

CHAPITRE CINQ

Qui finance les systèmes de santé ?

Les choix concernant le financement des services de santé ont une incidence sur l'équité de la distribution de la charge du paiement. Est-il possible que les riches et les bien-portants paient pour les pauvres et les malades ? Pour garantir l'équité et la protection contre le risque financier, il faut instaurer un niveau de prépaiement élevé, répartir le risque (par des transferts de la charge du financement des personnes à faible risque aux personnes à risque élevé), subventionner les pauvres (par des transferts de ressources des nantis aux déshérités), éviter la fragmentation des groupements ou caisses, et instaurer une stratégie des achats pour améliorer les produits et la réactivité des systèmes de santé.

5

QUI FINANCE LES SYSTÈMES DE SANTÉ ?

COMMENT S'OPÈRE LE FINANCEMENT

Les dépenses consacrées aux soins de santé sont passées de 3 % du PIB mondial en 1948 à 7,9 % en 1997. Cette augmentation spectaculaire des dépenses dans le monde a incité les sociétés de tous les pays à rechercher des mécanismes de financement de la santé qui permettent de ne pas refuser aux gens l'accès aux soins sous prétexte qu'ils ne peuvent pas les payer. L'accès à ces soins pour l'ensemble des habitants constitue depuis longtemps la pierre angulaire des systèmes modernes de financement de la santé dans de nombreux pays. La principale fonction du système de santé est d'assurer des services de santé à la population et le présent chapitre est centré sur le financement de la santé considéré comme la clé d'une interaction efficace entre les prestataires et les consommateurs. Il analyse l'objectif du financement de la santé ainsi que les liens qui s'instaurent entre le financement de la santé et la fourniture des services à l'occasion des achats. Les facteurs qui influent sur la performance du financement de la santé sont également passés en revue.

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces. Il faut à cet effet réduire ou éliminer le risque, pour un individu, d'être incapable de payer de tels soins ou de s'appauvrir en essayant de le faire.

Trois fonctions interdépendantes du financement des systèmes de santé sont essentielles pour que chacun ait accès aux services de santé : la collecte des contributions, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions. Les principaux objectifs sont les suivants : mettre en place les dispositifs techniques, organisationnels et institutionnels nécessaires pour que leur interaction protège financièrement les gens de la façon la plus équitable possible et créer des incitations pour les prestataires qui les encouragent à améliorer la santé ainsi que la réactivité du système. Les trois fonctions du financement sont souvent intégrées dans une organisation unique, ce qui est actuellement le cas pour de nombreux systèmes de santé dans le monde. Bien que le présent chapitre examine les trois fonctions séparément, cela ne veut pas dire qu'elles doivent être réparties entre différentes organisations. Toutefois, on tend de plus en plus à dissocier le financement et la fourniture des services.

La *collecte des contributions* est le moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent des ménages et d'organisations ou sociétés, ainsi que de donateurs. Les contributions des donateurs sont examinées dans l'Encadré 5.1. Les systèmes de santé utilisent diverses mé-

thodes pour percevoir les contributions : impôt, cotisations obligatoires à une caisse d'assurance-maladie de la sécurité sociale (généralement en rapport avec le revenu et presque jamais avec le risque), cotisations facultatives à une caisse d'assurance-maladie privée (généralement en rapport avec le risque), paiements directs aux prestataires et dons. La plupart des pays à revenu élevé mettent fortement l'accent soit sur l'impôt, soit sur des cotisations obligatoires à une caisse d'assurance-maladie de la sécurité sociale. Au contraire, les pays à faible revenu privilégient beaucoup plus le financement par paiements directs : dans 60 % des pays dont le revenu est inférieur à US \$1000 par habitant, les paiements directs représentent 40 % ou plus du total alors que 30 % seulement des pays à revenu moyen ou élevé dépendent dans une telle mesure de ce type de financement (voir le Tableau 5.1).

Dans la plupart des régimes d'assurance sociale et d'assurance privée facultative, la collecte et la mise en commun des ressources sont intégrées dans une organisation unique et font l'objet d'un seul processus d'achat. Pour les organisations qui reposent principalement sur l'impôt comme les ministères de la santé, la collecte est assurée par le ministère des finances, et le transfert des fonds au ministère de la santé s'effectue dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement.

La *mise en commun* des ressources consiste à accumuler et gérer les revenus de manière que le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants. La mise en commun des ressources est généralement appelée « fonction d'assurance » au sein du système de santé, que l'assurance soit explicite (les gens sont consciemment affiliés à une caisse) ou implicite (par exemple, en cas de financement par l'impôt). Elle a principalement pour objet de répartir le risque financier associé aux interventions sanitaires dont la nécessité dépendra des circonstances. A cet égard, elle diffère de la collecte qui peut permettre aux individus de continuer à se prémunir contre leurs propres risques à l'aide de leurs seuls revenus ou de leurs économies. Lorsque les patients règlent la totalité du coût des services par des paiements directs, il n'y a aucune mise en commun des ressources.

Pour les activités de santé publique et même certains aspects des soins de santé personnels comme les bilans de santé qui ne donnent lieu à aucune incertitude et dont le coût est

Encadré 5.1 Importance des contributions de donateurs dans les recettes et les achats des pays en développement

Les contributions de donateurs occupent une très grande place dans les recettes du système de santé de certains pays en développement. En valeur absolue, cette forme d'aide a atteint des niveaux importants, ces dernières années, en Angola, au Bangladesh, en Equateur, en Inde, en Indonésie, au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République-Unie de Tanzanie et dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, mais dans les plus grands de ces pays, elle ne correspond en général qu'à une faible part du total des dépenses

de santé, ou même des dépenses de l'Etat. Par contre, dans plusieurs pays, notamment en Afrique, la proportion des dépenses de santé financée par des donateurs a pu atteindre 40 % (pour l'Ouganda en 1993) voire 84 % (pour la Gambie en 1994) et elle a dépassé 20 % en 1996 ou 1997 pour l'Erythrée, le Kenya, le Mali et la République démocratique populaire lao. Au cours d'une ou plusieurs de ces dernières années, la Bolivie, le Nicaragua, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe ont obtenu 10 % à 20 % de leurs ressources auprès de donateurs.

La majeure partie de cette aide prend la forme de projets qui sont élaborés et négociés séparément par chaque donateur avec les autorités nationales. Si elle n'est certes pas inefficace, la coopération internationale dans le cadre de projets peut conduire à des fractionnements et des chevauchements d'activités, notamment lorsqu'interviennent de nombreux donateurs dont chacun s'intéresse à ses propres priorités géographiques ou programmatiques. Une telle approche oblige les autorités nationales à consacrer beaucoup de temps et

d'efforts aux priorités et procédures des donateurs, aux dépenses de leurs propres fonctions d'administration générale et d'exécution des programmes de santé. Les donateurs et les gouvernements sont de plus en plus conscients de la nécessité de remplacer la démarche des projets par une programmation plus large qui intègre un développement stratégique à long terme dans le processus budgétaire du pays. C'est ainsi que des approches sectorielles ont été efficaces dans des pays comme le Bangladesh, le Ghana et le Pakistan.¹

¹ Cassels A, Janovsky K. Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet*, 1998, **352**: 1777-1779.

faible, les fonds peuvent passer directement du stade de la collecte à celui de l'achat. C'est là une importante considération pour la réglementation des régimes obligatoires, car les préférences des consommateurs vont souvent aux types d'assurance qui portent sur des interventions hautement probables et peu coûteuses (compte tenu des moyens du ménage) encore que, dans ce dernier cas, les prélèvements sur les salaires ou les aides directes aux plus démunis soient la meilleure formule.

La mise en commun des ressources réduit les incertitudes tant pour les consommateurs que pour les prestataires. En augmentant et en stabilisant la demande ainsi que le flux des ressources financières, la mise en commun des ressources rend plus probable l'avènement d'une situation où les patients sont plus à même de payer les services et où l'augmentation du volume des services incite les prestataires à faire de nouveaux investissements.

L'*achat* est le processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires pour que ces derniers fournissent une série d'interventions sanitaires préalablement définies ou non. L'achat peut s'effectuer de façon passive ou stratégique. L'achat passif consiste à se conformer à un budget prédéterminé ou à payer les factures à leur réception, tandis qu'une stratégie d'achat suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance du système de santé en décidant quelles interventions il y a lieu d'acquiescer, comment et auprès de qui. On choisit ainsi effectivement les interventions de manière à obtenir la meilleure performance, tant pour les individus que pour l'ensemble de la population, grâce à des adjudications sélectives et à des systèmes d'incitation. Les acheteurs utilisent divers moyens pour rétribuer les prestataires, y compris la budgétisation. Récemment, de nombreux pays, dont le Chili (1,2), la Hongrie (3), la Nouvelle-Zélande (4,5) et le Royaume-Uni (6-8) ont tenté de faire jouer à leur système de santé publique un rôle d'acheteur actif.

PRÉPAIEMENT ET COLLECTE

Jusqu'ici, la plupart des discussions de politique générale concernant le financement des systèmes de santé ont porté sur les conséquences du rapport financement public/financement privé pour la performance. Le chapitre 3 expose le rôle essentiel du financement public en santé publique. Pour les soins de santé individuels, toutefois, le principal déterminant de la performance du système de santé n'est pas la dichotomie public-privé, mais la différence entre le prépaiement et les paiements directs. Ainsi, le financement privé, notamment dans les pays en développement, est largement synonyme de paiements directs ou de contributions à des caisses d'assurance volontaire de petite taille et souvent très

Tableau 5.1 Estimation de la part des paiements directs dans le total des dépenses de santé d'après le niveau de revenu, 1997 (nombre de pays dans chaque classe de revenu)

Revenu annuel estimatif par habitant US \$ (taux de change)	Part estimative dans le total des dépenses de santé (%)						Total
	Moins de 20	de 20 à 29	de 30 à 39	de 40 à 49	de 50 à 59	Plus de 60	
Moins de \$1000	7	10	9	7	11	19	63
\$1000-9999	16	18	23	15	8	8	88
\$10 000 et au-delà	19	7	4	5	0	2	37
Toutes classes de revenu	42	35	36	27	19	29	188

Source: WHO national health accounts estimates: income unknown for three countries.

fragmentées. Au contraire, le financement public ou le financement privé obligatoire (à l'aide de l'impôt ou de cotisations à un régime de sécurité sociale) sont toujours associés au prépaiement et à la constitution de caisses importantes. La manière dont les décideurs organisent le financement public ou influent sur le financement privé conditionne quatre déterminants clés de la performance du financement d'un système de santé : l'importance du prépaiement ; le degré de répartition du risque ; le subventionnement des pauvres ; et la stratégie d'achat.

Un système de santé dans lequel chacun doit payer directement une part substantielle du coût des services de santé au moment où il vient se faire soigner en limite manifestement l'accès aux seules personnes qui ont les moyens de les payer et risque d'exclure les membres les plus pauvres de la société (9-12). Certaines interventions sanitaires importantes ne feraient l'objet d'aucun financement si les gens devaient les payer eux-mêmes, comme le type d'interventions d'intérêt public dont il est question au chapitre 3 (13). L'équité de la protection contre le risque financier suppose le plus haut degré possible de dissociation entre la collecte des contributions et leur utilisation. Il en va particulièrement ainsi des interventions dont le coût est élevé par rapport à la capacité financière des ménages.

Outre qu'il dispense d'avoir à payer directement et, par conséquent, de risquer des difficultés pour accéder aux soins, le prépaiement permet de répartir le risque financier entre les membres d'une caisse, comme on va le voir dans la suite du chapitre. Le financement par paiements directs ne permet pas une telle répartition. En d'autres termes, comme on l'a déjà indiqué dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (14), il ne peut y avoir d'accès effectif à des soins individuels coûteux sans une forme de prépaiement.

Le degré de prépaiement est essentiellement déterminé par le principal mécanisme de collecte des recettes du système. Le recours à l'impôt permet de dissocier au maximum la collecte des contributions et leur utilisation, contrairement aux paiements directs par les patients. Pourquoi alors ceux-ci sont-ils si couramment utilisés, notamment dans les pays en développement ? (15).

La réponse est que, pour dissocier la collecte des contributions de leur utilisation, il faut que les organismes responsables de la collecte aient une très forte capacité institutionnelle et organisationnelle. Or, celle-ci fait défaut dans de nombreux pays en développement. En conséquence, bien qu'il soit souhaitable d'instaurer le plus haut degré de prépaiement possible, on y parvient en général très difficilement dans des pays à faible revenu où les institutions n'ont pas la capacité nécessaire. En effet, mettre l'accent sur le prépaiement, notamment par l'intermédiaire de l'impôt, fait peser une lourde charge sur les institutions. Lorsque l'impôt constitue la principale source de financement de la santé, il faut disposer d'une excellente capacité de collecte des impôts ou cotisations. Cette capacité est généralement associée à une économie généralement bien structurée, alors que dans les pays en développement, c'est souvent le secteur non structuré qui prédomine. Si, dans les pays de l'OCDE, l'impôt représente en moyenne plus de 40 % du PIB, il est inférieur à 20 % de ce PIB dans les pays à bas revenu.

Tous les autres mécanismes de prépaiement, y compris les cotisations de sécurité sociale et les primes d'assurance volontaire, sont plus faciles à collecter, car les prestations dépendent des contributions effectivement versées. Dans la plupart des cas, l'adhésion aux régimes d'assurance sociale est limitée aux travailleurs du secteur structuré de l'économie dont les cotisations sont prélevées à la source par l'employeur, ce qui facilite, pour l'organisme de sécurité sociale, leur identification, la collecte des cotisations et éventuellement le non-remboursement des dépenses de santé lorsque les cotisations n'ont pas été versées.

De même, l'identification et la collecte sont plus faciles en cas d'assurance-maladie volontaire et d'assurance de groupe communautaire. Toutefois, ces prépaiements nécessitent encore une capacité organisationnelle et institutionnelle importante par rapport aux paiements directs par les patients.

Dans les pays en développement, l'objectif consiste donc à créer des conditions favorables à la mise en place de mécanismes de prélèvement des recettes qui permettront progressivement de dissocier la collecte de l'utilisation des contributions. Dans les pays à bas revenu, où la proportion des paiements directs par le patient est généralement élevée et où la capacité organisationnelle et institutionnelle ne permet pas de compter essentiellement sur l'impôt pour financer la santé, il faut promouvoir des systèmes de contributions basés sur la profession dans tous les cas où cela est possible et faciliter la création de régimes communautaires ou de systèmes de prépaiement basés sur le prestataire. L'expérience montre cependant (16,17) que si ces derniers représentent une amélioration par rapport au financement par paiements directs, ils sont difficiles à exploiter durablement et ne doivent être considérés que comme une étape vers un degré supérieur de regroupement ou comme des moyens de mieux cibler les fonds publics consacrés à la santé. Dans les pays à revenu intermédiaire où l'économie est plus structurée, les stratégies destinées à développer le prépaiement ainsi que les dispositifs de mise en commun des ressources prévoient le renforcement et l'expansion des systèmes de contributions obligatoires basés sur le salaire ou le risque, ainsi que l'augmentation de la part du financement public, principalement pour les plus déshérités.

Si le prépaiement est la pierre angulaire d'un financement équitable du système de santé, une certaine proportion de paiements directs lors de l'utilisation des services peut être nécessaire dans les pays ou régions à bas revenu pour accroître les recettes lorsque la capacité de prépaiement est insuffisante. Cette formule peut aussi s'imposer sous la forme d'un ticket modérateur dans le cas de certaines interventions pour réduire la demande. Elle ne devrait être utilisée que lorsqu'il paraît évident que le prépaiement encourage une surutilisation injustifiée de l'intervention en question (effet pervers). L'utilisation du ticket modérateur permet de *rationner* l'utilisation d'une intervention donnée, mais elle ne *rationnalise* pas sa demande par les consommateurs. Avec le système du ticket modérateur, les gens, et notamment les pauvres, demandent moins de services (au point de ne rien demander du tout), mais n'adoptent pas nécessairement une attitude plus rationnelle pour décider quels services demander et quand. Dès lors, en utilisant sans discernement la méthode des paiements par l'utilisateur, on réduit la demande de façon intempestive, ce qui a pour effet de léser surtout les pauvres.

La gratuité des services n'entraîne pas automatiquement une surutilisation injustifiée. Les services qui n'ont pas à être payés directement ne sont en réalité pas nécessairement gratuits ni même abordables, notamment pour les pauvres, en raison des autres coûts associés aux soins de santé comme le prix des médicaments (lorsque ceux-ci ne sont pas gratuits), les dessous-de-table, les frais de transport ou le coût de l'absence du lieu de travail (18,19).

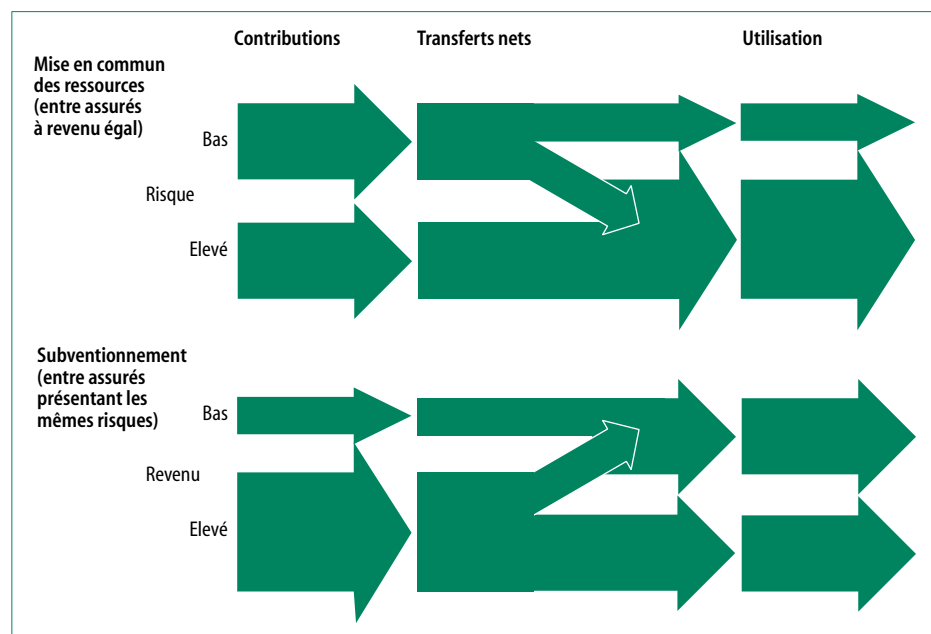
En raison de son effet potentiellement négatif sur des services nécessaires, notamment chez les pauvres, le ticket modérateur ne doit être choisi comme source de financement que pour satisfaire des besoins peu coûteux et relativement prévisibles. Il peut cependant servir à corriger la surutilisation de certaines interventions (lorsque celle-ci est évidente) ou à exclure implicitement certaines prestations d'une enveloppe lorsqu'il n'est pas possible de le faire de façon explicite. Étant donné qu'il est souhaitable de séparer la collecte des

contributions de leur utilisation, les paiements directs ne doivent être utilisés que si aucune autre formule n'est disponible. Tout mécanisme de prépaiement est préférable, sauf pour les interventions peu coûteuses qui ne justifient pas le coût administratif des mécanismes de prépaiement.

RÉPARTITION DES RISQUES ET SUBVENTIONNEMENT DES PAUVRES : MISE EN COMMUN DES RESSOURCES

La mise en commun des ressources est le principal mode de répartition des risques entre les participants. Même s'il existe un haut degré de séparation entre la collecte des contributions et leur utilisation, le seul prépaiement ne garantit pas un financement équitable s'il n'est effectué que sur une base individuelle au moyen de comptes d'épargne-maladie. En effet, les patients ne disposent que d'un accès limité aux services après avoir épuisé leur compte. Au sujet des comptes d'épargne-maladie instaurés à Singapour et aux Etats-Unis d'Amérique, on a prétendu qu'ils réduisent le risque d'effets pervers et incitent les consommateurs à acheter les services de façon plus rationnelle, mais s'il semble bien qu'il y ait eu des réductions de dépenses et des économies substantielles chez ceux qui reçoivent des avantages fiscaux et peuvent se permettre d'épargner (20), rien ne prouve que les achats aient été rationalisés. En outre, le financement individuel favorise la rémunération à l'acte et permet plus difficilement d'influer sur la qualité des services (21). Les personnes qui risquent le plus de devoir utiliser les services, comme les malades et les personnes âgées, n'y auraient pas accès faute de revenus suffisants pour pouvoir mettre de l'argent de côté. Par contre, les jeunes en bonne santé, chez lesquels ce risque est généralement faible, risqueraient d'être longtemps astreints au prépaiement avant d'avoir besoin des services pour lesquels ils économisent. Dans ce cas, des mécanismes de subventionnement croisé

Figure 5.1 Mise en commun des ressources pour redistribuer les risques et subventionnement croisé en vue d'une meilleure équité (les flèches indiquent les mouvements de fonds)



entre, d'une part, les jeunes et les personnes bien portantes et, d'autre part, les malades et les personnes âgées profiteraient aux premiers sans léser les seconds. Les systèmes de santé et les gens eux-mêmes tireraient avantage de mécanismes qui non seulement augmenteraient le degré de prépaiement des services de santé, mais répartiraient aussi le risque financier parmi les membres.

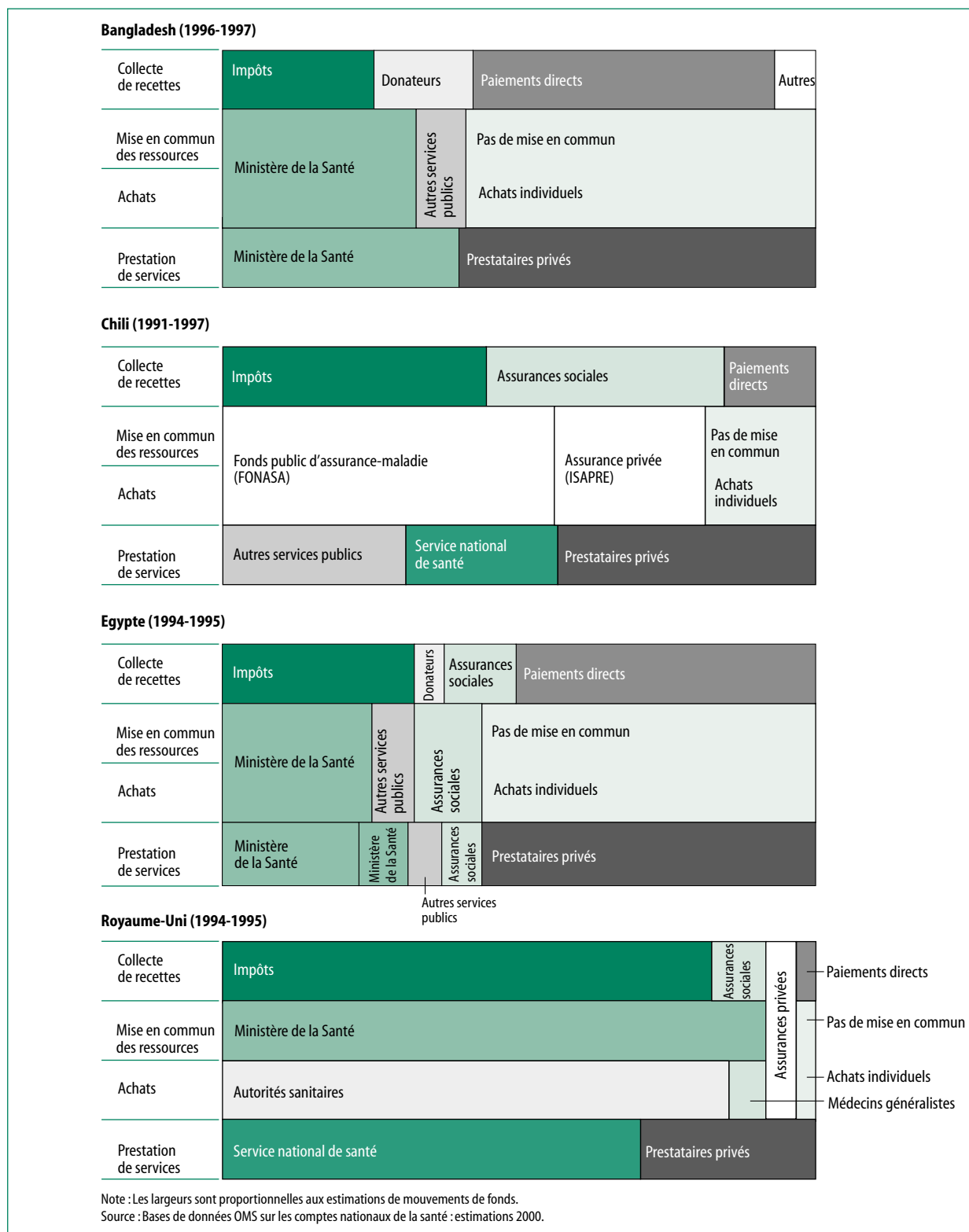
Si le prépaiement et la mise en commun des ressources représentent une amélioration significative par rapport au seul financement par paiement direct, ils ne prennent pas en compte la question des revenus. La création de caisses importantes permet à la société de tirer avantage des économies d'échelle, de la loi des grands nombres et du subventionnement croisé entre personnes à faible risque et personnes à haut risque. La seule mise en commun des ressources permet une péréquation des contributions entre les membres du groupe, quel que soit le risque financier associé à leur utilisation des services. Toutefois, elle risque aussi de faire subventionner les riches à haut risque par les pauvres à bas risque. Les sociétés soucieuses d'équité ne sont pas indifférentes à la question de savoir qui subventionne qui. Dès lors, tout en assurant un subventionnement croisé entre personnes à faible et à haut risque (ce qui se produit dans tout régime, sauf si les cotisations sont liées au risque), le financement de la santé doit aussi faire en sorte que les subventions ne soient pas dégressives par rapport au revenu (voir la Figure 5.1).

Les systèmes de santé du monde entier tentent de répartir le risque et de subventionner les pauvres par diverses combinaisons de dispositions organisationnelles et techniques (22).

Tableau 5.2 Modes de répartition des risques et de subventionnement des pauvres : exemples nationaux

Pays	Système	Répartition du risque	Subventionnement des pauvres
Colombie	Régimes multiples : plusieurs organismes de sécurité sociale concurrents, systèmes de santé municipaux et Ministère de la Santé.	Intra-régime : cotisations non liées au risque et inter-régimes : fonds central de péréquation. Ensemble de services obligatoires pour tous les membres de tous les régimes.	Intra- et inter-régimes : cotisations proportionnelles au salaire, plus subventionnement officiel versé à l'assureur pour permettre aux pauvres d'adhérer à la sécurité sociale ; subventionnement axé sur l'offre par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et des systèmes municipaux.
Pays-Bas	Régimes multiples : les organismes concurrents d'assurance sociale privée prédominent.	Intra-régime : cotisations non liées au risque et inter-régimes : fonds central de péréquation.	Au moyen d'un fonds de péréquation qui exclut les riches.
République de Corée	Deux régimes principaux : assurance-maladie nationale et Ministère de la Santé. Toutefois, l'assurance-maladie nationale ne couvre que 30 % des dépenses de santé globales de chaque membre.	Intra-régime : cotisations non liées au risque. Enveloppe de prestations officielle unique pour tous les membres.	Cotisations proportionnelles, plus subventionnement axé sur l'offre effectué par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et de l'organisme national d'assurance-maladie à l'aide de crédits du Ministère des Finances. Subventionnement public pour assurer les pauvres et les agriculteurs.
Zambie	Un régime officiel unique prédomine : Ministère de la Santé/Office central de la Santé.	Intra-régime : enveloppe de prestations unique pour tous accordée implicitement dans le système du Ministère de la Santé et au niveau étatique. Financement par l'impôt.	Intra-régime : par l'impôt général. Subventionnement axé sur l'offre par l'intermédiaire du Ministère de la Santé.

Figure 5.2 Structure du financement et de la prestation de services dans les systèmes de santé de quatre pays



Des subventionnements croisés basés sur le risque et sur le revenu peuvent coexister dans un même groupement, par exemple dans un régime unique comme l'organisme de sécurité sociale du Costa Rica et le service national de santé du Royaume-Uni, ou dans le cas de subventions de l'Etat à une ou plusieurs caisses.

Dans la pratique, la majorité des systèmes de santé assurent un subventionnement croisé entre les différents niveaux de risque et de revenu en combinant deux approches : mise en commun des ressources et subventions de l'Etat. Un subventionnement croisé peut aussi s'opérer entre les membres de régimes distincts (dans un système à plusieurs régimes) grâce à des mécanismes officiels de péréquation entre les divers niveaux de risque et de revenu, comme ceux des systèmes de sécurité sociale de l'Argentine (23), de la Colombie (24) et des Pays-Bas (25). Dans ces pays, l'existence de plusieurs régimes permet aux affiliés d'avoir différents profils de risque et de revenu. Sans un mécanisme compensatoire, cette situation inciterait les caisses à choisir des membres à faible risque en excluant les pauvres et les malades.

Même en cas de régime unique, la décentralisation, si elle ne s'accompagne pas de mécanismes de péréquation pour l'allocation des ressources, peut entraîner d'importantes différences en fonction du risque et du revenu entre les régions. Le Brésil a instauré des mécanismes compensatoires pour la distribution des recettes du gouvernement central aux Etats qui réduisent ces différences (26).

Le Tableau 5.2 donne quatre exemples nationaux de dispositifs destinés à répartir le risque et à subventionner les pauvres. Certains de ces dispositifs sont moins efficaces que d'autres pour réaliser les deux objectifs, notamment si les mesures prises favorisent une fragmentation qui entraîne la création de nombreuses petites caisses. La collecte, la mise en commun des ressources, les achats et la prestation de services supposent des mouvements de capitaux entre les sources de financement et les prestataires qui passent par diverses organisations, lesquelles s'acquittent d'une seule ou de plusieurs de ces tâches. La Figure 5.2 illustre la structure du financement du système de santé dans quatre pays qui diffèrent considérablement quant à l'importance des dispositifs officiels de mise en commun des ressources et d'achat groupé par rapport aux paiements directs des consommateurs aux prestataires sans aucun partage des risques.

Les caisses importantes sont préférables aux petites, car elles peuvent augmenter les ressources dont disposent les services de santé. Plus la caisse est grande et plus la part des contributions pouvant être allouée exclusivement aux services de santé est élevée. Une grande caisse peut en effet tirer parti d'économies d'échelle pour l'administration et réduire le montant des contributions requises pour faire face à des besoins incertains et disposer de fonds suffisants en vue du financement des services. Etant donné que les besoins varient de façon imprévisible, une estimation portant sur un seul individu risquerait d'être excessivement élevée. En réduisant l'incertitude, la caisse est en mesure d'abaisser le montant qui sert de réserve financière pour se prémunir contre les variations pouvant survenir par rapport aux estimations des dépenses de santé de ses membres. Elle peut alors utiliser les fonds rendus disponibles pour accroître et améliorer les services.

Le fractionnement des caisses – en d'autres termes, l'existence d'un trop grand nombre de petits organismes impliqués dans la collecte des recettes, la mise en commun des ressources et l'achat des services – nuit aux performances dans ces trois domaines, et notamment celui de la mise en commun des ressources. Dans les systèmes fragmentaires, ce n'est pas le nombre de caisses et d'acheteurs qui compte, mais le fait que beaucoup d'entre elles sont trop petites. En Argentine, avant les réformes de 1996, il y avait plus de 300 caisses (*Obras Sociales Nacionales*) pour les travailleurs du secteur structuré, dont certaines n'avaient

pas plus de 50 000 membres. Du fait de la capacité administrative et des réserves financières requises pour assurer la viabilité financière de ces petites organisations ainsi que des bas revenus de leurs membres, leurs enveloppes de prestations étaient très restreintes. Le problème est le même avec les assurances de groupe communautaires dans les pays en développement. Si elles représentent un progrès par rapport au financement par paiements directs, leur taille et leur capacité organisationnelle compromettent souvent leur viabilité financière (16,17). Un financement basé principalement sur des paiements directs par les patients représente le plus haut degré de fractionnement. En pareil cas, chaque individu constitue un régime particulier et doit donc payer pour ses propres services de santé.

Les caisses importantes sont plus efficaces pour la mise en commun des ressources et l'achat des services. Toutefois, les économies d'échelle diminuent progressivement et, au-delà d'une taille critique, les avantages marginaux peuvent devenir négligeables. Les arguments en faveur des grandes caisses ne valent donc pas pour un régime unique lorsqu'il est possible, sans fractionnement, d'en conserver plusieurs dont la taille et le mécanisme de financement permettent de répartir le risque et de subventionner les pauvres de manière adéquate.

La politique du système de santé relative à la mise en commun des ressources doit viser à favoriser la création d'organismes aussi étendus que possible. Lorsqu'un pays ne dispose pas à un moment donné de la capacité organisationnelle et institutionnelle lui permettant d'avoir un régime unique ou des caisses importantes pour tous les citoyens, les décideurs et les donateurs doivent tenter de créer les conditions favorables à la mise en place de telles caisses. En attendant, les décideurs devraient promouvoir, chaque fois que cela est possible, des dispositifs de mise en commun des ressources qui constitueront une étape provisoire sur la voie d'un regroupement. Des petites caisses ou des caisses ne couvrant que certains segments de la population sont préférables à un système de paiements directs pour tous. S'opposer à de telles mesures ou les négliger tant que l'on ne dispose pas de la capacité nécessaire à la création d'un régime unique efficace présente deux inconvénients : on risque de ne pas faire bénéficier la population d'une meilleure protection, mais aussi d'empêcher l'Etat de réglementer de telles initiatives et de les orienter vers un régime unique ou des régimes plus importants. En revanche, l'adoption de dispositifs tels que les barèmes communautaires (fixés en fonction du risque moyen d'un groupe), les assurances transférables basées sur l'emploi (que l'employé conserve lorsqu'il change d'emploi) et les enveloppes de prestations minimums égales pour tous (accès aux mêmes services dans toutes les caisses) peut non seulement protéger les membres des caisses, mais aussi préparer l'avènement de plus grandes organisations.

Dans les pays à faible revenu où le secteur structuré est de taille réduite, il faut promouvoir la mise en commun des ressources au niveau communautaire. La méfiance des communautés à l'égard des caisses locales peut limiter de telles initiatives, mais elles n'en constituent pas moins un important moyen de faire appel à la coopération internationale en conférant aux donateurs un rôle de garant de la communauté, et en les faisant contribuer à créer la capacité organisationnelle et institutionnelle nécessaire. Dans les pays en développement à revenu moyen, il convient à la fois d'encourager la création d'assurances de groupe et, si possible, soit de créer un grand organisme, soit de promulguer une réglementation précisant la taille minimum des caisses qui garantit leur viabilité financière, et réglementer les initiatives de mise en commun des ressources de manière à faciliter un futur regroupement.

Toutefois, la concurrence entre les caisses n'est pas nécessairement un mal. Elle peut les rendre plus aptes à répondre aux besoins de leurs membres et encourager l'innovation. Elle

peut aussi les inciter à réduire leurs coûts (afin d'accroître leurs parts de marché et d'augmenter leurs bénéfices), par exemple au moyen de fusions comme dans la réforme des organismes d'assurance-maladie quasi publics en Argentine en 1996 (*Obras Sociales*). L'absence de concurrence à l'époque faisait que les administrateurs se souciaient peu de l'importance des coûts administratifs et du faible montant des prestations versées aux membres, car ils disposaient de toute manière d'un groupe captif de cotisants. La concurrence et le processus de fusion qui en est résulté ainsi que des subventions explicites aux bénéficiaires à faible revenu ont permis aux membres des petites caisses de s'affilier à des groupes plus importants et d'obtenir de meilleures prestations pour un même montant de cotisations.

En dépit de ses avantages potentiels, la concurrence entre les caisses pose de sérieux problèmes aux systèmes de santé, notamment pour ce qui touche au comportement des caisses et des consommateurs en matière de choix. La participation obligatoire (c'est-à-dire le fait que les personnes remplissant les conditions requises pour s'affilier à un régime d'assurance sont tenues de le faire) réduit considérablement les possibilités de choix sans éliminer totalement les incitations, notamment dans le cas où les cotisations ne sont pas liées au risque.

Le comportement en matière de choix est un problème lié à la concurrence qui peut se poser chaque fois qu'il y a mise en commun des ressources et quel que soit le niveau d'organisation auquel celle-ci s'opère (27,28). On s'y heurte notamment lorsqu'il y a concurrence entre des régimes où les cotisations ne sont pas liées au risque. Ou bien les caisses vont essayer d'attirer les consommateurs présentant le moins de risques (sélection par le risque), qui paieront des cotisations sans contribuer aux dépenses, ou bien les consommateurs présentant le plus de risques vont avoir plus de mal à se faire assurer que le reste de la population (sélection par élimination). La concurrence entre les caisses devient alors un combat pour l'information entre les consommateurs (qui sont généralement mieux à même d'évaluer le risque d'intervention sanitaire auquel ils sont exposés) et la caisse (qui, pour assurer sa viabilité financière à long terme, doit être mieux informée des risques que présentent les consommateurs), ce qui a d'importantes répercussions sur les dépenses administratives des caisses. Si la sélection par élimination prédomine, les caisses ont des frais de plus en plus élevés, sont obligées d'augmenter les cotisations et risquent de faire faillite. Une telle évolution ne menace pas seulement les caisses privées d'assurance-maladie, mais aussi les groupements communautaires. Les données dont on dispose indiquent clairement que les groupements d'assurance-maladie communautaires, fonctionnant pour la plupart sur la base de l'affiliation volontaire, ont de grandes difficultés à gérer la sélection par élimination (17). Si la sélection par le risque prédomine, ce qui est presque toujours le cas lorsque la concurrence entre les caisses est insuffisamment réglementée, les pauvres et les malades sont exclus.

Une telle exclusion devrait être évitée en associant une réglementation à des incitations financières. La réglementation peut couvrir des aspects tels que l'affiliation obligatoire, les cotisations non liées au risque ou la fixation d'un barème communautaire (tarif unique applicable à tous les membres d'un groupe qui vivent ou travaillent en un même lieu) et l'interdiction des demandes de garanties supplémentaires (informations complémentaires sur les risques courus par l'assuré). Les incitations financières peuvent comprendre des mécanismes de compensation des risques ou des subventions versées aux pauvres pour leur permettre de s'affilier à une caisse. Ces mécanismes permettent de limiter les problèmes de concurrence entre les caisses, mais ils sont une source de dépenses administratives en raison du coût élevé des transactions intra-système dues au passage d'une structure hiérarchique à un marché de l'assurance-maladie (29,30).

La réglementation et les incitations devraient aussi viser à éviter que la concurrence ne provoque un fractionnement des caisses. Si les incitations organisationnelles et institutionnelles sont suffisantes, la mise en place de grandes caisses est beaucoup plus efficace que la concurrence entre plusieurs caisses. Les régimes nationaux uniques, qui sont les groupes les plus vastes possibles et qui ne sont pas soumis à la concurrence, pourraient être considérés comme le système de mise en commun des ressources le plus efficace. Ils permettent d'éviter le fractionnement des caisses et tous les problèmes de concurrence, mais ils éliminent aussi les avantages de cette concurrence.

La mise en commun des ressources et les achats sont, dans la plupart des dispositifs de financement de la santé, intégrés à l'intérieur d'une même organisation. L'allocation des fonds de la caisse pour les achats s'effectue au sein de l'organisation dans le cadre du processus budgétaire. Il existe cependant quelques cas dans le monde où l'on s'est efforcé de dissocier les fonctions et d'allouer les fonds d'une caisse à des acheteurs multiples au moyen d'une capitation corrigée en fonction du risque. C'est ainsi qu'en Colombie (31,32) et aux Etats-Unis d'Amérique (33,34), on s'est attaché à faire jouer la concurrence au stade de l'achat afin de réduire au minimum les problèmes de concurrence entre caisses examinés plus haut.

STRATÉGIE D'ACHAT

Les systèmes de santé doivent veiller à ce que la gamme des interventions sanitaires qu'ils fournissent et financent corresponde aux critères examinés au chapitre 3. Ils doivent aussi s'assurer que la mise en œuvre des interventions aide à améliorer la réactivité et l'équité financière du système. La stratégie d'achat est un moyen d'y parvenir.

Toutefois, comme l'indique le chapitre 3, c'est aux prestataires qu'incombe principalement la charge de veiller à l'efficacité des interventions sanitaires. Pour jouer leur rôle efficacement, les prestataires doivent disposer de moyens et de mécanismes organisationnels suffisants, ainsi que d'incitations cohérentes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Les achats jouent un rôle essentiel en assurant la cohérence des incitations externes pour les prestataires grâce à des mécanismes de passation de marchés, de budgétisation et de paiement.

La stratégie d'achat se heurte à trois problèmes fondamentaux : quelles interventions doit-on acheter ? A qui ? Et comment ? La taille est également une caractéristique importante des centrales d'achats. Les gros acheteurs peuvent bénéficier non seulement d'économies d'échelle, mais aussi d'une meilleure capacité de négociation (situation de monopsonie) avec les monopoles naturels de prestataires sur le prix, la qualité et l'opportunité des services.

Une stratégie d'achat suppose la recherche constante des meilleures interventions disponibles, des meilleurs prestataires auxquels il convient de les acheter ainsi que des mécanismes de paiement et des procédures de passation des marchés les plus appropriées pour payer ces interventions. Déterminer les meilleurs prestataires, c'est être en mesure d'obtenir ce qu'il y a de mieux (par exemple, accès rapide des patients aux services faisant l'objet du contrat). C'est aussi pouvoir conclure des alliances stratégiques pour le développement futur de ces prestataires et pour la diffusion de leurs meilleures pratiques auprès d'autres prestataires.

L'importance du rôle de la santé publique et les caractéristiques techniques des interventions qui doivent être fournies sont examinées au chapitre 3. Pour l'achat des soins individuels, la détermination des interventions à acquérir s'effectue à deux niveaux. Le pre-

mier est largement lié à l'administration générale. Ici, c'est la société qui détermine (la plupart du temps de façon tacite) l'importance relative des buts du système : santé, réactivité et contribution équitable au financement. A cet effet, elle fixe des priorités pour le financement public de programmes déterminés ou elle crée une réglementation et des incitations financières pour le financement privé facultatif ou obligatoire. Lorsque l'administration générale est déficiente, la pondération des objectifs du système de santé est déterminée *de facto* par l'acheteur et les lois du marché. La responsabilité du deuxième niveau incombe à l'acheteur. Celui-ci détermine au jour le jour les interventions nécessaires pour atteindre les objectifs du système (définis au niveau de l'administration générale) et décide du ticket modérateur et autres aspects financiers. Il a également les pouvoirs nécessaires pour négocier avec les prestataires au sujet de la quantité, de la qualité et de la disponibilité escomptées des interventions qu'il y a lieu d'acheter et de fournir.

Les centrales d'achats doivent aussi déterminer à qui il faut acheter. Cette mesure est essentielle pour qu'elles puissent éviter d'avoir à intervenir sur des questions de détail dans la gestion des prestataires. Pour inciter à maîtriser les coûts, à mettre l'accent sur les soins préventifs et à maintenir ou améliorer la qualité des services, les acheteurs doivent fixer l'ordre de priorité des *unités* d'achat en décidant s'il y a lieu d'acquérir des interventions, des gammes déterminées de services, tous les soins nécessaires à des individus ou des groupes, ou encore tous les moyens de production de ces soins. Chaque unité d'achat doit avoir une taille critique et concerner des prestataires suffisamment divers pour offrir une gamme de services appropriée. Ces unités aident l'acheteur et le prestataire à s'entendre sur un mécanisme de paiement permettant au prestataire de partager le risque avec l'acheteur (c'est-à-dire que le prestataire est partiellement responsable de toute une gamme d'interventions pour une somme relativement fixe). Le spectre des modalités de partage des risques, qui va de la formule où tous les risques sont assumés par l'acheteur à celle où ils sont tous transférés au prestataire, est examiné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999*.

Grâce à de telles unités, il est aussi plus facile à l'acheteur de passer des contrats à long terme pour le compte de groupes de membres de la caisse avec des prestataires chargés de tous les aspects des soins de santé nécessaires. Si l'unité d'achat est trop petite, l'acheteur aura des difficultés à s'entendre sur un mécanisme de paiement basé sur le partage du risque en raison du fractionnement éventuel de la caisse, et devra avoir recours à des formes traditionnelles d'achat de services individuels ou de rémunération à l'acte. Une telle situation obligera l'acheteur à s'intéresser à des interventions à court terme isolées, car l'absence d'accord sur la répartition des risques rendra difficile la conclusion d'un contrat à long terme pour des interventions destinées à des groupes de population. Il en résultera une hausse des frais d'administration du système par rapport au volume des interventions.

En ce qui concerne la manière d'acheter, on doit se fixer deux objectifs : premièrement, éviter les micro-achats, c'est-à-dire les achats d'interventions à une échelle tellement réduite que cela reviendrait à intervenir dans la gestion des affaires courantes des prestataires. (Il est cependant des circonstances où micro-achats et micro-gestion peuvent être justifiés, notamment pour des interventions très complexes, très coûteuses et peu fréquentes.) Deuxièmement, concevoir et mettre en œuvre des mécanismes efficaces pour les passations de marché, la budgétisation et les paiements. Pour éviter les micro-achats, il faut axer le processus d'approvisionnement sur la création d'incitations externes appropriées et évaluer les résultats. Le problème consiste ici à fixer des objectifs d'achat qui permettent aux prestataires de disposer de tout le pouvoir discrétionnaire nécessaire dans les contacts prestataire-consommateur, mais qui laissent à l'acheteur la possibilité d'influencer l'accès général des membres de la caisse aux services individuels et collectifs.

Les mécanismes de budgétisation et de rémunération du prestataire constituent un élément essentiel de l'interaction acheteur-prestataire. Avec la passation de marchés, ils contribuent à instaurer un environnement dans lequel les prestataires sont incités à agir en fonction des quatre objectifs suivants : prévenir les problèmes de santé des membres de la caisse ; répondre aux attentes légitimes des gens ; fournir des services et résoudre les problèmes de santé des membres de la caisse ; et enfin, maîtriser les coûts.

Aucun mécanisme de budgétisation ou de rémunération des prestataires ne permet, à lui seul, d'atteindre simultanément ces quatre objectifs (35). Le Tableau 5.3 résume les caractéristiques des mécanismes de budgétisation et de paiement les plus fréquents qui ont été conçus en fonction de ces objectifs. Si les budgets détaillés peuvent être efficaces pour la maîtrise des coûts, ils n'offrent que peu d'incitations pour les trois autres objectifs. La rémunération à l'acte, au contraire, constitue une forte incitation pour la prestation des services, mais elle tend également à provoquer une augmentation du coût global du système. Dès lors, les acheteurs doivent utiliser pour atteindre leurs objectifs une formule associant divers mécanismes de paiement. Le libre choix du prestataire par les consommateurs accroît la capacité de réaction, quel que soit le système de paiement, mais plus particulièrement lorsque celui-ci oblige à attirer les patients pour garantir le règlement des services par l'acheteur (rémunération à l'acte ou paiement en rapport avec le diagnostic).

La capitation est le versement par chaque bénéficiaire d'une somme forfaitaire à un prestataire censé fournir une gamme de services. Elle peut fortement favoriser la prévention et la maîtrise des coûts dans la mesure où le prestataire qui la perçoit va bénéficier des deux. Si la durée du contrat est si courte que l'effet d'une intervention préventive donnée ne sera pas perceptible avant l'expiration du contrat, le prestataire ne sera guère incité à mettre l'accent sur la prévention. De même, si le prestataire n'est pas autorisé à bénéficier de l'excédent de recettes ou à le réinvestir, il sera peu enclin à maîtriser les coûts au-delà de ce qui est nécessaire pour la viabilité financière de son organisation.

En raison de ses avantages pour la maîtrise des coûts et la prévention, la capitation est utilisée par de nombreuses centrales d'achats dans le monde. Elle a été adoptée par le service national de santé du Royaume-Uni, notamment pour les généralistes, et a par la suite joué un rôle plus important dans la répartition des risques avec l'instauration de l'autoresponsabilité financière des généralistes qui permet d'investir les surplus dans le cabinet médical (6). Elle a aussi été adoptée en Argentine pour des réseaux de prestataires de l'organisme de sécurité sociale pour retraités (23), en Nouvelle-Zélande pour des associations de cabinets médicaux indépendants (36) et aux Etats-Unis pour les organisations

Tableau 5.3 Mécanismes de rémunération des prestataires et comportement des prestataires

Comportement des prestataires	Prévention des problèmes de santé	Fourniture de services légitimes	Réponse aux aspirations	Maîtrise des coûts
Mécanismes				
Budget détaillé	+/-	--	+/-	+++
Budget global	++	--	+/-	+++
Capitation (avec concurrence)	+++	--	++	+++
Paiement lié au diagnostic	+/-	++	++	++
Rémunération à l'acte	+/-	+++	+++	---

Symbole : +++ effet très positif ; ++ effet assez positif ; +/- effet limité ou variable ; -- effet plutôt négatif ; --- effet très négatif.

de soins intégrés (37). Avec les mécanismes de paiement fondés sur la répartition des risques, il arrive que certaines fonctions de partage des risques entre les membres d'une caisse soient assurées par le prestataire si cette mesure est prévue dans le mécanisme. Ainsi, lorsqu'une organisation de mise en commun des ressources qui fait aussi office de centrale d'achats traite avec de petits prestataires, chacun d'eux peut devenir son propre organisme de mise en commun des ressources. Si les groupes de prestataires sont trop petits, il risque donc de se produire un fractionnement de la caisse. C'est là le principal argument invoqué au Royaume-Uni en 1999 pour passer de l'autoresponsabilité financière des généralistes à des groupements plus importants, les unités de soins de santé primaires.

Les mécanismes de rémunération des prestataires axés sur l'offre, tels que les budgets détaillés, mettent l'accent sur des produits et les prestataires ne sont pas en mesure de s'adapter avec la souplesse voulue aux incitations externes. Ces mécanismes sont trop souvent les plus utilisés dans les pays en développement pour la rémunération des prestataires publics. Il en résulte que ces derniers n'adaptent pas continuellement leur gamme de services, ce qui fait sérieusement obstacle à une meilleure efficacité du système de santé dans de nombreux pays en développement (38) et entrave aussi considérablement la collaboration public-privé pour la prestation des services (39). Les budgets détaillés sont à ces égards bien pires que les budgets globaux qui ont en outre pour effet d'aider à maîtriser les coûts.

Comment peut-on favoriser une gestion plus souple des ressources au niveau des prestataires ? Un élément de réponse à cette question figurait déjà dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (14) : il faut qu'acheteurs et prestataires concluent des accords plus explicites sur les services à fournir (accords sur la performance, quasi-contrats et contrats). Les accords de type quasi contractuel sont des accords explicites, non juridiquement contraignants, conclus entre deux parties, en l'occurrence l'acheteur et le prestataire. La gestion des ressources nécessite aussi la mise en place d'un système de financement axé sur les patients, notamment si la politique est favorable au libre choix du prestataire. Le succès suppose une capacité organisationnelle et institutionnelle importante ainsi que des conditions politiques propices, en raison notamment des conséquences potentielles de ce système pour les prestataires publics. En l'absence d'une telle capacité et des conditions politiques nécessaires avant ou pendant l'adoption de réformes des contrats et du financement axé sur la demande, les répercussions risquent d'être négatives, à en juger par l'expérience de l'Afrique du Sud, de l'Inde, du Mexique, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, de la Thaïlande et du Zimbabwe (40,41). La sous-traitance des services cliniques est particulièrement complexe, même si on la limite à des prestataires à but non lucratif comme les hôpitaux des missions religieuses au Ghana, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe (42).

En résumé, les acheteurs doivent passer de la rémunération basée sur l'offre à des mécanismes de paiement axés sur la demande, des contrats implicites à des contrats explicites et de la rémunération à l'acte à une forme de paiement fondée sur la répartition des risques. La passation de contrats, le passage à un système de paiement axé sur la demande et l'introduction de mécanismes de rémunération des prestataires basés sur la répartition des risques exigent un haut niveau de capacité technique, organisationnelle et institutionnelle ainsi qu'une forte influence politique en raison de la résistance probable des prestataires à toute mesure augmentant leur part de risques et de responsabilité, notamment dans le secteur public.

MODES D'ORGANISATION

Le débat relatif aux politiques de financement des systèmes de santé porte souvent exclusivement sur les aspects techniques et sous-estime l'importance des facteurs organisationnels et institutionnels. Les réformes du mécanisme de rémunération des prestataires mises en œuvre au début des années 1990 dans certains pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Costa Rica, Nicaragua) en constituent un exemple (39). Au début, les auteurs de ces réformes n'ont pas suffisamment tenu compte de leurs effets organisationnels et institutionnels, supposant qu'il suffirait d'agir sur les prix pour envoyer aux prestataires des signaux qui les inciteraient à modifier leur comportement. Ils ont, semble-t-il, estimé (de façon explicite ou implicite) que, grâce principalement à de nouveaux mécanismes comme la rémunération basée sur le diagnostic ou la capitation, les responsables des prestataires publics seraient en mesure de recevoir et de comprendre ces signaux, sauraient comment réagir et seraient prêts à le faire, quelle que soit leur culture d'entreprise. Ils ont aussi mal évalué l'importance et les difficultés des mesures nécessaires pour offrir aux responsables un cadre juridique et administratif dont la souplesse rende possibles les changements qui s'imposent. En outre, ils ont apparemment pensé que le gouvernement serait désireux et capable de résoudre les problèmes politiques posés par une telle souplesse. Or, on a pu constater, depuis une dizaine d'années, que ce n'était pas toujours le cas et qu'il fallait mettre davantage l'accent sur les transformations organisationnelles et institutionnelles requises pour que les réformes des systèmes de paiement des prestataires aient les effets voulus.

Les caractéristiques des organismes de prestataires sont analysées au chapitre 3. Ce même type d'analyse vaut pour les organismes de financement de la santé. Nous allons examiner ci-après les principaux facteurs qui influent sur la performance des organismes de financement de la santé et, partant, sur l'équité de la protection contre le risque financier conférée par le système de santé.

Les citoyens contribuent au financement des systèmes de santé non seulement par des paiements directs au moment où ils demandent des services, mais aussi, dans la plupart des pays du monde, par le biais de diverses combinaisons des *modes d'organisation* ci-après :

- *Le ministère de la santé*, généralement à la tête d'un vaste réseau de prestataires publics organisé en service national de santé et dont la principale source de revenu est l'impôt collecté par le ministère des finances. Ce réseau dessert la population générale.
- *L'organisme de sécurité sociale* (pouvant comprendre plusieurs caisses, concurrentes ou non), dont les ressources proviennent principalement des cotisations calculées en fonction du salaire. Cet organisme possède des réseaux de prestataires ou traite avec des prestataires extérieurs et dessert principalement ses propres membres (généralement des travailleurs du secteur structuré de l'économie).
- *Un groupement communautaire ou basé sur les prestataires*, qui est habituellement une petite caisse ou centrale d'achats, dont les ressources proviennent essentiellement d'affiliations volontaires.
- *Les caisses privées d'assurance-maladie* (réglementées ou non), qui sont principalement alimentées par des cotisations volontaires (primes), calculées parfois en fonction du risque mais rarement sur la base du revenu, l'assurance étant souvent contractée par un employeur au nom de tous ses employés.

Les prestataires peuvent constituer un organisme de mise en commun des ressources financé par un mécanisme de capitation qui ne tient pas compte du risque, ainsi qu'on l'a

vu plus haut. Avec cette formule, des incitations internes pour les prestataires coexistent avec des incitations internes pour les organismes de financement, ce qui risque de nuire à la cohérence de ces incitations.

Les caractéristiques techniques du financement de la santé sont traitées différemment dans chacun de ces types d'organisation. Ceci est particulièrement évident lorsqu'on compare les caisses privées d'assurance-maladie liée au risque et les organismes de sécurité sociale. Ces derniers répartissent le risque entre la totalité de leurs membres au moyen de cotisations qui ne sont pas fonction du risque. Tous les membres acquittent une cotisation calculée au prorata de leur salaire, indépendamment du risque auquel ils sont exposés. En revanche, les primes versées aux caisses privées d'assurance-maladie volontaire ne sont équivalentes qu'au sein d'une même catégorie de risque (par exemple, pour les membres du même sexe, du même âge ou du même lieu de résidence). Il existe de nombreux types d'assurances-maladie privées et les cotisations des membres sont déterminées selon leur catégorie de risque. La démarche du type « sécurité sociale » et celle de l'assurance privée liée au risque sont contradictoires, et leur coexistence crée, pour les consommateurs, des incitations divergentes. Tous les consommateurs qui appartiennent à une catégorie de risque rendant plus avantageuse leur affiliation à une caisse d'assurance privée ont tendance à préférer cette formule, lorsqu'ils peuvent l'adopter, à celle de la sécurité sociale. Par contre, les personnes à haut risque sont tentées de cotiser aux régimes de sécurité sociale qui se trouvent de ce fait surchargés de ce type de membres, ce qui augmente le coût individuel des services pour l'ensemble des membres. Le cas du Chili, qui est présenté dans l'Encadré 5.2, illustre cette situation (43) dans laquelle les cotisants peuvent choisir de quitter la sécurité sociale pour verser leurs contributions à des assureurs privés. Le problème des incitations divergentes ne peut être réglé que si l'affiliation à une assurance sociale est obligatoire.

Les fonctions de financement de la santé sont souvent assurées par une organisation unique. Dans le cas des systèmes du type ministère de la santé ou service national de santé, la collecte est généralement assurée par le ministère des finances. Certains systèmes de santé qui comprennent plusieurs organismes de sécurité sociale ont mis en place des centres de collecte chargés de la péréquation du risque entre les différentes caisses (comme en Allemagne, en Colombie et aux Pays-Bas). Diverses tentatives ont été faites pour dissocier la mise en commun des ressources et les achats (par exemple en Colombie et aux États-Unis). La séparation organique des sous-fonctions collecte et mise en commun des ressources est plus rare que la séparation entre les achats et la fourniture des services, et elle a été moins bien étudiée. Il semble qu'elle soit moins importante pour offrir les bonnes incitations aux prestataires que la séparation entre les achats et la fourniture des services incluse dans les réformes visant à organiser la concurrence et réglementer le marché intérieur (44-47).

INCITATIONS

A l'instar des organisations de prestataires décrites au chapitre 3, les organismes de financement de la santé sont soumis à des incitations internes. La performance d'une organisation dépend de la cohérence des incitations internes ci-après :

- Le degré d'*autonomie* ou l'étendue des pouvoirs de décision d'une organisation vis-à-vis du propriétaire, de l'autorité de contrôle ou du gouvernement. Les principaux pouvoirs de décision concernent les montants des cotisations (primes ou retenues sur les salaires), l'importance du ticket modérateur et l'ordre de priorité des interven-

tions à acheter, l'élaboration et la négociation des contrats et des mécanismes de rémunération des prestataires, le choix des prestataires lors de la passation des marchés et souvent les investissements.

- Le degré de *responsabilité*. A mesure que l'autonomie s'accroît, les propriétaires, les autorités de contrôle ou le gouvernement doivent disposer de mécanismes (supervision hiérarchique, réglementation ou incitations financières) qui obligent l'organisation à rendre compte de ses résultats.
- Le degré d'*exposition au marché*, c'est-à-dire la proportion de recettes perçues en faisant jouer la concurrence, par rapport aux revenus provenant d'une allocation budgétaire. Le fait que l'Etat octroie ou non des compléments d'allocation en cas de déficit consécutif de mauvais résultats a une incidence marquée sur la performance.
- Le degré de *responsabilité financière* vis-à-vis des pertes et le droit de percevoir des profits (bénéfices non distribués et produit de la vente ou de la location de biens de capital).

Encadré 5.2 Le marché chilien de l'assurance-maladie : lorsque l'administration générale est impuissante à résoudre les problèmes de concurrence entre les caisses et à corriger les déséquilibres entre les incitations internes et externes

En 1980, le Gouvernement chilien a entrepris une réforme radicale de son système de santé. Il a séparé l'administration financière, dans le secteur de la santé publique, des prestataires publics et du Ministère de la Santé en instituant un Fonds national de la santé (FONASA) financé à la fois par l'impôt (pour étendre la couverture aux pauvres) et par un prélèvement de 7 % sur les salaires des travailleurs du secteur structuré. Parallèlement, il a instauré une concurrence en autorisant la création d'organismes privés d'assurance-maladie (ISAPRE). Tous les travailleurs du secteur structuré et leurs familles doivent obligatoirement cotiser au FONASA ou à un ISAPRE, le reste de la population étant couvert par le FONASA. Alors que ce dernier perçoit de tous ses membres une cotisation fixée à 7 % du salaire, indépendamment du risque, les ISAPRE peuvent moduler le montant de leurs cotisations (à partir d'un minimum égal à 7 % du salaire) et l'enveloppe des prestations en fonction du risque que présentent l'assuré et sa famille. Ces deux formes d'organisation reposent sur des principes opposés : le FONASA est financé par des cotisations basées sur le

salaires et n'exclut aucun membre, mais les ISAPRE dépendent en fait de cotisations adaptées au risque. En dehors du Ministère de la Santé, dont les pouvoirs sont très limités, aucune autorité n'a été en mesure de réglementer les ISAPRE pendant les 10 ans qui ont suivi leur création. De ce fait, la couverture des ISAPRE est passée de 2 % de la population

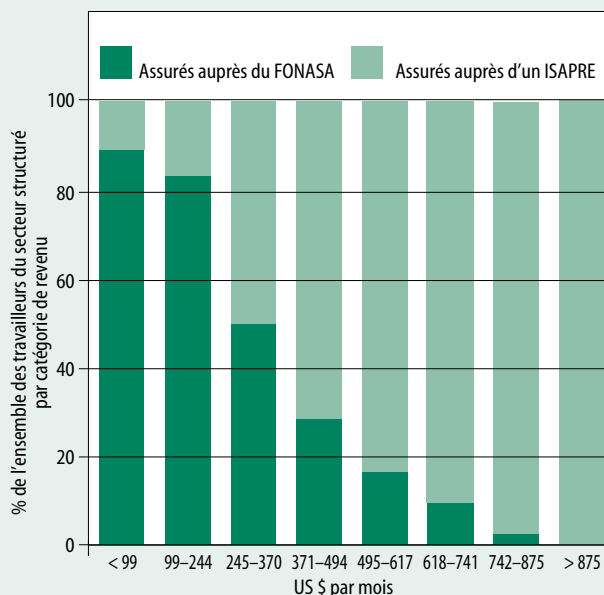
en 1983 à 27 % en 1996.

L'absence de réglementation, l'inefficacité de l'administration générale (pour des raisons politiques) et une politique officielle consistant à redistribuer l'ensemble des ressources par l'intermédiaire du FONASA ont entraîné une forte segmentation du marché. Les ISAPRE ont sélectionné les plus riches et les

mieux portants. Ce n'est que récemment que l'on a pu introduire une réglementation limitant la sélection par le risque. Du fait de la segmentation, on constate que, si les personnes âgées de plus de 60 ans (considérées en général comme le groupe de population à plus haut risque) représentent plus de 9 % de l'ensemble de la population chilienne, elles ne constituent qu'environ 3 % du nombre des bénéficiaires des ISAPRE. Par ailleurs, ainsi que l'illustre le graphique ci-contre, les travailleurs à faible revenu sont presque tous couverts par le FONASA et pratiquement absents des ISAPRE. Un débat est en cours au Chili au sujet d'une réforme du système d'assurance-maladie qui permettrait de résoudre ce problème structurel.

Source : Baeza C, Copetta C. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) et Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999.

Proportion des travailleurs du secteur structuré qui sont assurés auprès du FONASA et des ISAPRE en fonction de leur niveau de revenu, Chili (1994)



Source : Association des ISAPRE et FONASA, 1995.

- Le degré de *non-financement des services obligatoires*, c'est-à-dire la proportion (en termes d'allocation de recettes) des services qui incombent légalement à l'organisation, mais que celle-ci n'est pas autorisée à facturer et pour lesquels elle ne perçoit aucun versement compensatoire. Les dispositions adoptées à cet égard peuvent prévoir l'extension de la couverture aux personnes très pauvres ou très malades, comme c'est généralement le cas avec les organisations du type ministère de la santé ou service national de santé, ou l'obligation pour l'acheteur de prendre à sa charge les soins d'urgence administrés dans des situations où la vie du patient est en jeu, quels qu'en soient le coût et le lieu.

Tous les systèmes de financement de la santé par prépaiement dans le monde incorporent, dans des proportions diverses, les quatre formes d'organisation décrites ci-dessus. Il est évident que chacune réagit différemment aux incitations internes. Par exemple, les organisations du type ministère de la santé ou des finances ont beaucoup plus de chances d'être astreintes à des services obligatoires non financés que les caisses d'assurance privées. En outre, ces organisations n'ayant pas le même degré d'exposition au marché et de responsabilité, elles ont tendance à réagir de façon très différente à l'obligation de s'acquitter de services non financés. Alors que les organisations du type ministère de la santé ou des finances peuvent remédier au non-financement des services en ajustant la qualité ou l'opportunité des interventions, voire en générant des déficits budgétaires, il se peut que les caisses d'assurance privées choisissent d'exclure les membres qui risquent le plus d'avoir besoin des services non financés. Afin d'éviter les inégalités pouvant résulter en particulier d'une autonomie accrue, il importe de prévoir des incitations réglementaires et financières (par exemple, mécanismes de compensation du risque) afin de protéger les malades et les pauvres.

Autre exemple des différences marquées entre les incitations internes des différents types d'organisation : l'autorité à laquelle chacun est tenu de rendre compte. Du fait que les organisations du type ministère de la santé ou des finances relèvent de leur gouvernement, des incitations externes sont nécessaires pour qu'elles prennent aussi en considération le point de vue des consommateurs. En revanche, dans le cas des caisses privées d'assurance-maladie qui sont responsables devant les propriétaires et les consommateurs, des incitations externes et une réglementation s'imposent pour que leurs enveloppes de prestations et leurs méthodes d'assurance soient cohérentes avec les priorités et politiques nationales en matière de santé, d'équité financière et de capacité de réaction. Il arrive souvent, comme dans le cas de l'assurance-maladie privée non réglementée en Argentine jusqu'en 1996 (23), que l'assurance privée réponde à la demande des consommateurs en axant les enveloppes de prestations sur des interventions peu coûteuses et fréquentes, et en excluant des interventions très coûteuses et rares (événements catastrophiques) pour lesquelles les assurances de groupe constituent la formule la plus appropriée. Dans ces conditions, des enveloppes de prestations minimums doivent être prévues pour la totalité des membres, y compris la couverture par chaque caisse des événements catastrophiques, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un organisme de réassurance.

Le Tableau 5.4 présente de façon schématique le niveau de chaque incitation interne pour chacun des quatre types d'organisation.

L'administration générale peut améliorer la performance des systèmes de santé en intervenant dans le financement de la santé, car des incitations externes s'imposent pour compenser les différences entre les incitations internes auxquelles sont confrontés les différents organismes de financement de la santé.

Le mode d'interaction entre les différentes formes d'organisation au sein du système est régi par un ensemble d'incitations externes (règles et usages). Trois incitations externes principales influencent le comportement des organismes de financement de la santé ; ce sont les règles et usages applicables à la gouvernance, aux objectifs de la politique publique et aux mécanismes de contrôle.

- Les règles et usages relatifs à la *gouvernance* façonnent les relations entre les organisations et leurs propriétaires. Parmi les droits du propriétaire (public ou privé) figure généralement celui de décider de l'utilisation d'un bien lui appartenant et de disposer de l'excédent de revenu qui lui reste après le règlement de toutes les prestations auxquelles il est astreint. La définition et les limites de ces droits constituent souvent un élément important de la réglementation.
- Les règles et usages se rapportant au financement *des objectifs des pouvoirs publics*, qui ont une incidence sur le fonctionnement des organisations, incluent les directives applicables à la mise en œuvre du budget (pour les systèmes du type ministère de la santé ou service national de santé), les critères d'attribution des subventions publiques (pour les assureurs privés et les groupements communautaires) et les procédures de vérification des comptes.
- Les règles et usages relatifs aux *mécanismes de contrôle* déterminent les relations entre les organisations et les pouvoirs publics, ainsi qu'entre les organisations et les consommateurs. Dans ce contexte, on entend par pouvoirs publics les organes qui interviennent dans l'élaboration des politiques, la réglementation et l'application des décisions. Pour exercer des incitations externes sur les organismes de financement de la santé, les pouvoirs publics disposent de toute une panoplie d'instruments qui vont du commandement et du contrôle hiérarchiques (par exemple, les instructions politiques ou administratives du gouvernement au ministère de la santé ou au service national de santé) à la réglementation et aux incitations financières. Ces instruments englobent parfois des règles se rapportant à des questions telles que le pourcentage de la cotisation basée sur les salaires qui doit être consacré au financement des organismes de sécurité sociale, la teneur minimale des enveloppes de prestations, les exclusions autorisées et les affections préexistantes qui doivent être couvertes, la durée des contrats, les restrictions en matière de commercialisation, les barèmes de l'assurance privée et l'obligation d'informer les autorités de contrôle.

Tableau 5.4 Mesure dans laquelle différents types d'organisation sont soumis à des incitations internes

Types d'organisation \ Incitations internes	Ministères de la santé ou des finances	Organismes de sécurité sociale	Organisations communautaires de mise en commun des ressources	Caisses privées d'assurance-maladie
Pouvoirs de décision (autonomie)	Limités	Variables mais habituellement élevés	Elevés	Elevés
Obligation de rendre compte	Au gouvernement, aux électeurs	Au conseil d'administration/ souvent au gouvernement	Aux propriétaires/ aux consommateurs	Aux propriétaires/ aux consommateurs
Exposition au marché	Nulle	Variable ; élevée dans le cas de plusieurs organismes concurrents	Elevés	Elevés
Responsabilité financière	Aucune ou très limitée	Faible	Elevés	Elevés
Proportion de services obligatoires non financés	Elevés	Faible	Nulle ou très limitée	Nulle ou très limitée

Comme dans le cas des incitations internes, le degré d'exposition aux diverses incitations externes n'est pas le même pour les quatre formes d'organisation. Les principales différences sont présentées de façon schématique dans le Tableau 5.5.

La différence entre les incitations externes des organisations du type ministère de la santé ou des finances et celles des caisses privées d'assurance-maladie est particulièrement éloquent. Si le contrôle hiérarchique influe sur les ministères de la santé ou des finances, il n'en va pas de même pour les caisses d'assurance privées ou les groupements communautaires. L'introduction délibérée d'une concurrence sous la forme d'une assurance-maladie privée ou l'essor de dispositifs communautaires informels de mise en commun des ressources (ou assurances-maladie informelles) oblige l'administration générale à passer du contrôle hiérarchique à une réglementation et à des incitations financières pour influencer les comportements. Cette réorientation entraîne souvent un certain bouleversement des modes de contrôle traditionnels. Elle oblige à être en mesure de prévoir et mettre en œuvre les réformes juridiques et administratives nécessaires, et suppose une évolution significative de la gamme de compétences et de la culture des organismes de direction.

L'évolution des réformes du financement de la santé dans certains pays d'Europe de l'Est et d'Amérique latine (3,48) montre que si l'introduction d'une concurrence du privé ne s'accompagne pas d'un renforcement des contrôles et du passage à d'autres modes d'incitation externe, elle risque d'avoir des effets négatifs. La sélection par le risque est alors quasi certaine, ce qui prive les caisses publiques des consommateurs aisés à faible risque et compromet leur équilibre financier.

Pour réaliser leur potentiel, les incitations externes et internes doivent être cohérentes et orientées vers la solution de deux problèmes fondamentaux qui se posent de façon de plus en plus manifeste dans les pays en développement : l'attraction des décideurs par d'autres intérêts et les lacunes du financement axé sur l'offre.

Du fait que les ministères de la santé ou des finances, et même les régimes uniques de sécurité sociale, ont tendance, en raison des incitations internes et externes, à être davantage influencés par des préoccupations politiques que par les intérêts des consommateurs, ils risquent particulièrement de se laisser détourner des objectifs initiaux. En d'autres termes, dans une organisation de mise en commun des ressources ou une centrale d'achats, la prise de décisions obéit à d'autres impératifs que la santé, la réactivité aux besoins des bénéficiaires et l'équité financière. Les intérêts ainsi privilégiés peuvent être en rapport avec la fiscalité, ou avec une entreprise, un syndicat, un parti politique, etc. Il existe de nombreux exemples de systèmes dans lesquels les recettes de la sécurité sociale sont reversées au fisc (comme ce fut souvent le cas, dans le passé, en Amérique latine) ou dans lesquels l'Etat ne

Tableau 5.5 Mesure dans laquelle différents types d'organisation sont sensibles aux incitations externes

Types d'organisation / Incitations externes	Ministères de la santé ou des finances	Organismes de sécurité sociale	Organisations communautaires de mise en commun des ressources	Caisses privées d'assurance-maladie
Gouvernance	Publique, pouvoirs de décision limités	Publique ou quasi publique, pouvoirs de décision variables	Privée, pouvoirs de décision élevés	Privée, pouvoirs de décision élevés
Financement pour la réalisation des objectifs des pouvoirs publics	Elevé	Variable : gouvernement et marché	Aucun, sauf en cas de subventions publiques conditionnelles	Aucun, sauf en cas de subventions publiques conditionnelles
Mécanismes de contrôle	Contrôle hiérarchique	Degrés variables de contrôle hiérarchique, de réglementation et d'incitation financière	Réglementation et éventuellement incitations financières	Réglementation et éventuellement incitations financières

paie pas les cotisations qu'il est tenu de verser à la sécurité sociale en tant qu'employeur dans le cadre d'un dispositif de financement tripartite (où travailleurs, employeurs et Etat paient leur quote-part) comme au Costa Rica dans les années 1980. Les grèves des médecins et leurs effets sur les rémunérations dans les services nationaux de santé montrent aussi que ces systèmes peuvent être facilement influencés par des intérêts professionnels et illustrent l'un des dangers de la fourniture de services publics à grande échelle.

COMMENT LE FINANCEMENT INFLUE SUR L'ÉQUITÉ ET L'EFFICACITÉ

Le principal déterminant de l'équité du financement d'un système de santé est, comme l'indique le chapitre 2, la part du prépaiement dans les dépenses totales. Les paiements directs sont généralement le mode de financement de la santé le plus dégressif et celui qui expose le plus les consommateurs à un risque de dépenses catastrophiques. Le mode de collecte des recettes a donc une forte incidence sur l'équité du système.

Mais même si l'on admet que presque toutes les formes de prépaiement sont préférables au versement direct d'honoraires par le patient, la façon dont les recettes sont regroupées afin de répartir le risque revêt, elle aussi, une grande importance : combien y a-t-il de caisses, quelle est leur taille, l'affiliation est-elle volontaire ou obligatoire, l'exclusion est-elle autorisée, quel est le degré et le type de concurrence entre les caisses et, dans le cas de caisses concurrentes, y a-t-il des mécanismes qui compensent les différences en matière de risque et de capacité de paiement ? Toutes ces caractéristiques influent sur l'équité du système, mais elles aident aussi à déterminer l'efficacité de son fonctionnement. L'argument en faveur d'une seule caisse ou d'un petit nombre de caisses de taille suffisante et contre le fractionnement s'appuie sur des considérations telles que la viabilité financière des caisses, les coûts administratifs de l'assurance, l'équilibre entre les économies d'échelle et (en cas d'absence de concurrence ou de concurrence limitée) les risques d'attraction par d'autres intérêts et de non-réactivité, et, enfin, les limites de la sélection par le risque (qui sont une question d'efficacité ainsi que d'équité). Les lacunes de la collecte et de la mise en commun des recettes réduisent à la fois les fonds disponibles pour les investissements et la prestation des services, et l'accès des gens aux services qui peuvent être financés.

Enfin, la politique d'achat influence à la fois l'équité et l'efficacité, car c'est d'elle que dépendent les investissements effectués, les interventions achetées et les bénéficiaires de ces deux types d'opération. Les recettes peuvent être collectées équitablement et avec un minimum de gaspillage et être regroupées de manière que les personnes bien portantes contribuent à assister les malades et les riches à assister les pauvres. La performance du système demeurera cependant inférieure à son potentiel si les ressources mises en commun ne sont pas utilisées judicieusement pour acquérir la meilleure gamme d'interventions possible, et ainsi améliorer la santé et répondre aux attentes des gens.

RÉFÉRENCES

1. **Musgrove P.** Reformas al sector salud en Chile: contexto, logica y posibles caminos. In: Giaconi J. *La salud en el siglo XXI*. Santiago, Chili, Centuro de Estudios Publicos, 1995 (en espagnol).
2. **Oyarzo C, Galleguillos S.** Reforma del Sistema de Salud Chileno: Marco Conceptual de la Propuesta del Fondo Nacional de Salud. *Cuadernos de Economia*, 1995, 32(95) (en espagnol).
3. **Preker A et al.** *Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (World Bank Technical Paper, en préparation).
4. **New Zealand Ministry of Health.** *Healthy New Zealanders: briefing papers for the Minister of Health 1996*. Wellington (Nouvelle Zélande), Ministère de la Santé, 1996.
5. **Hornblow A.** New Zealand's health reforms: a clash of cultures. *British Medical Journal*, 1997, 314: 1892-1894.
6. **Robinson R, Le Grand J.** *Evaluating the National Health Service reforms*. Oxford, Policy Journals, Transaction Books, 1994.
7. **United Kingdom Department of Health.** *Working for patients*. Londres, HMSO, 1989.
8. **United Kingdom Department of Health.** *The new NHS*. Londres, The Stationery Office, 1998.
9. **Gertler P, van der Gaag J.** *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1990.
10. **Bitran R, McInnes DK.** *The demand for health care in Latin America: lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Washington, DC, Institut de Développement économique de la Banque mondiale, 1993.
11. **Lavy V, Quingley JM.** *Willingness to pay for the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana*. Washington, DC, Banque mondiale, 1993 (Living Standards Measurement Study, Working Paper No. 94).
12. **Nyonator F, Kutzin J.** Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(4): 329-341.
13. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999. Pour un réel changement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999: 37-43 (document non publié WHO/WHR/99.1).
15. **Shieber G, Maeda A.** A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: *Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, Washington, DC, 1997.
16. **Bennett S, Creese A, Monash R.** *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/ARA/CC/98.1).
17. **Organisation Internationale du Travail (OIT).** *Estudio de casos de esquemas de extension de cobertura en salud para el sector informal en America Latina*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (en espagnol).
18. **Newhouse JP, Manning WG, Morris CN.** Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *New England Journal of Medicine*, 1981, 305: 1501-1507.
19. **Abel-Smith B, Rawal P.** Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, 1992, 7(4): 329-341.
20. **Scheffler R, Yu W.** Medical savings accounts: a worthy experiment. *European Journal of Public Health*, 1998, 8: 274-276.
21. **Saltman RB.** Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. *European Journal of Public Health*, 1998, 8: 276-278.
22. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, 41(1): 1-36.
23. **Banque mondiale.** *Argentina, facing the challenge of health insurance reform*. Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (LASHD ESW Report 16402-AR).
24. **Baeza C, Cabezas M.** *Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina?* Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (en espagnol).
25. **Van de Ven WP et al.** Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands. *Health Affairs*, 1994, 13(5): 120-136.
26. **Musgrove P.** *Equitable allocation of ceilings on public investment: a general formula and a Brazilian example in the health sector*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Working Paper No. 69).
27. **Arrow K.** Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 1963, 53(5): 941-973.

28. **Feldstein P.** *Health care economics*. New York, Delmar Publisher, 1993.
29. **Coase R.** The nature of the firm. *Economica*, 1937, 4.
30. **Williamson O.** *The economic institutions of capitalism*. New York, The Free Press, 1985.
31. **Londoño JL.** Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia Colombiana. *Revista de Análisis Económico*, 1996, 11(2) (en espagnol).
32. **Titelman D, Uthoff A.** *The health care market and reform of health system financing*. Santiago, Chili, ECLA, 1999.
33. **Weiner J et al.** Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Review*, 1996, 17(3): 77–99.
34. **Actuarial Research Corp.** *Medical capitation rate development*. Annandale, VA, US Department of Commerce, 1996 (National Technical Information, 1996 PB 96214887).
35. **Barnum H, Kutzin J, Saxenian H.** Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995, 10: 23–45.
36. **Wilton P, Smith RD.** Primary care reform: a three country comparison of budget holding. *Health Policy*, 1998, 44(2): 149–166.
37. **Sekhri Feachem N.** Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (sous presse).
38. **Preker A, Feachem RGA.** *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC, Banque mondiale, 1995 (Technical Paper No. 293).
39. **Baeza C.** *Taking stock of health sector reform in LAC*. Washington, DC, Banque mondiale, 1998 (World Bank Technical Discussion Paper, LASHD).
40. **Mills A.** Contractual relationships between governments and the commercial private sector in developing countries. In: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books, 1996.
41. **McPake B, Hongoro C.** Contracting out clinical services in Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 1995, 41(1): 13–24.
42. **Gilson L et al.** Should African governments contract out clinical health services to church providers? In: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books, 1996.
43. **Baeza C, Copetta C.** *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) et Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999 (en espagnol).
44. **Enthoven A.** *Reflections on the management of the National Health Service*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
45. **Enthoven A.** Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988, 13: 305–321.
46. **Enthoven A.** The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 1993, 12: 24–48.
47. **Ovretveit J.** *Purchasing for health: a multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Buckingham, UK, Open University Press, 1995 (Health Services Management Series).
48. **Baeza C.** *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (Documentos para el Dialogo en Salud No. 3) (en espagnol).