œuvre des réformes et la deuxième a été effectuée alors que les réformes avaient été déployées dans la moitié des oblasts, mais pas encore dans l'autre moitié.

Cette évaluation a fait apparaître que les réformes avaient un impact positif sur le fardeau financier supporté par les patients en ce qui concerne l'hospitalisation, surtout pour les

Figure 1. Effet de la réforme sur les paiements de frais hospitaliers à la charge du patient en cas d'hospitalisation



Remarque : les résultats sont des valeurs prévues tirées d'un modèle de régression multiple en deux parties, évaluant les effets de la réforme sur les dépenses individuelles des soins de santé pour un certain nombre de caractéristiques des individus, des ménages et des régions. DD correspond à la méthode d'estimation de différence des différences et représente la différence dans la tendance des paiements à la charge du patient entre 2000 et 2003 dans les oblasts réformés par rapport aux oblasts témoins. (\*\*\*) indique que l'estimation DD est statistiquement importante au niveau de 1 %.

pauvres. Les paiements de soins hospitaliers à la charge du patient ont fortement augmenté dans les oblasts témoins de près de 600 soms (15 dollars). Par contre, les paiements à la charge du patient n'ont augmenté que de 200 soms (5 dollars) dans les oblasts ayant bénéficié de la réforme au cours de la même période. En supposant que les oblast réformés aient suivi les mêmes tendances que les oblasts témoins, les réformes ont réussi à limiter à 393 soms (10 dollars) la hausse des frais d'hospitalisation à la charge d'un ménage moyen.

La Figure 1 indique que les réformes ont eu un plus grand impact sur les groupes à faible revenu. Sous réserve d'une hospitalisation, les plus pauvres subissent une forte hausse de 40 % des paiements à leur charge dans les oblasts témoins, comparé à une légère baisse dans les oblast réformés (Q1 et Q2). Par contre, les paiements à la charge des malades ont augmenté de 40 % à la fois dans les oblasts réformés et non-réformés pour les plus riches (Q4 et Q5), ce qui indique que les réformes n'ont ni ralenti ni accéléré le rythme de croissance des frais à leur charge.

L'analyse des données secondaires est consistante avec l'explication que l'impact positif sur la protection financière a été facilité par les gains élevés en efficacité dans les oblasts où les réformes du financement ont été mises en œuvre :

- La restructuration a été plus intensive dans les oblasts réformés avec une réduction de 44 % du nombre de lits pendant la même période de temps comparé à 18 % dans les oblasts témoins
- Une réduction de 28 % du personnel dans les oblasts réformés comparé à 24 % dans les oblasts témoins
- Il a également été démontré que la restructuration permettait de réaliser des économies importantes évaluées à 60 % des dépenses de services publics lorsqu'une restructuration avait eu lieu
- Dans les oblasts réformés, les dépenses hospitalières non médicales (services publics et personnel) ont été réduites de 83,6 % en 2000 à 63,4 % en 2003
- La ventilation des paiements à la charge du patient montre un déclin différentiel pour les médicaments dans les hôpitaux.

L'étude a également fait ressortir les retombées, sur le plan des visites et des médicaments pour les patients externes, qui avaient eu lieu pendant la même période. Dans les oblasts réformés, les paiements à la charge des patients externes pour l'achat de médicaments et les visites ont augmenté par rapport aux oblasts témoins et ont inversé l'effet protecteur que les réformes avaient exercé sur l'hospitalisation. Cette tendance était plus sensible pour les non pauvres que pour les pauvres. Il s'agit bien évidemment d'un résultat négatif dans une optique de protection financière, mais les dépenses mensuelles à la charge des patients peuvent avoir des effets moins catastrophiques et ne pas être autant un facteur d'appauvrissement que des frais d'hospitalisation élevés facturés en une seule fois.

## Conclusions

L'expérience kirghize montre qu'il est possible de réduire le fardeau financier des patients dans un pays pauvre avec une capacité budgétaire limitée par une utilisation plus efficace des ressources publiques. Cette leçon est particulièrement encourageante pour les autres économies en transition de la CEI (anciennes républiques soviétiques) qui doivent faire face à de faibles niveaux de financement public et de graves problèmes d'inefficacité.

Les réformes kirghizes comprenaient l'introduction du ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation. Généralement, l'introduction d'une participation aux frais a un impact négatif sur la protection financière. L'expérience kirghize montre que, si une participation aux frais est introduite dans un environnement caractérisé par la pratique de versements occultes élevés (au personnel mais aussi pour les médicaments et les fournitures), elle n'est pas nécessairement liée à une augmentation du fardeau financier supporté par le patient. La participation aux frais peut instaurer plus de clarté et de transparence quant à l'admissibilité aux prestations et peut véritablement protéger les pauvres par un mécanisme de dispenses.

Enfin, les résultats kirghizes confirment aussi qu'il n'existe pas de recette miracle pour améliorer la protection financière. L'expérience kirghize reposait sur une approche systémique complexe plutôt que sur l'emploi d'instruments de réforme à caractère isolé. La mise en œuvre d'une approche systémique complexe peut se révéler difficile et nécessite un calendrier d'exécution plus long et un soutien politique stable.

---

Cette note d'information vise à résumer les bonnes pratiques en matière de fourniture de services sanitaires, nutritionnels et démographiques. Elle a été publiée sous la direction de Melitta Jakab, avec le soutien du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé et elle est basée sur le rapport intitulé « An empirical evaluation of the Kyrgyz health reform: does it work for the poor? » (Une évaluation empirique de la réforme de la santé au Kirghizistan : profite-t-elle aux pauvres ?) par Melitta Jakab, Université de Harvard /OMS (2007). Les sources d'information comprennent celles fournies par Falkingham, Ibragimova, Kutzin, McKee, Mills, Preker, Purvis et Schuth. L'OMS a également financé le recueil de données. Les opinions exprimées dans cette note d'information ne reflètent pas nécessairement celles de la Banque mondiale.

