

Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle

Rapport final du Groupe Consultatif
de l'OMS sur la Couverture Sanitaire
Universelle et Equitable



Organisation
mondiale de la Santé

Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle

Rapport final du Groupe Consultatif
de l'OMS sur la Couverture Sanitaire
Universelle et Equitable



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable.

1.Couverture maladie universelle. 2.Prestations des soins de santé. 3.Financement des soins de santé. 4.Accessibilité des services de santé. 5.Coût de la maladie. 6.Politique de santé. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250715 7

(Classification NLM : W 84)

© Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en en Geneva.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Remerciements | vi |
| Préface | vii |
| Résumé sommaire | ix |
| Résumé analytique | x |
| List of abbreviations | xiv |
| 1 Couverture sanitaire universelle | 1 |
| 2 Le rôle important de la justice et de l'équité | 7 |
| 3 Etendre les services prioritaires | 11 |
| 4 Inclure plus de personnes | 25 |
| 5 Réduire les paiements directs des ménages | 33 |
| 6 Stratégie générale et compromis | 40 |
| 7 Responsabilité et participation publique | 46 |
| 8 Indicateurs de progrès | 54 |
| Références | 61 |

Auteurs

Les membres du groupe consultatif de l'OMS:

Ottersen T,* Norheim OF,* Berhane F, Chitah B, Cookson R, Daniels N, Eyal N, Flores W, Gosseries A, Hausman D, Hurst S, Kapiriri L, Ord T, Segall S, Sen G, , Voorhoeve A, Wikler D, Yamin A

Personnel de l'OMS ayant contribué au rapport:

Reis A, Sadana R, Saenz C, Tan-Torres Edejer T

* Principaux auteurs

Remerciements

Ce travail a été financé par NORAD/le Conseil de la Recherche de la Norvège; la Fondation Brocher, Suisse; le Programme Santé et Ethique de l'Université d'Havard; et le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), Canada. Un merci particulier à Marie-Gloriose Ingabire et Sharmila Mhatre du CRDI pour leur engagement actif tout au long du projet. En outre, nos remerciements sincères vont à l'endroit des personnes suivantes pour leurs précieuses discussions et contribution: Merima Ali, Dan Brock, David Evans, Thomas Ferretti, Raja Khosla, Theodora Swift Koller, Joseph Kutzin, Brendan Kwesiga, Jeremy Lauer, Geir Lie, Calvin Ho Wai Loon, Veronica Magar, Hannah McLane, Solomon Memire, Oscar Mujica, Thalia Porteny, Moussa Sacko, Abha Saxena, Nicole Britt Valentine, et Jonathan Wolff.

Préface

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est au cœur des efforts pour renforcer les systèmes de santé, améliorer l'état de santé des populations et la distribution des services de santé. Ce document est le rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable. Le rapport traite des questions essentielles de justice et d'équité qui surviennent dans le processus conduisant à la CSU. Ainsi, le rapport est utile à tout acteur intervenant dans ce processus et en particulier, il est pertinent pour l'administration publique en charge de superviser et de guider les progrès vers la CSU.

Contexte

L'objectif de la CSU repose sur des justifications solides, et ses aspirations profondes remontent loin dans l'histoire. La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que le droit à la santé est «un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, religion, appartenance politique, condition économique et sociale.» Ce message a depuis lors été renforcé à plusieurs reprises; notamment de façon proéminente dans la déclaration de Alma-Ata en 1978. Depuis le début du nouveau siècle, la quête d'une CSU a pris de l'ampleur dans plusieurs pays et au sein de la Communauté Mondiale de la Santé. En 2005, les Etats-Membres de l'OMS ont entériné la CSU comme objectif central et indiqué que les systèmes de santé «doivent se développer davantage en vue de garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier.»

Le Rapport de 2010 sur la Santé dans le Monde a poursuivi ce travail en apportant des recommandations pratiques sur la façon dont les pays peuvent réformer leurs systèmes de financement de la santé en vue de réaliser la CSU. Depuis lors, plus de cent pays ont demandé l'appui politique et le conseil technique de l'OMS pour conduire cette réforme. En 2011, l'Assemblée Mondiale de la Santé a répondu en invitant l'OMS à élaborer un plan d'action pour apporter l'appui et les conseils demandés. Un des douze points du plan d'action porte sur l'action en matière d'équité, qui est une question essentielle et transversale pour la plupart des autres composantes d'un système de santé. Plus spécifiquement, le Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Equitable et Universelle a été mis en place pour développer des recommandations sur la manière dont les pays peuvent aborder les questions centrales de justice et d'équité que l'on rencontre sur le chemin de la CSU.

Depuis 2011, la nécessité urgente de progresser vers la CSU a sans cesse été réaffirmée, notamment dans la Déclaration de Bangkok sur la Couverture Sanitaire Universelle ¹³

et la Déclaration Politique de Mexico sur la Couverture Sanitaire Universelle. En outre, vers la fin de 2012, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté une Résolution soulignant la responsabilité des gouvernements d'« intensifier urgemment et de façon significative les efforts en vue d'accélérer la transition vers un accès universel à des services de santé abordables et de qualité ». Plus tard, l'OMS a publié le Rapport sur la Santé dans le Monde de 2013, intitulé *Recherche pour une Couverture Sanitaire Universelle*, qui une fois de plus, a souligné la nécessité d'avancer vers une CSU, et a mis en exergue plusieurs moyens pouvant conduire à cette fin. Soulignant encore davantage l'engagement de l'OMS, progresser vers une CSU a été identifié comme une priorité de leadership pour l'OMS dans le 12ème programme de travail pour la période 2014-2019. La CSU constitue également un thème central dans les délibérations en cours sur l'agenda de développement post 2015.

Parallèlement au travail entrepris par l'OMS et d'autres acteurs du système multilatéral, plusieurs pays ont intensifié leurs efforts en vue de progresser vers une CSU. Les résultats sont encourageants et ont confirmé la déclaration du Directeur Général que la CSU est « le concept le plus puissant que la santé publique ait à proposer ».

Processus

Comme indiqué, le plan d'action de l'OMS a suscité la mise en place d'un Groupe Consultatif. Le groupe est composé de dix-huit éthiciens, économistes, experts en politique et médecins cliniques de treize nationalités différentes. Le groupe a travaillé sur le rapport de mai 2012 à janvier 2014 et s'est réuni trois fois. Ces réunions se sont tenues à Stavanger (Norvège), Boston (Etats-Unis), et Genève (Suisse). Lors des différentes étapes du processus, des versions provisoires du rapport ont circulé pour examen externe, y compris à certains Comités Nationaux d'Éthique et aux Centres de Bioéthiques collaborateurs de l'OMS. En outre, les avis de plusieurs autres individus et groupes intervenant dans des domaines pertinents tels que les domaines de l'éthique, de la politique sanitaire et de l'économie de la santé ont été obtenus.

Contenu

Ce rapport traite des questions essentielles de justice et d'équité qui surviennent dans le processus conduisant à la CSU. Par conséquent, le rapport ne traite pas principalement de la raison pour laquelle la CSU devrait être l'objectif à viser, mais porte sur la voie à suivre pour atteindre cet objectif. Le rapport se distingue des autres dans la façon directe dont il aborde les questions fondamentales et les compromis difficiles. Cette approche s'est vue facilitée par l'implication de philosophes et d'éthiciens en plus de médecins cliniques, d'experts en santé publique et d'économistes.

Public cible

Plusieurs acteurs influencent la progression vers la CSU. Au nombre de ces acteurs, on compte des institutions, des groupes, et des individus au sein et en dehors de l'administration publique, au plan local, national et international. Les questions d'équité et de justice traitées dans ce rapport sont très pertinentes pour tous ces acteurs. Le rapport est toutefois d'un intérêt particulier pour l'administration chargée de superviser et d'orienter les progrès vers une CSU. Plus spécifiquement, le rapport peut être particulièrement utile aux décideurs politiques et aux conseillers techniques dans les ministères de santé.

Résumé sommaire

Depuis 2010, plus de cent pays ont demandé l'appui politique et le conseil technique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la façon de réaliser une couverture sanitaire universelle (CSU). En réponse, l'OMS a constitué le Groupe Consultatif sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable.

Le rapport final du Groupe Consultatif traite des questions essentielles de justice et d'équité qui se posent lors du processus conduisant à la réalisation de la CSU en les clarifiant et en proposant des recommandations pratiques.

Pour atteindre la CSU, les pays doivent faire des progrès dans au moins trois dimensions. Les pays doivent augmenter les services prioritaires, inclure plus de personnes, et réduire les paiements directs. Toutefois, dans chacune de ces dimensions, les pays sont confrontés à des choix difficiles: quels services étendre en premier, qui inclure en premier, et comment passer des paiements directs au prépaiement? Pour faire ces choix, les pays doivent d'être guidés par un engagement pour la justice - qui rejoint la préoccupation en matière d'équité - et l'engagement pour le respect des droits des personnes aux soins de santé.

Une stratégie en trois volets peut guider les pays qui cherchent à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. Les pays peuvent :

- catégoriser les services en groupes prioritaires. Les critères pertinents pour cette catégorisation incluent le rapport coût-efficacité, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.
- étendre pour commencer la couverture des services de haute priorité à tous. Cela inclut l'élimination des paiements directs et le recours accru aux prépaiements obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds.
- ce faisant, veiller à ne pas laisser à la traîne les groupes désavantagés. Il s'agira le plus souvent de groupes à revenus faibles et de populations rurales.

Dans le cadre d'une stratégie plus globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension et de façon transversale. Ces choix dépendront du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s'avérer appropriées. Néanmoins, certains compromis ne sont généralement pas acceptables. Par exemple, un compromis généralement inacceptable serait d'étendre la couverture des services à faible priorité ou priorité moyenne avant qu'il n'y ait une couverture presque universelle des services de haute priorité.

Lorsque que l'on vise la CSU, des décisions raisonnables et leur mise en œuvre peuvent être facilitées par une responsabilisation rigoureuse des institutions publiques et des mécanismes de participation citoyenne. Ces mécanismes doivent être institutionnalisés, par exemple au moyen d'un comité national permanent sur l'établissement des priorités, et la conception des institutions légitimes peuvent être guidé par le cadre de Responsabilité pour la Raisonabilité. Par ailleurs, le suivi et l'évaluation des politiques publiques à partir d'indicateurs clés est crucial pour promouvoir la responsabilité et la participation et pour garantir la mise en œuvre efficace la CSU.

Résumé analytique

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant la situation dans laquelle tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir. Étant donné les contraintes liées à la limitation des ressources, cela n'inclut pas tous les services possibles, mais une gamme exhaustive de services essentiels qui sont bien cohérents avec d'autres objectifs sociaux. La CSU a été fermement entérinée par l'Assemblée sur la Santé dans le Monde en 2005 puis soutenue dans le Rapport sur la Santé dans le Monde de 2010. Depuis lors, plus de 70 pays ont demandé l'appui politique et le conseil technique de l'OMS pour conduire des réformes en vue de la CSU. En réponse, l'OMS a élaboré un plan d'actions qui comprend des recommandations sur la manière dont les pays peuvent gérer les questions essentielles de justice et d'équité qui se posent au cours du processus conduisant à la CSU. Elle a ainsi mis en place le Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Équitable pour élaborer ces recommandations.

Ce document est le rapport final du Groupe Consultatif. Il aborde les questions essentielles de justice et d'équité en les clarifiant et en proposant des recommandations pratiques. Le rapport est utile à un grand nombre d'acteurs, et en particulier à l'administration publique en charge de superviser et de guider la progression vers la CSU.

Pour atteindre la CSU, les pays doivent faire des progrès dans au moins trois dimensions. Les pays doivent étendre les services prioritaires, inclure plus de personnes, et réduire les paiements directs. Toutefois, dans chacune de ces dimensions, les pays sont confrontés à des choix difficiles: quels services étendre en premier, qui inclure en premier, et comment passer des paiements directs au prépaiement? Pour faire ces choix, les pays doivent être guidés par un engagement pour la justice - qui rejoint la préoccupation en matière d'équité - et l'engagement pour le respect des droits des personnes aux soins de santé. Pour une réalisation équitable et progressive de la CSU, les trois principaux choix de même que les compromis entre les trois dimensions doivent être abordés avec précaution.

Étendre les services prioritaires

En ce qui concerne l'extension des services, la question cruciale consiste à identifier quels services élargir en premier. Les services peuvent être classés en trois catégories: les services de haute priorité, de priorité moyenne, et de faible priorité. Au nombre

des critères pertinents utilisés pour la classification et la catégorisation des services, il y a l'efficacité des dépenses, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.

Pour sélectionner les services à étendre en second lieu, il est souvent utile de commencer par estimer le rapport coût-efficacité des différentes politiques envisagées pour ensuite tenir compte de la préoccupation pour les plus démunis et des autres critères pertinents. La spécification, la mise en balance, et l'utilisation de ces critères devraient s'opérer dans le contexte de grands débats publics et par le biais de procédures participatives. Cela permettra à un grand nombre de groupes de contribuer au processus d'établissement des priorités et renforcera l'obligation des institutions publiques d'être responsables devant les citoyens au sujet des décisions prises. Les pays vont également bénéficier de l'existence d'un comité national permanent sur l'établissement des priorités pour traiter des cas particulièrement difficiles.

Inclure plus de personnes

En ce qui concerne l'inclusion d'un plus grand nombre de personnes, la question inévitable consiste à identifier qui inclure en premier. Pour inclure plus de personnes de façon équitable, les pays devraient étendre en priorité la couverture aux groupes à faibles revenus, aux populations rurales, et aux autres groupes désavantagés en termes de couverture de services, de santé, ou les deux. Ceci est particulièrement important pour les services de haute priorité. Inclure de manière équitable un plus grand nombre de personnes peut nécessiter des approches ciblées si elles s'avèrent efficaces.

Réduire les paiements directs des ménages

Plusieurs pays dépendent énormément des paiements directs pour le financement des services de santé. Ces paiements constituent une barrière à l'accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres. En outre, pour ceux qui utilisent effectivement les services, les paiements directs constituent souvent une charge financière considérable pour eux et leurs familles et peuvent même causer des catastrophes financières. En vue d'améliorer l'accès aux soins et la protection contre le risque financier, les pays doivent donc remplacer les paiements directs par des systèmes de prépaiement obligatoires, avec mutualisation des fonds. La question fondamentale est de savoir comment procéder à ce remplacement. L'équité suggère que les paiements directs soient d'abord réduits pour les services de haute priorité, et pour les groupes désavantagés, y compris les plus pauvres. Pour ce qui est des paiements obligatoires, l'équité suggère que ces paiements augmentent généralement avec la capacité de payer et que les contributions au système soient progressives. Quant à l'accès aux services, il doit reposer sur les besoins et non la capacité de payer.

Stratégie Générale et voies à suivre

Une stratégie en trois volets peut guider les pays qui cherchent à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. Les pays peuvent :

- catégoriser les services en groupes prioritaires. Les critères pertinents pour cette catégorisation incluent le rapport coût-efficacité, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.

- étendre pour commencer la couverture des services de haute priorité à tous. Cela inclut l'élimination des paiements directs et le recours accru aux prépaiements obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds.
- ce faisant, veiller à ne pas laisser à la traîne les groupes désavantagés. Il s'agira le plus souvent de groupes à revenus faibles et des populations rurales.

Dans le cadre d'une stratégie plus globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension et de façon transversale. Ces choix dépendront du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s'avérer appropriées. Toutefois, lorsque que l'on cherche à réaliser la CSU de manière progressive et équitable, certains compromis sont généralement inacceptables:

- *Compromis inacceptable I:* Etendre la couverture des services à faible priorité ou priorité moyenne avant qu'il n'y ait une couverture presque universelle des services de haute priorité. Cela concerne aussi la réduction des paiements directs pour les services à faible priorité ou priorité moyenne avant l'élimination des paiements directs pour les services à haute priorité.
- *Compromis inacceptable II:* Donner une haute priorité aux services très coûteux dont la couverture apportera une protection financière considérable quand les avantages en matière de santé sont insignifiants par rapport à des services alternatifs moins coûteux
- *Compromis inacceptable III:* Etendre la couverture pour les groupes aisés avant de le faire pour les groupes démunis lorsque les coûts et les avantages ne sont pas très différents. Est aussi inacceptable l'extension de la couverture pour ceux qui bénéficient déjà d'une couverture élevée avant les groupes bénéficiant d'une faible couverture.
- *Compromis inacceptable IV:* Inclure en premier dans le régime de couverture universelle uniquement ceux qui ont la capacité de payer et ne pas inclure les travailleurs du secteur informel et les plus pauvres, même si cette approche serait la plus facile.
- *Compromis inacceptable V:* Remplacer les paiements directs par des prépaiements obligatoires d'une manière qui rend le système de financement moins progressif.

Responsabilité, participation, suivi et évaluation

Une réalisation équitable et progressive de la CSU exige de prendre des décisions politiques difficiles. Des décisions raisonnables et leur mise en œuvre peuvent être facilitées par une responsabilisation des institutions publiques et des mécanismes de participation citoyenne. Ces mécanismes sont indispensables pour formuler les politiques et établir des priorités, et particulièrement en ce qui concerne les trois types de choix cruciaux que l'on rencontre dans le processus conduisant à la CSU, les compromis éventuels entre les différentes dimensions de la progression vers cet objectif. De tels mécanismes jouent également un rôle crucial dans le suivi de l'utilisation des ressources et des résultats. Pour jouer efficacement ces rôles, il est nécessaire d'institutionnaliser la responsabilité des pouvoirs publics et la participation citoyenne. La conception d'institutions légitimes peut s'inspirer du Cadre de Responsabilité pour la Raisonabilité.

Le suivi et l'évaluation des résultats à partir d'indicateurs clés est également crucial pour formuler et mettre en œuvre de la politique de CSU. Les pays doivent choisir minutieusement un ensemble d'indicateurs, investir dans des systèmes d'information sur la santé, et intégrer efficacement les informations dans l'élaboration des politiques. La sélection des indicateurs devrait être étroitement liée à l'objectif de réaliser la CSU et dans la plupart des cas, inclure au moins quatre types d'indicateurs : les indicateurs relatifs au processus d'établissement des priorités, les indicateurs mesurant l'accès aux soins, les indicateurs de protection contre le risque financier et les indicateurs évaluant l'état de santé de la population.

List of abbreviations

| | |
|-------|--|
| AIDS | Acquired immunodeficiency syndrome |
| CI | Concentration index |
| ECOSf | Equipos Comunitarios de Salud familiar |
| GDP | Gross domestic product |
| HALE | Health-adjusted life expectancy |
| HIV | Human immunodeficiency virus |
| HRH | Human resources for health |
| HTA | Health technology assessment |
| NCD | Noncommunicable disease |
| PAHO | Pan American Health Organization |
| TB | Tuberculosis |
| UHC | Universal health coverage |
| WHO | World Health Organization |

1

Couverture sanitaire universelle

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant la situation dans laquelle tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir.¹ Etant donné les contraintes liées à la limitation des ressources, cela n'inclut pas tous les services possibles, mais une gamme exhaustive de services essentiels qui sont bien cohérents avec d'autres objectifs sociaux. Les Etats-Membres de l'OMS ont entériné la CSU comme objectif et indiqué que les systèmes de santé «doivent se développer davantage en vue de garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier.»² Ce rapport traite des questions essentielles de justice et d'équité qui surviennent dans le processus conduisant à la CSU.

Définition de la couverture sanitaire universelle

La CSU a été définie par l'OMS comme étant la situation dans laquelle «tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir».^{1 a b} L'interprétation de cette définition est importante. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les «services qui répondent à leurs besoins,» car le concept de besoins est ambigu.⁵⁻⁷ Il peut par exemple renvoyer à un déficit par rapport à une situation de santé normale, ou la capacité de bénéficier d'un service, ou la combinaison des deux. En outre, dans le cas de la plupart des interprétations, les ressources disponibles sont en deçà de ce qui est requis pour satisfaire

a Au lieu de "couverture sanitaire universelle", les termes "couverture universelle", "soins de santé universels", et "accès universel" sont parfois utilisés. Etant donné le sens de la "couverture sanitaire universelle" dans ce rapport, on peut considérer que l'accès universel ou les soins de santé universels sont des composantes de la CSU.

b La définition de la "couverture sanitaire universelle" et de la "couverture universelle" varie. La vingt-huitième Assemblée Mondiale de la Santé de 2005 a indirectement défini la couverture universelle comme étant "l'accès pour tous aux interventions essentiels de santé - une combinaison de promotion, de prévention, de traitement et de rééducation - à un coût abordable".³ Par contre, le Rapport sur la Santé dans le Monde de 2020 a spécifié la «couverture universelle» comme un objectif selon lequel «tout un chacun accède aux services sans souffrir de difficultés financières pour leur paiement», et le rapport s'est généralement focalisé sur «l'accès aux services dont on a besoin» et «la protection contre le risque financier».⁴ Depuis lors, la plupart des définitions ont été structurées de la même manière, avec quelques variations dans la formulation. Bien que ces variations puissent sembler mineures, on distingue au moins quatre types de variations. D'abord, certaines définitions affirment que tout un chacun doit avoir «accès» aux services (sans nécessairement «recevoir» les services). Deuxièmement, certaines définitions se réfèrent aux «services dont on a besoin», «services essentiels», ou «services nécessaires», au lieu de «services qui répondent aux besoins [des individus] ». Cet aspect est davantage élaboré ci-dessous. Troisièmement, certaines définitions font mention de «catastrophes financières», de «ruine financière», ou de «pauvreté» plutôt que «difficulté financière». Quatrièmement, toutes les définitions ne font pas le lien entre les peines financières et le paiement des services.

tous les besoins. Par conséquent, il est crucial de concentrer les ressources sur les services les plus importants, et que les ressources consacrées à la recherche de la CSU ne mettent pas en péril d'autres objectifs sociaux importants. Pour que la CSU soit réalisable, l'interprétation de la définition de la CSU doit tenir compte de ces préoccupations. Par conséquent, dans ce rapport, la CSU n'est pas conçue comme exigeant la couverture de tous les services potentiellement bénéfiques. Au contraire, il considère que la CSU exige la couverture d'une gamme exhaustive de services essentiels qui sont en même temps cohérents avec d'autres objectifs sociaux.

Objectif de la couverture sanitaire universelle

Bien que le but premier de ce rapport ne soit pas d'expliquer pourquoi les pays devraient rechercher la CSU, il est utile de souligner la justification solide et pluridimensionnelle qui sous-tend cet objectif. D'abord, l'accès aux services de santé est motivé par les avantages individuels de l'utilisation des services. L'amélioration de l'état de santé des individus peut être considérée comme une fin en soi, et elle peut être considérée comme étant essentielle au bien-être général des individus et aux capacités et opportunités y relatives.^{5, 8-10} L'état de santé d'un individu peut affecter son bien-être directement, mais aussi indirectement, à travers son revenu et sa richesse par exemple. La santé des individus est aussi importante en raison de son impact sur l'ensemble des opportunités dont ils disposent - leur santé affecte par exemple leur capacité à travailler et à poursuivre leur éducation - ou sur la diversité des projets de vie qui s'offrent à eux.⁵

Du même point de vue, la raison pour laquelle l'accès *abordable* est si important est également évidente. Tout comme la mauvaise santé, les paiements élevés peuvent gravement limiter le bien-être et les opportunités, non seulement pour la personne qui utilise les services, mais également pour sa famille.¹¹⁻¹³ L'accès abordable à toute la gamme de soins facilitera également l'utilisation des services préventifs, et ces services sont souvent plus efficaces en termes de coût que les services curatifs correspondants. En outre, l'accès abordable produit des avantages même pour ceux qui n'ont éventuellement pas besoin des services de santé. Entre autres, le fait de savoir que les services sont accessibles à des coûts abordables peut réduire l'anxiété et la peur de tomber malade et permettre aux gens de mieux dormir la nuit. Cette information peut également faciliter la planification et l'utilisation productive des ressources qui autrement, seraient gardées en réserve au cas où le recours à des soins coûteux s'avérerait nécessaire.

Une large couverture est également bénéfique à la société en général. L'amélioration de la couverture améliore la santé de la population,¹⁴ et contribue au développement directement,^{10, 15} comme l'indique par exemple l'Indice du Développement Humain (IDH).¹⁶ En outre, la santé affecte indirectement le développement et le bien-être général de la société. Les enfants en bonne santé apprennent mieux,^{17, 18} et une population en bonne santé facilite la croissance économique.^{19,20} Plus spécifiquement, une étude démontre que pour chaque dollar dépensé directement dans les services essentiels, les retombées économiques directes et indirectes - mesurées en termes de « revenu total » - peuvent être multipliées par un facteur de 9-20.²¹ Autrement dit, investir dans la santé peut produire d'énormes bénéfices pour la société.

La CSU peut en outre être motivée par ses effets distributifs. Quelque soit les bénéfices totaux pour la société, la couverture sanitaire *universelle* peut être soutenue par l'idée que l'accès à la couverture sanitaire ne doit pas être restreint aux groupes les mieux

nantis de la population ou, plus spécifiquement, que cette restriction est injuste.^{5,22} Dans la mesure où elle améliore la couverture pour les plus démunis, les progrès vers une CSU peut également favoriser une distribution plus équitable de la santé et du bien être.

La CSU est également un moyen de satisfaire les droits aux soins de santé et le droit «qu'à toute personne de jouir d'un meilleur état de santé physique et mentale possible,»²³ reconnu par le droit international.²⁴ Il n'existe pas de pays qui n'ait ratifié au moins un traité spécifiant certaines obligations concernant le droit à la santé. Dans le cadre du droit international, les États ont l'obligation d'adopter des mesures appropriées pour réaliser le droit à la santé, ou le droit aux soins de santé, et ce sur une base non discriminatoire (comme le spécifient certains traités). Cette obligation implique une stratégie et un plan d'action pour réaliser cet objectif de même que des mécanismes de supervision et de correction.²⁵ Les parties impliquées dans les traités internationaux ont également l'obligation d'allouer des ressources suffisantes pour atteindre le droit à la santé. En d'autres termes, les États ont l'obligation d'adopter des mesures appropriées en vue de réaliser le droit à la santé, et réaliser la CSU est crucial dans cet effort. En conséquence, plusieurs approches différentes, y compris celles basées sur l'équité ou les droits, peuvent soutenir et encourager la promotion urgente de la CSU.

Portée de la couverture sanitaire universelle

La CSU doit être envisagée selon une approche globale. Plus spécifiquement, l'objectif de la CSU nécessite des services de qualité de divers ordres, pour renforcer l'ensemble du système de santé, et pour agir de manière intersectorielle.

En ce qui concerne les services, la CSU va certainement au delà des services cliniques et curatifs et prend également en compte les mesures de santé publique, y compris les services de promotion, de prévention, et de rééducation.^{3, 4} Les mesures de santé publique incluent par exemple les campagnes d'informations sur l'hygiène et la sécurité alimentaire, le contrôle des vecteurs de diffusion des maladies et la réglementation sur le tabac. Les services au sens large comprennent également la fourniture de médicaments, d'appareils et d'autres biens. En particulier, en ce qui concerne les médicaments essentiels, un effort considérable a été entrepris afin de promouvoir l'accès universel.^{26, 27} Pour l'ensemble des services, la quantité ne suffit pas. La qualité de ces services constitue un facteur essentiel. Dans la transition vers la CSU, les pays doivent veiller à ce que tous aient accès, non pas simplement aux services, mais à des services réellement efficaces et de bonne qualité.^{28, 29}

Le financement constitue une des préoccupations majeures de la CSU. La fonction de financement des systèmes de santé inclut la collecte des revenus, la mise en commun des ressources, et l'achat des services,³⁰ toutes ces activités étant d'une importance capitale dans la progression vers la CSU. Toutefois, la CSU et les moyens requis pour progresser vont au delà du financement. La CSU porte sur la couverture en général, et de ce fait, se préoccupe de toutes les barrières qui entravent la couverture. Plusieurs de ces barrières sont essentiellement non financières - y compris les barrières juridiques, organisationnelles, technologiques, informationnelles, géographiques et culturelles - et les moyens financiers ne sont pas nécessairement les meilleurs moyens d'y apporter des solutions.³¹⁻³⁴ Par conséquent, il faut renforcer toutes les fonctions du système de santé. En plus du financement, les quatre fonctions essentielles comprennent la prestation de services, la production de ressources humaines et physiques, et l'encadrement.³⁵

L'encadrement exige que l'administration supervise et oriente ces autres fonctions. La catégorisation des fonctions met également en exergue l'importance des ressources humaines dans le renforcement du système de santé.^{36, 37}

La CSU exige aussi d'agir au-delà du secteur de la santé et du système de santé, car les moyens d'améliorer l'accès aux services de santé et la protection financière ne se confinent pas au secteur de la santé. Par exemple, garantir des services accessibles et abordables peut dépendre énormément des politiques des secteurs du transport, de l'emploi, de l'éducation et des finances publiques. La transition vers la CSU nécessite par conséquent une action intersectorielle.^{38, 39} En outre, pour améliorer la santé de la population, les pays doivent se pencher sur les déterminants de la santé de manière générale, y compris les déterminants sociaux tels que l'éducation, l'emploi, le logement et l'environnement.^{40, 41} Progresser vers la CSU ne peut se faire qu'en parallèle avec ces objectifs de justice sociale.

Enfin, bien que la plupart des initiatives en matière de CSU se concentrent sur la politique sanitaire nationale, il est nécessaire de garder à l'esprit l'objectif ultime de justice globale, qui vise à couvrir les besoins sanitaires de tous les individus dans le monde. De nos jours, les écarts en matière de santé et de couverture sanitaire sont énormes au sein des pays et entre les pays. Par exemple, en 2010, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance des hommes variait de 37,7 années de vie en bonne santé en République Centrafricaine à 70,6 années au Japon.^{42c} De même, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans variait entre 180 et 2 pour 1000 naissances vivantes.⁴³ Les différences dans la couverture des services entre les pays ne sont pas moins flagrantes. Par exemple, le pourcentage des enfants d'un an ayant reçu la troisième dose du vaccin de la diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) variait de 33% à 99% et le pourcentage des naissances assistées par un personnel de santé compétent variait de 9% à 100%.⁴³ Ce qui est particulièrement troublant, c'est que les inégalités en matière de santé et les inégalités en matière de couverture en services sont souvent corrélées, de sorte que la couverture est la plus faible là où les besoins sont les plus énormes. Ces inégalités et la variation des capacités des pays à répondre aux besoins de santé posent un certain nombre de questions importantes.⁴³ En particulier, une des questions importantes est de savoir dans quelle mesure les pays plus riches et disposant donc de capacités et de moyens plus importants peuvent assister d'autres pays qui seuls, sont incapables de répondre aux besoins de leur population nationale. L'importance de la justice globale, de la solidarité mondiale, et des droits de l'homme peuvent motiver la mise en œuvre de politiques d'assistance au développement pour la santé visant à réduire les écarts flagrants de couverture sanitaire.^{45, 46}

Dimensions du progrès et choix critiques

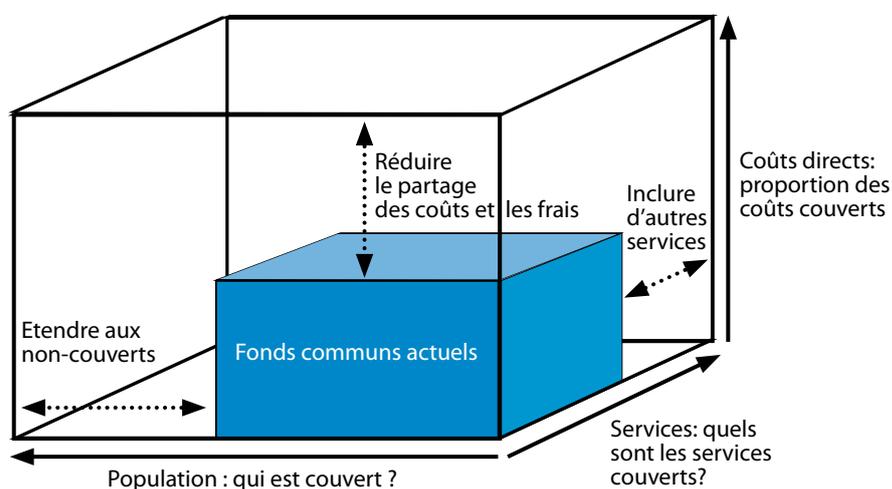
Plusieurs pays ont démontré récemment que l'on peut prendre des mesures significatives en vue de la CSU, même dans les contextes à ressources limitées^{47, 48}. On compte parmi ces pays le Cambodge, le Chili, la Chine, la Colombie, le Ghana, l'Indonésie, le Mexique, les Philippines, le Rwanda, la Thaïlande, et le Vietnam.^d

c Suite au tremblement de terre, l'espérance de vie en Haïti est tombée jusqu'à 27,8 en 2010.

d Il existe plusieurs études de cas sur les réformes en matière de CSU dans ces pays et dans d'autres. A toutes fins utiles, il y a des collections telles que: UHC Forward,⁴⁹ une compilation faite par l'OMS des cas de réussite,⁵⁰ et la série d'études de la Banque Mondiale sur la CSU.⁵¹

De toute évidence, aucun pays ne part d'une couverture zéro, et il n'existe pas un chemin unique vers la CSU que chaque pays doit suivre. Pour atteindre la CSU, chaque pays doit faire des progrès dans au moins trois dimensions. Les pays doivent étendre les services prioritaires, inclure plus de personnes, et réduire les paiements directs. Ces trois dimensions correspondent étroitement à celles sur lesquelles on insiste souvent dans le contexte du financement et, plus particulièrement, aux dimensions désormais bien connues de la boîte CSU.⁴ La figure 1.1 présente cette boîte qui sert à illustrer les trois dimensions à prendre en compte lorsque l'on progresse vers la CSU. Il s'agit a) de la proportion de la population à couvrir; b) de la gamme de services à rendre disponibles; et c) de la proportion des coûts totaux à couvrir. Plus spécifiquement, la première dimension est liée à la proportion des personnes couvertes à partir des fonds mutualisés, alors que la troisième dimension renvoie aux coûts totaux à couvrir à partir des fonds mis en commun.

Figure 1.1. Trois dimensions à considérer lorsque l'on progresse vers la couverture sanitaire universelle.



Tiré du Rapport sur la Santé dans le Monde de 2010.¹¹

Comme indiqué ci-dessus, dans ce rapport, les trois dimensions sont interprétées quelque peu au sens large. Bien que l'extension des services prioritaires requière généralement des changements au niveau du financement, l'extension peut également résulter d'autres changements. Par exemple, la couverture des services prioritaires peut être étendue grâce à des changements dans l'utilisation du personnel de santé ou dans l'utilisation des technologies et des infrastructures déjà existantes. En outre, réduire les barrières d'accès à la couverture exige d'agir sur plusieurs contraintes non financières et requière l'utilisation de moyens non financiers. Ces barrières comprennent par exemple celles relatives à la stigmatisation et aux normes culturelles.

Dans chaque dimension, les pays qui progressent vers la CSU seront confrontés à au moins un problème majeur concernant la justice et l'équité. S'ils cherchent à étendre les services prioritaires, les pays doivent déterminer quels services étendre en premier. S'ils cherchent à inclure plus de personnes, les pays doivent décider qui inclure en premier. Et s'ils cherchent à réduire les paiements directs, les pays doivent décider comment opérer la transition vers le prépaiement. Les dimensions du progrès et les choix qui y sont liés sont résumés dans l'Encadré 1.1.

Encadré 1.1. Dimensions et choix critiques lors de la transition vers une couverture sanitaire universelle

| Dimension du progrès | Choix critique |
|-----------------------------------|--|
| Étendre les services prioritaires | Quels services étendre en premier? |
| Inclure plus de personnes. | Qui inclure en premier? |
| Réduire les paiements directs. | Comment passer des paiements directs au prépaiement? |

Étendre les services prioritaires

On peut progresser vers la CSU en cherchant à étendre les services prioritaires. Toutefois, aucun pays ne peut couvrir tous les services qui s'avèrent bénéfiques. Pour chaque étape vers la CSU, les pays doivent donc sélectionner certains services à étendre. Les pays se retrouvent donc confrontés au choix suivant: quels services étendre en premier?

Inclure plus de personnes

On peut progresser vers la CSU en incluant plus de personnes. Pour ce faire, les pays doivent chercher à lever toutes les barrières à une couverture effective. Au nombre de ces barrières, il y a les paiements prohibitifs et les autres barrières financières de même que plusieurs barrières non financières. Ces dernières comprennent les barrières juridiques, organisationnelles, technologiques, informationnelles, géographiques et culturelles. Étant donné que les pays ne peuvent pas éliminer toutes ces barrières pour tous immédiatement, ils sont confrontés au choix suivant: qui inclure en premier?

Réduire les paiements directs des ménages

On peut progresser vers la CSU en réduisant les paiements directs tout en augmentant les prépaiements obligatoires, par exemple, sous forme de taxes et de primes. Ce faisant, les pays se retrouvent confrontés au choix suivant: comment passer du paiement direct au prépaiement?

Le contexte du choix

Plusieurs acteurs influencent la progression vers une CSU. Il s'agit d'institutions, de groupes, et d'individus au sein et en dehors de l'administration publique, au plan local, national et international. Leurs choix sont guidés par de multiples considérations comme les circonstances économiques et politiques, des intérêts économiques et politiques des acteurs,⁵²⁻⁵⁴ de même que leurs idées et leurs idéaux.^{55, 56} L'idéal central est celui relatif à la distribution juste et équitable des charges et des avantages dans la société. Ce rapport traite des questions de justice et d'équité qui surviennent dans le processus menant à une CSU. Pour tous les acteurs empruntant cette voie, il est crucial qu'ils soient conscients de ces questions et fassent les choix y afférents avec précaution. Parmi tous ces acteurs, les travailleurs de la santé jouent un rôle central. Toutefois, ce rapport traite principalement des situations de choix pertinentes pour l'administration chargée de superviser et d'orienter la progression vers la CSU. Le rapport peut servir particulièrement aux décideurs politiques et aux conseillers techniques dans les ministères de la santé.

2

Le rôle important de la justice et de l'équité

Justice et équité

La justice et l'équité sont des valeurs indispensables pour les décisions concernant les politiques publiques, et elles constituent des idées puissantes, souvent au cœur des débats publics, politiques et juridiques.^{5, 8, 57} La justice et l'équité ont également un rôle central à jouer dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU).^{31, 32, 40, 58, 59} Non seulement elles justifient et motivent l'objectif de la CSU; mais elles pèsent aussi sur les choix critiques qui se posent à chaque étape de sa réalisation. Lorsque la CSU ne peut pas être réalisée immédiatement, il devient en effet impératif d'avancer de manière juste et équitable. Plus spécifiquement, lorsque les pays étendent les services prioritaires, incluent plus de gens, et réduisent les paiements directs, ils doivent chercher à le faire de façon juste et équitable.

La justice et l'équité portent fondamentalement sur la distribution des avantages et des charges dans la société. Il n'y a pas de consensus sur les limites précises des concepts de justice et d'équité ou sur leur contenu précis. Dans ce rapport, nous utiliserons les deux termes de façon interchangeable. Parallèlement, on peut faire une distinction utile entre l'équité horizontale et verticale. L'équité horizontale requière un traitement égal des cas similaires, alors que l'équité verticale justifie pourquoi il est approprié de traiter des cas différents de manière inégale.^a Ces normes peuvent s'appliquer à la répartition des prestations de santé et à la couverture des services de santé de même que la répartition des charges, y compris les contributions financières au système de santé.

Au-delà de ces préoccupations d'ordre général, un consensus assez large est possible concernant beaucoup d'autres questions plus spécifiques. Par exemple, plusieurs personnes trouvent injuste qu'une partie de la population n'ait même pas accès de manière abordable à des services très économiques en termes de rapport coût-efficacité et ciblant des conditions de santé très graves, alors que d'autres parties de la population sont couvertes pour les services très coûteux produisant peu d'avantages en terme de condition de santé. Parmi les exemples de la première catégorie, on retrouve par exemple les antibiotiques et les services d'hospitalisation pour la pneumonie, les accouchements assistés par des personnes compétentes, le traitement du paludisme, et les préventions secondaires des crises cardiaque ou des infarctus du myocarde. Un exemple de la dernière catégorie de services serait des traitements de chimiothérapie expérimentaux sans effets démontrés, et coûteux.

a L'équité horizontale et verticale ont fait l'objet de débats intenses dans le contexte des soins de santé de même que dans beaucoup d'autres contextes.⁶⁰⁻⁶² Les définitions précises utilisées varient et sont parfois différentes de ce qui est utilisé ici.

Maximisation des avantages

Parallèlement à la justice, un autre objectif crucial pour les politiques publiques consiste à maximiser les avantages, c'est-à-dire maximiser les avantages agrégés de tous les individus.^b En ce qui concerne la santé, les avantages pertinents peuvent inclure par exemple, des années de vie additionnelles ou l'amélioration de la qualité de vie. Bien que les questions de justice concernent la distribution des avantages entre les individus, la maximisation des avantages concerne la somme totale des avantages uniquement, sans égard pour sa distribution. L'objectif de maximisation des bénéfices suscite souvent une préoccupation pour l'efficacité des coûts, c'est-à-dire le rapport entre les ressources utilisées et les bénéfices générés.

Dans plusieurs cas, les exigences en matière de justice et de maximisation des bénéfices ne se contredisent pas. Parmi les politiques possibles, il n'est pas inhabituel que la politique la plus juste - selon l'interprétation appropriée - soit aussi celle qui maximise les bénéfices agrégés.^{21, 63, 64} Par exemple, les «meilleures options» de l'OMS en matière de services de santé maternelle, néonatale, et infantile sont celles qui vont probablement profiter à ceux qui ont le pire état de santé et le plus faible accès aux soins de santé, et en même temps celles qui vont maximiser la somme des bénéfices en matière de santé (par rapport à beaucoup d'autres services).⁶⁵ De même, les services ciblant les groupes victimes de pauvreté et d'exclusion peuvent maximiser l'état de santé total de la population par rapport à d'autres services qui ne le font pas.⁶⁶ De toute évidence, il s'avère crucial que les pays arrivent, chaque fois que c'est possible, à identifier des politiques qui sont optimales à la fois du point de vue de la justice et de la maximisation des bénéfices. Pour ce faire, les pays doivent accorder une attention particulière aux services qui font la promotion de la justice et de la maximisation des avantages.

Dans d'autres cas, la politique considérée la plus juste n'est pas celle qui maximise les avantages.^{64 67-73} Par exemple, le traitement de l'hypertension peut avoir un meilleur rapport coût-efficacité que le vaccin antipneumococcique, alors que le vaccin cible des maladies avec une charge de morbidité individuelle plus importante.⁷⁴ De même, la justice peut recommander que l'on étende d'abord la couverture aux populations rurales qui sont les moins couvertes, qui souffrent d'un mauvais état de santé, et qui sont plus pauvres que les populations urbaines.^{75, 76} Cependant, les populations rurales peuvent s'avérer plus coûteuses à couvrir pour un service donné, et le service peut être moins efficace au sein de cette population, ou les deux.⁶³ Maximiser les avantages en termes de santé exigerait alors de prioriser les populations urbaines. Dans les situations où il y a divergence entre les deux objectifs concernant les politiques qu'ils recommandent, les pays doivent donner de l'importance aux deux objectifs et mettre en balance les avantages que les politiques considérées produisent en ce qui concerne ces deux objectifs. La méthode pour mettre en balance ces deux objectifs est détaillée plus en profondeur dans les chapitres suivants.

Principes directeurs recommandés

Les objectifs soulignés ci-dessus peuvent justifier trois autres principes directeurs plus concrets pour faire des choix justes et équitables dans le processus vers la CSU:

b Cela est souvent formulé en termes d'efficacité. Strictement parlant toutefois, l'efficacité peut se définir en faisant référence à n'importe quel objectif, y compris la justice et l'équité.

- **Distribution juste:** La priorité doit être accordée aux groupes les plus démunis.
- **Rapport coût-efficacité:** La priorité doit être accordée aux politiques les plus efficaces par rapport à leur coût (en termes de ressources).
- **Contribution juste:** Les contributions au système de santé doivent être basées sur la capacité de payer des individus et non pas peser seulement sur les individus qui ont de plus grands besoins en termes de services de santé.

Ces considérations ne sont pas absolues, et doivent être mises en balance entre elles ainsi qu'avec d'autres préoccupations.

Distribution juste

Il faut étendre la couverture en donnant la priorité aux plus démunis. Les individus et les groupes peuvent être relativement plus démunis de plusieurs manières, et les nombreuses motivations pour donner la priorité aux plus démunis dépendent partiellement de l'aspect sur lequel l'accent est mis.^{77,78}

D'abord, l'on peut se préoccuper des plus démunis en termes de santé, de statut socio-économique, ou de bien-être général. Une des motivations pourrait être que les plus démunis ainsi définis sont à un niveau de pauvreté et de vulnérabilité absolu et ont généralement un besoin urgent des avantages qu'apporte l'amélioration de la couverture sanitaire.^{79,80} La promotion de l'égalité, et en particulier de l'égalité des opportunités, peut être une autre motivation importante.^{5,60,81-84} En outre, la priorité aux plus démunis peut se justifier par le droit à la santé.⁸⁵ Lorsque l'on considère les plus démunis en termes de santé ou de bien-être, il y a de bonnes raisons de se focaliser non seulement sur ceux qui sont *actuellement* démunis, mais également sur ceux qui vont probablement être démunis au cours de leur vie.^{81,86} Cet aspect sera traité plus en profondeur dans les chapitres suivants.

Deuxièmement, l'on peut se préoccuper des plus démunis en termes de couverture des services. Leur couverture peut être limitée pour diverses raisons, y compris la disponibilité limitée des services, les barrières d'accès aux services disponibles, et la protection financière limitée. L'attention spéciale aux personnes bénéficiant le moins de couverture peut se justifier de plusieurs manières. Par exemple, ceux qui ont le moins de couverture sont généralement ceux qui ont le plus besoin d'améliorer leur situation. Par ailleurs, donner la priorité aux personnes ayant le moins de couverture peut favoriser l'égalité dans la couverture et amener le plus de gens possible au-dessus d'un certain niveau de couverture. En partie dû à ces effets, l'attention spéciale aux personnes ayant le moins de couverture peut être considérée comme dictée par le droit à la santé.

Alternativement, l'on peut se préoccuper plus directement de la distribution de la couverture plutôt que spécifiquement des plus démunis. Par exemple, certains modèles distributifs expriment mieux un respect égal et une dignité humaine égale que d'autres.⁸⁷ En outre, la distribution de la couverture peut se justifier par son effet sur la distribution des effets en termes de santé ou de bien-être général.⁵ Par exemple, l'attention spéciale aux personnes ayant le moins de couverture peut favoriser l'égalité en termes de santé ou de bien-être⁵ et peut aussi, dans plusieurs circonstances, maximiser les bénéfices totaux.^{63,66}

Le rapport coût-efficacité

Etendre la couverture de manière juste et optimale exige aussi de donner priorité aux politiques et services plus économiques en termes de dépenses publiques. Il s'agit des politiques et stratégies qui ont un bon rapport coût-efficacité, c'est-à-dire qui génèrent de grands bénéfices totaux par rapport aux ressources dépensées. Plusieurs directives nationales et internationales insistent sur l'efficacité des dépenses publiques.^{19, 88} Prioriser les politiques efficaces en termes de coûts se justifie généralement par l'objectif de maximiser les bénéfices en termes de santé, à savoir, obtenir le maximum de bénéfices possibles à partir des ressources disponibles.⁸⁹⁻⁹² Toutefois, une attention particulière aux politiques et services efficaces en termes de coûts peut, dans une certaine mesure, également se justifier par des considérations de justice.^c

Contribution juste

Etendre la couverture de manière juste exige de favoriser le découplage de l'utilisation et du paiement des services. Ceci est particulièrement important pour les services de haute priorité. On peut dissocier l'utilisation et le paiement des services en faisant en sorte que l'utilisation des services soit guidée par les besoins des individus bien que le paiement des services soit fait en fonction de la capacité de payer des individus.^{4, 35} Il existe de nombreuses raisons qui justifient pourquoi le besoin devrait déterminer l'utilisation des services plutôt que la capacité de payer.^d Plusieurs de ces raisons sont décrites dans le chapitre 1 et ont un lien avec l'importance de l'accès et de la protection financière, le droit à la santé et la responsabilité collective pour la couverture. En particulier, une personne ne devrait pas se voir refuser la couverture pour les services de haute priorité simplement parce qu'elle est pauvre et incapable de payer. Une dissociation optimale de la contribution et de la couverture nécessite un système qui repose sur le prépaiement et la mutualisation des fonds, tel que décrit dans le chapitre 5.

Les trois principes directeurs peuvent aider à identifier les questions distributives essentielles dans le processus conduisant à la CSU. Elles donnent également des lignes directrices concernant la manière dont ces questions peuvent être traitées afin de réaliser la CSU de manière juste et progressive. Les trois considérations doivent toutefois être mises en balance, entre elles ainsi qu'avec d'autres préoccupations.

c Le rapport coût-efficacité des politiques publiques est l'une des variables importantes du point de vue de la justice. Toutefois, une politique exclusivement motivée par des considérations d'efficacité peut entrer en conflit avec une politique recommandée par un jugement global de justice.

d Ces raisons vont souvent s'opposer au "principe de la contribution", selon lequel les personnes qui contribuent le plus au système devraient avoir la priorité dans la distribution des bénéfices.

3

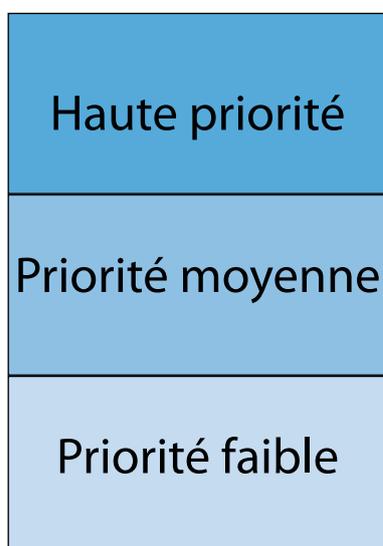
Etendre les services prioritaires

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) va au-delà d'un ensemble minimum de services de santé et nécessite l'extension progressive de la couverture à une gamme de plus en plus exhaustive de services essentiels au fur et à mesure que les ressources disponibles s'accroissent. A chaque étape du chemin vers la CSU, il est important d'assurer un ensemble approprié de services. Pour ce faire, les pays doivent fixer leurs priorités de façon minutieuse, et choisir à quel service il faut étendre la couverture en premier.

Lorsque des ressources additionnelles deviennent disponibles, la question cruciale qui se pose est la suivante: quels services étendre en premier? Bien qu'aucun pays ne parte de zéro, et qu'il n'existe pas un processus unique que chaque pays devrait emprunter, ce genre de choix se pose continuellement sur le chemin vers la CSU. Chaque pays classe en fait les différents services implicitement ou explicitement. Les services peuvent être classés en trois catégories au moins: services de haute priorité, de priorité moyenne, et de faible priorité. Ce cadre simple mais important est illustré dans La figure 3.1.

Ces catégories très larges peuvent malgré tout faciliter le processus de prise de décision. Toutefois, il faut reconnaître que les limites entre les catégories ne seront pas toujours évidentes, et qu'il y aura aussi des différences significatives dans l'importance des services au sein de chaque catégorie.

Figure 3.1 Classification des services



- Services -

Pour les pays sans couverture universelle de tous les services de haute priorité, l'expansion de la couverture pour tous ces services devrait constituer la première priorité. La couverture des services à priorité faible ou moyenne ne devrait généralement pas être élargie avant qu'il n'y ait une couverture presque universelle des services de haute priorité. De même, la couverture universelle des services à faible priorité ne devrait généralement pas être élargie avant que la couverture des services à priorité moyenne ne soit entièrement élargie.

La classification des services devrait se baser sur des critères de sélection clairs et raisonnables. Certains critères reposent sur une justification solide et peuvent probablement s'avérer pertinents dans un grand nombre de contextes. Parallèlement, les critères doivent tenir compte des circonstances locales pertinentes et être intégrés au terme de processus qui obligent les institutions à répondre de leur décisions devant les citoyens et qui favorisent la participation citoyenne tels que décrits au chapitre 7.

Pour faire la sélection des services, il faut prendre en compte une vaste gamme de services. L'attention doit certainement se porter au-delà des services de traitement et des soins curatifs et prendre en compte les services de prévention, de promotion, de réhabilitation, et les soins palliatifs. Les services de prévention et de sensibilisation doivent aller au-delà des services individuels et inclure diverses interventions à l'échelle de toute la population^{3,4} Lorsque différents types de services sont financés à partir de différents budgets, des mécanismes doivent exister afin de veiller à une allocation optimale des ressources. Quelque soit le type de services, la CSU nécessite d'examiner sérieusement toutes les causes les plus importantes de la morbidité et de la mortalité. Cela signifie que les pays ne doivent pas seulement activement rechercher des solutions aux maladies transmissibles et aux maladies inscrites au programme inachevé des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La CSU exige aussi d'instaurer des services pour apporter une réponse efficace aux maladies non transmissibles (MNT) - y compris les troubles mentaux - et les blessures. Si la réponse à ces maladies se concentre sur les services les plus importants, des progrès considérables peuvent être réalisés sans perdre de vue la tâche essentielle de lutter contre les maladies transmissibles.⁹³

Il ne faut pas interpréter la sélection explicite des services comme étant limitée aux programmes verticaux ou aux programmes de lutte contre des maladies spécifiques. Au contraire, la sélection explicite de services peut faciliter le renforcement du système de santé autour d'un ensemble de services essentiels, global et bien intégré. En outre, les critères de sélection des services sont pertinents non seulement pour l'extension des services lorsque de nouvelles ressources deviennent disponibles mais aussi pour guider le remplacement de services moins importants par des services plus importants au sein d'un budget fixe. Par ailleurs, des critères similaires peuvent être utiles aux pays qui veulent établir une liste des services à inclure ou exclure. Plusieurs pays se focalisent explicitement sur un ensemble de services qui ciblent toute la population ou le groupe de la population susceptible d'avoir le moins de couverture.⁹⁴⁻⁹⁶ Indépendamment du fait que cette liste soit utilisée ou pas, il y a de bonnes raisons - y compris celles concernant la responsabilité démocratique, l'apprentissage social, et la prévention de la corruption - pour que tout système de santé soit aussi explicite que possible au sujet des services qui sont inclus ou exclus, et des critères de sélection des services.⁹⁷

Critères de sélection des services

Il y a une variété de critères possibles pour sélectionner les services prioritaires et déterminer la combinaison optimale des services de manière plus générale. Plusieurs critères différents, mais qui souvent se chevauchent, sont énoncés dans les directives nationales pour l'établissement des priorités. Au nombre des pays qui ont des critères particulièrement explicites, il y a le Danemark, les Pays-Bas, la Nouvelle Zélande, la Norvège, la Suède, et le Royaume-Uni⁸⁸ alors que beaucoup d'autres pays n'ont pas de tels critères.⁹⁴ Tous les critères ont un point commun : ils sont principalement tirés

de deux objectifs des systèmes de santé: améliorer la santé des populations et l'accès aux services de santé, et distribuer équitablement la santé et les services de santé. Plusieurs ensembles de critères pertinents ou potentiellement pertinents ont été proposés dans la littérature académique^{70, 98-100} et plusieurs initiatives internationales se sont intéressées aux critères de sélection des services.¹⁹ Le rapport coût-efficacité est un critère récurrent.

Priorité aux services ayant un bon rapport coût-efficacité.

Un des objectifs premiers des systèmes de santé est d'améliorer la santé de la population. Le critère de coût-efficacité vise à améliorer la santé autant que possible, et l'efficacité des dépenses en tant que principe directeur principal a été analysée au chapitre 2. Dans le contexte des systèmes de santé, il est généralement accepté de définir l'efficacité d'un service en termes d'amélioration totale de la santé des populations. Toutefois, étant donné que différents services peuvent nécessiter des ressources plus ou moins importantes pour être mis en œuvre, l'efficacité en elle-même n'est pas une méthode adéquate pour sélectionner les services. Il est préférable de considérer le rapport coût-efficacité car les bénéfices sont ainsi normalisés en fonction de leurs coûts. Prioriser les services en fonction de leur rapport coût-efficacité est généralement l'approche utilisée pour obtenir les bénéfices de santé agrégés les plus élevés possibles pour un budget donné. Un système plus efficace peut satisfaire plus de besoins de santé pour chaque dollar dépensé, et cela constitue une préoccupation éthique et pas simplement économique. Par conséquent, l'accent sur l'efficacité des dépenses publiques n'est pas nécessairement justifiée ou motivée par l'objectif de réduire les dépenses publiques, mais plutôt par celui d'améliorer au maximum la santé des populations.

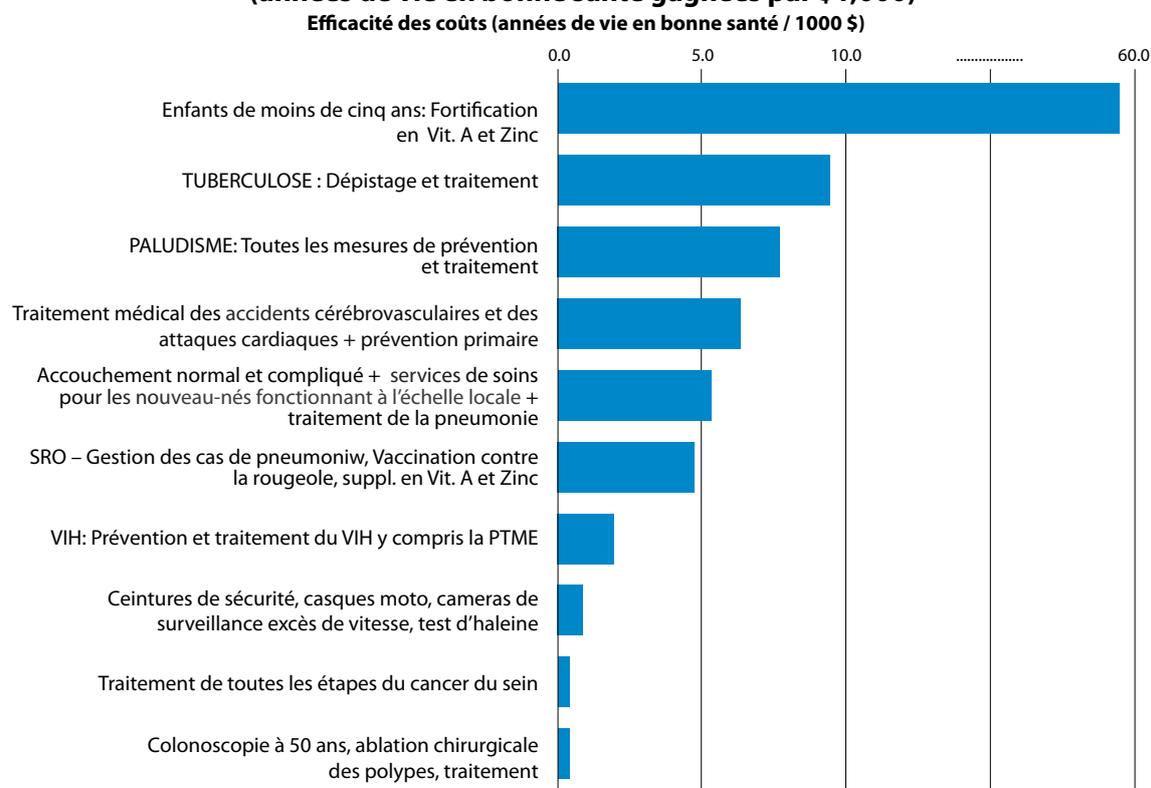
Pour utiliser le rapport coût-efficacité, il faut disposer d'une mesure des bénéfices en matière de santé.^a Une mesure communément utilisée est le nombre de vies sauvées. Toutefois, on ne peut jamais réellement sauver la vie des gens, car ils vont toujours mourir à un moment donné dans le futur. Ce qui importe, c'est la mesure dans laquelle la vie des individus peut être prolongée. Une meilleure mesure serait alors le nombre d'années de vies sauvées. Cela pose toujours le problème suivant : ni la qualité de vie de ces années ni les services qui améliorent la qualité de vie sans la prolonger ne sont adéquatement pris en compte. Plusieurs économistes spécialisés dans l'économie de la santé et plusieurs éthiciens préfèrent par conséquent la métrique des années de vie pondérées par la qualité de vie de ces années.. Par exemple, si un service prolonge la vie d'une personne d'une année en pleine santé, on peut considérer qu'il produit le même nombre d'années de vie en pleine santé qu'un service qui prolonge la vie d'une personne de deux années avec une qualité de vie inférieure de moitié. Le prolongement des années de vie en bonne santé est une mesure de l'efficacité très proche des deux autres mesures communément utilisées: les années de vie gagnées ajustées sur la qualité de vie (QALY) ou les années de vie ajustées sur l'incapacité évitée (DALY).^{101, 102}

Les années de vie en bonne santé ne constituent pas une mesure parfaite des avantages en matière de santé, mais elles peuvent néanmoins être très utiles en nous permettant

a Parfois, on aimerait bien aller au-delà des avantages en matière de santé. Le type d'analyse qui en résulte pourrait s'intituler: analyse approfondie du rapport coût - efficacité ou, lorsque les avantages sont monnayés, analyse coût-bénéfices.

de comparer tous les types de services de santé. Or les différences entre eux sont souvent si grandes que même une mesure imparfaite est hautement appréciable^{103, 104}. Cela est illustré par le WHO-CHOICE data de la figure 3.2 qui inclut une sélection de services ciblant les maladies menant à des conditions très désavantagées. Comme on le voit dans cette figure, selon les estimations de l'OMS, certaines interventions ont de très bons rapports coût-efficacité. Enrichir les aliments de vitamine A et de zinc peut éviter la perte de presque 60 années de vie en bonne santé pour chaque tranche de mille dollars dépensée. Si le même montant était dépensé en dialyse (cela n'est pas représenté dans le graphique car la dialyse n'est pas encore incluse dans l'analyse WHO-CHOICE), cela ne permettrait de sauver que 0.02 années de vie en bonne santé - ce qui ferait perdre 99.97% des bénéficiaires agrégés qui aurait pu être produit.¹⁰⁵ Il est donc extrêmement important de prendre en compte le rapport coût-efficacité. D'autres services énumérés dans la Figure 3.2 sont également très efficaces tel que les tests et le traitement de la tuberculose, la prévention et le traitement du paludisme, et la prévention précoce (pour les personnes à très haut risque) et le traitement de l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. La disponibilité des données concernant le rapport coût-efficacité d'une variété de politiques médicales s'accroît, par exemple, grâce au projet WHO-CHOICE, au projet Priorités de Lutte contre la Maladie (PLM), et aux initiatives dans les pays à revenus élevés tel que le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni.^{103, 104, 106}

Figure 3.2 Efficacité des coûts des services ciblant les maladies à charges élevées (années de vie en bonne santé gagnées par \$1,000)



Estimations issues du WHO-CHOICE. \$: Dollar américain international en 2005. HLY: Années de vie en bonne santé sauvées - Notez que l'axe-x est comprimé.

Plusieurs initiatives nationales et internationales ont suggéré qu'il faudrait prioriser les services de santé principalement en fonction du rapport coût-efficacité. Parmi ces initiatives internationales, il y a le Rapport sur le Développement dans le Monde de 1993/40, la Commission de 2001 sur la Macroéconomie et la Santé,³⁸ et le Groupe de

Travail sur le Financement International Novateur pour les Systèmes de Santé de 2009.¹⁹ Plusieurs économistes et éthiciens affirment qu'il faut mettre l'accent sur le rapport coût-efficacité et qu'il serait injuste et inéquitable d'ignorer les coûts d'opportunité et la quantité des avantages en termes d'années de vies en santé.¹⁰⁷ Dans la plupart des cas, un système de santé est injuste s'il couvre des services inefficaces alors que les gens meurent de maladies qui pourraient être traitées très efficacement^{89, 91, 108}. En réalité, ne pas établir les priorités sur la base du rapport coût-efficacité peut s'avérer particulièrement injuste dans les pays à revenus faibles et moyens car c'est généralement les personnes les plus pauvres qui sont incapables de s'offrir dans le privé les services très peu coûteux.

Dans la pratique, la production et l'utilisation des données sur l'efficacité des coûts peuvent s'avérer difficile. Toutefois, comme indiqué, de telles données sont de plus en plus disponibles,^{103, 104} et plusieurs outils et guides pratiques existent de nos jours.^{92, 103} En outre, même une application imparfaite de ce critère est préférable à son ignorance totale, comme le suggèrent les variations importantes du rapport coût-efficacité entre les différents services. Une manière de simplifier l'utilisation des données sur le rapport coût-efficacité est d'utiliser une classification brute des services. Par exemple, l'OMS a suggéré que les services soient classés en tant que «hautement économiques en termes de coûts» si les coûts d'une année supplémentaire de vie en bonne santé est inférieur au Produit Intérieur Brut (PIB) par personne, et comme étant «non économique en terme de coûts» si le coût est trois fois plus élevé que le PIB par tête d'habitant, et simplement «économique en termes de coûts» si le coût se situe entre les deux seuils.¹⁰³ Ces seuils, conjugués à une décision portant sur la priorisation des services sur la base de l'amélioration du rapport coût-efficacité, peuvent aider les pays à réaliser approximativement la maximisation des bénéfices de santé.

Priorité aux services qui profitent aux plus démunis

Mettre l'accent exclusivement sur le rapport coût-efficacité est généralement considéré comme injustifié. L'analyse habituelle du rapport coût-efficacité porte uniquement sur le nombre total (agrégé) des années de vie en bonne santé. Elle compte donc chaque année de vie supplémentaire comme ayant une importance égale, peu importe la distribution des gains, c'est-à-dire peu importe si le gain supplémentaire revient à une personne souffrant d'une très mauvaise santé ou à quelqu'un souffrant seulement d'une légère diminution de son état de santé. La justice suggère toutefois que pour une amélioration de santé donnée, il faut la distribuer à celui dont le niveau de santé est le plus faible (sans elle), plutôt qu'à quelqu'un dont le niveau de santé serait plus élevé. En d'autres termes, la justice recommande d'accorder la priorité aux services profitant aux plus mal lotis.

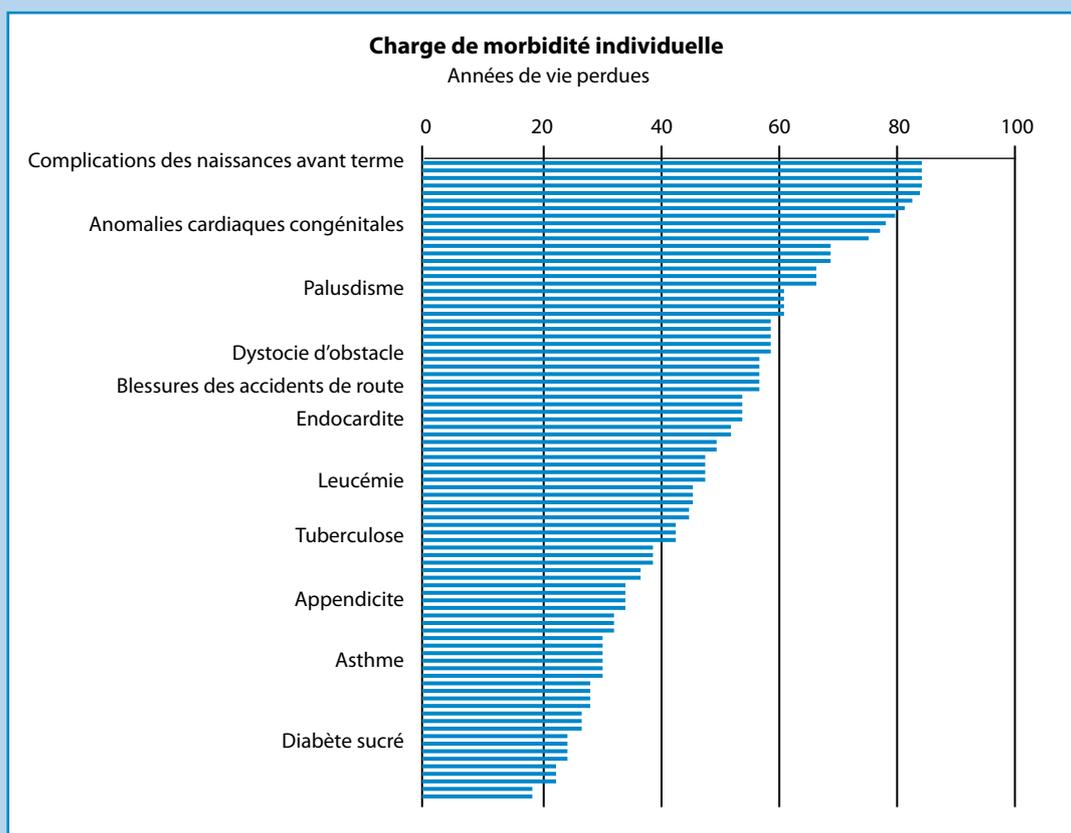
Plusieurs études indiquent que l'opinion selon laquelle les plus démunis devraient être traités en priorité est une opinion largement partagée dans différentes sociétés.¹⁰⁹⁻¹¹² La priorité aux plus démunis — entre autres — est un critère qui a des fondations solides au sein des théories de la justice distributive.^{5, 71, 79-81, 113} En matière de politiques publiques, la priorité aux plus démunis - faisant souvent référence aux «besoins», «à la gravité», ou «à l'urgence» - a une place centrale dans plusieurs directives nationales sur l'établissement des priorités, y compris celles des Pays-Bas, de la Norvège et de la Suède^{88, 114}

Bien que ce ne soit pas uniquement la santé qui importe, les plus mal lotis en termes de santé ont une importance particulière dans les politiques de santé. Les plus démunis en termes de santé sont aussi un point de départ naturel, étant donné que les données disponibles permettent une caractérisation raisonnablement précise des plus démunis à cet égard. Tout en mettant l'accent sur la santé, il est toutefois important de ne pas se focaliser uniquement sur ceux qui aujourd'hui ont le pire état de santé. En réalité, il y a de bonnes raisons de commencer par les plus démunis en ce qui concerne toute la durée de leur vie. Il existe des fondements empiriques et théoriques qui justifient pourquoi se focaliser sur les plus démunis ainsi conçus, plutôt que sur les plus démunis ici et maintenant ou considérés dans une perspective prospective.^{81,86,111,112} Prenons l'exemple de deux services. Le premier service améliore la vue d'un adulte ayant perdu la vue lorsqu'il était jeune. Un autre service guérit le

Encadré 3.1 Calcul de la charge de morbidité individuelle

La charge de morbidité individuelle peut s'estimer de plusieurs manières. Dans la figure ci-dessous, l'estimation est simplifiée en considérant uniquement les années de vie perdues et non les années de vie en bonne santé perdues. Les données sur la mortalité à l'Est de Afrique sub-saharienne sont tirées de l'étude sur la Charge Mondiale de Morbidité de 2010 (GBD, 2010).¹¹¹ Le nombre total d'années de vie perdues dues à une certaine maladie dans la région est divisé par le nombre de décès dû à cette maladie. Les années de vie perdues représentent ainsi la moyenne d'années de vie perdue pour ceux pour lesquels la condition est fatale. Par conséquent, l'âge de la mort détermine l'estimation de la charge de morbidité individuelle. L'estimation des années de vie perdues dans l'étude de la Charge Mondiale de Morbidité de 2010 (GBD, 2010) est basée sur un tableau de vie de référence avec une durée de vie à la naissance de 86 ans. Pour les analyses nationales, les tableaux de vie nationaux devraient être utilisés.

Classement des maladies selon la charge de morbidité individuelle.



handicap moteur modéré d'un autre adulte, qui, en dehors de cela, jouit d'une bonne santé pour une durée de vie normale. Supposez que les deux services aient des coûts équivalents et produisent les mêmes gains de santé, mais que l'adulte aveugle ait une durée de vie en bonne santé moindre sans le service que la personne souffrant du handicap moteur modéré. Toutes choses étant égales par ailleurs, il semblerait injuste que le service pour l'adulte aveugle ne soit pas accessible à un coût abordable avant le service pour l'adulte victime du handicap moteur.

Pour faciliter la sélection de service, une mesure de la durée de vie du plus mal loti peut s'avérer utile. Une possibilité serait de spécifier les plus mal lotis comme ceux ayant la plus grande charge de morbidité *individuelle*. Plus spécifiquement, les plus mal lotis peuvent se définir comme ceux souffrant de la plus grande charge de morbidité individuelle sur la durée de vie sans le service de santé en question. Contrairement à la charge de morbidité nationale, elle n'est pas le résultat de l'agrégation des charges de morbidités des individus, et peut par conséquent fournir des informations directes sur la charge qui pèse sur les individus. Il existe plusieurs méthodes possibles pour calculer la charge individuelle de morbidité, et l'une des méthodes est décrite dans l'Encadré 3.1. La figure dans cet encadré indique également la charge de morbidité individuelle pour une variété de conditions de santé pendant toute la durée de la vie.

Comme cela ressort clairement de l'Encadré 3.1, la charge de morbidité individuelle associée à différentes maladies varie considérablement. Les personnes qui vont mourir d'une maladie liée à une charge de morbidité individuelle très élevée, telle que les anomalies cardiaques congénitales et le paludisme, sont généralement plus mal loties que les personnes qui vont mourir de maladies liées à une charge de morbidité individuelle faible, tel que le diabète et l'AVC ischémique. La priorité accordée aux services profitant aux plus mal lotis ainsi caractérisés prend en compte une idée de la justice largement répandue telle que décrite ci-dessus. Selon ce point de vue, une année de vie en bonne santé profitant à une personne qui autrement aurait des années de vie en bonne santé plus réduites durant toute sa vie a plus de poids qu'une année de vie en bonne santé profitant à une personne qui en aura davantage. Il appartient à chaque pays de décider l'importance qu'ils y accorderont, et certains modifient la règle générale pour exempter les très jeunes enfants.^{99, 115} Dans tous les cas, les estimations moyennes des maladies - y compris les estimations pour la charge de morbidité individuelle de l'encadré 3.1 - sont surtout pertinentes au niveau des programmes de santé, et non pas au niveau individuel.

Comme indiqué, il peut également être pertinent de considérer les plus mal lotis à d'autres égards que la santé. En particulier, les systèmes de santé pourraient accorder une priorité spéciale aux services ciblant des maladies affectant les pauvres de façon disproportionnée. C'est en fait la composante essentielle de l'une des deux «voies progressives» proposées par la Commission Lancet sur l'Investissement dans la Santé.²¹ Un critère accordant la priorité aux services profitant aux plus mal lotis - dans son sens le plus large - peut inclure une telle approche. Une stratégie alternative serait de sélectionner d'abord les services principalement sur la base des critères de santé, et ensuite donner la priorité aux pauvres lors de l'extension de la couverture de ces services. Les éléments des deux stratégies peuvent être combinés, et la question de savoir à qui accorder la priorité lors de l'extension de la couverture est traitée plus en profondeur dans le chapitre 4.

Priorité aux services dont la couverture offre une protection considérable contre le risque financier

La protection contre le risque financier est la raison principale de réaliser une CSU. Comme le chapitre 5 le démontrera, des paiements directs importants pour les services de santé peuvent causer d'énormes difficultés financières pour le patient et sa famille, et la proportion des coûts des services de santé payés directement par les patients sont très élevés dans beaucoup de pays. La baisse générale des paiements directs constitue par conséquent un facteur majeur dans la progression vers la CSU. Toutefois, la protection contre le risque financier peut également s'avérer pertinente pour la sélection des services. Ainsi, on peut appliquer le critère suggérant qu'un service devrait être prioritaire dans la mesure où sa couverture offre une protection considérable contre le risque financier.^b

L'extension de la couverture d'un service donné peut apporter une protection contre un risque financier directement et indirectement. Dans le premier cas, la couverture offre une protection contre le poids financier lié au paiement du service en question. Dans le dernier cas, la couverture offre une protection contre le poids financier plus important, qui dépasse le coût du service en question. Ces charges financières peuvent inclure la perte de l'épargne de l'individu due à l'incapacité de travailler ou encore les frais médicaux pour d'autres services de santé à l'avenir.

Plusieurs facteurs augmentent la quantité de protection directe nécessaire pour couvrir un service particulier. Ces facteurs incluent les coûts élevés des paiements directs, la faible prévisibilité des besoins, l'urgence et la gravité de la condition de santé considérée et la fréquence élevée de la condition de santé considérée parmi les populations plus pauvres.^{62, 116-118}

Dans ce contexte, il est clair que le coût peut jouer un rôle complexe dans la sélection des services. La couverture d'un service très coûteux peut, dans beaucoup de cas, réduire les difficultés financières directes davantage que la couverture d'un service à faible coût. Cependant, des coûts élevés, toutes choses étant égales par ailleurs, impliqueront un ratio coût-efficacité plus élevé en ce qui concerne les avantages en matière de santé. Par conséquent, pour les services à coûts élevés, un conflit peut émerger entre l'efficacité des dépenses publiques et la protection contre le risque financier direct. Cependant, ce n'est pas nécessairement le cas. En particulier, dans les contextes où les ressources sont très limitées, même les paiements directs relatifs aux services à faible coût peuvent être une cause importante de difficultés financières et de catastrophe financière. Dans de tels contextes, l'extension de la couverture des services à faible coût peut en réalité être la façon la plus efficace de garantir une protection contre le risque financier direct.²¹

Il a été suggéré que pour deux services ayant les mêmes ratios coût-efficacité, le service le plus coûteux devrait être couvert en généralement en premier, car une telle approche offrirait un degré plus élevé de protection directe contre le risque financier.¹²

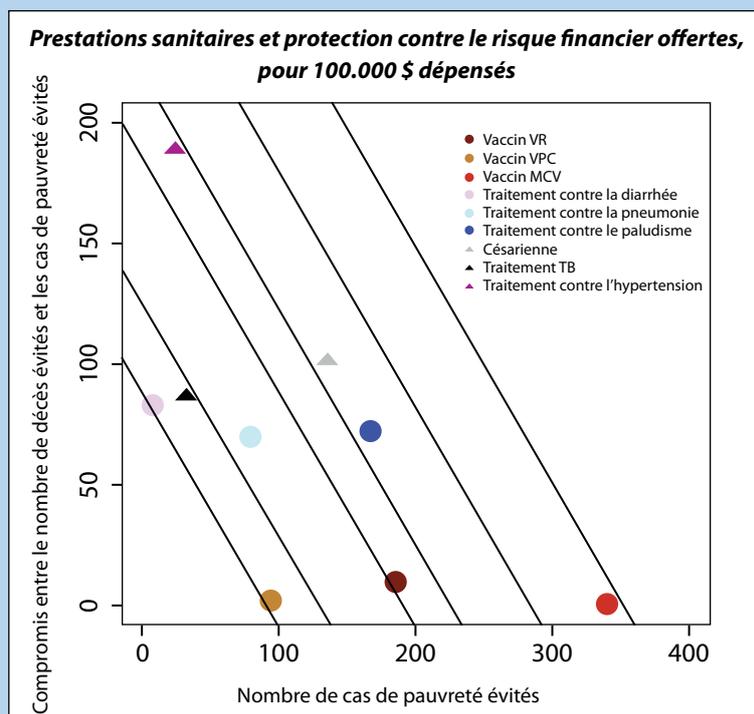
b Les modèles économiques ont montré que si personne n'achète des services complémentaires en plus de l'ensemble de services obligatoires ou s'il existe une assurance complémentaire qui fonctionne bien, alors la sélection de services sur la base des ratios standard du rapport coût efficacité aurait tendance à maximiser le bien-être attendu.¹²⁷ Dans les pays à revenus faibles et moyens, il y a d'énormes paiements directs pour les services complémentaires et pas d'assurance de ce genre qui fonctionne bien. Dans de telles situations, la protection contre le risque financier peut s'avérer plus pertinente que la sélection des services.

^{116, 117} Toutefois, il faut mettre cela en balance avec la protection financière directe agrégée qui résulterait de la couverture d'un grand nombre de services peu coûteux. En outre, lorsque les ratios coût-efficacité divergent, les avantages financiers directs doivent être minutieusement mis en balance avec avantages en matière de santé. L'Encadré 3.2 décrit certains compromis de ce genre et la façon dont ces compromis peuvent être traités. L'analyse dans cet encadré inclut également une forme de protection indirecte contre le risque financier, à savoir, la protection contre les paiements importants pour certains services à l'avenir qui résulte de la réduction du risque d'avoir à recourir à ces services dans le futur.

Encadré 3.2 Compromis entre les avantages de santé et les avantages financiers

La figure ci-dessous montre les résultats d'une analyse de neuf services. La figure indique la quantité de chaque type d'avantage qui serait produit si l'on dépensait 100.000 \$ pour chacun des services énumérés. Plus le service se trouve à droite de la figure, plus il produit de grands avantages en matière de santé, et plus il se trouve vers le haut de la figure plus la protection financière est importante. Les résultats montrent à quel point l'objectif d'éviter des décès et l'objectif d'éviter la pauvreté peuvent entrer en conflit. Par exemple, le vaccin (MCV) contre le méningocoque permet d'éviter plus de 300 décès pour 100.000\$ dépensés, mais évite moins de cas de pauvreté. Au contraire, le traitement contre l'hypertension artérielle permet d'éviter moins de décès, mais beaucoup plus de cas de pauvreté.

Compromis entre le nombre de décès évités et les cas de pauvreté évités



Adopté de Jamison et al. 2013.²⁷ Courbes d'indifférence ajoutées.

Les décideurs politiques peuvent ne pas s'entendre sur la façon de faire des compromis entre les vies sauvées et les cas de pauvreté évités, mais on pourrait imaginer tracer des courbes diagonales dans le diagramme qui relie les points qui sont tout aussi bon dans l'ensemble (que l'on appelle «courbes d'indifférence» en économie). Pour un individu donné, il est plausible que ce soit pire de mourir que de devenir pauvre, et cela suggère que les courbes d'indifférence devraient être au moins aussi abrupte que celles présentées dans la figure.

Comme indiqué, même si la protection contre le risque financier est très importante, on devrait faire attention à ne pas donner trop de poids à la protection directe contre le risque financier lors de la sélection des services. Cela est essentiellement dû au fait qu'une telle approche peut impliquer de gros sacrifices en termes d'avantages de santé. Cela est malheureux compte tenu de la valeur intrinsèque des avantages de santé, mais cela peut également être malheureux dans la perspective même de la protection contre le risque financier. C'est notamment parce que les avantages de santé peuvent réduire les risques de certaines dépenses de santé dans le futur, tel qu'analysé ci-dessus. En outre, les avantages de santé peuvent apporter une protection contre le risque financier par l'intermédiaire de l'amélioration de la productivité et du potentiel de génération de revenu¹⁹⁻²¹

Dans ce contexte, certains services sont si coûteux qu'ils ne doivent probablement pas être inclus dans la liste des services de haute priorité dans les contextes de limitation des ressources. A titre d'illustration, prenons le cas de certains traitements très coûteux produisant des avantages de santé très marginaux pour les patients souffrant de certains types de cancer avancé.¹¹⁹⁻¹²³ Même si la couverture de ces services offre une protection directe significative contre le risque financier pour le patient et sa famille, les ressources dépensées pourraient - dans certains contextes - sauver plutôt 100 à 300 fois autant d'années de vie en bonne santé si elles sont dépensées pour le traitement contre la pneumonie ou la lutte contre la tuberculose. Tel que décrit, ces avantages en matière de santé peuvent aussi apporter une protection considérable contre le risque financier dans le futur. Lors de la sélection des services, toutes ces préoccupations conflictuelles doivent par conséquent être minutieusement mises en balance. Des outils et méthodes sont actuellement en cours d'élaboration afin d'assister ce travail d'évaluation.^{124, 125}

Peu importe le rôle que peut jouer la protection contre le risque financier dans la sélection des services, il joue un rôle crucial dans la motivation de l'objectif même de la CSU et de *la transition du paiement direct au prépaiement obligatoire*. Ces considérations sont analysées plus en profondeur dans le chapitre 5.

Critères additionnels

Plusieurs autres critères peuvent être pertinents pour établir les priorités.⁹⁹ Beaucoup de ces critères se chevauchent avec les critères déjà mentionnés, et certains peuvent faire partie intégrante de ces critères. La qualité des services, par exemple, est une préoccupation majeure de la CSU, et ne peut pas être entièrement pris en compte dans les estimations de coût-efficacité. Par conséquent, un critère additionnel relatif à la qualité peut s'avérer nécessaire. De même, un critère relatif à la solidité des preuves peut être nécessaire si cette préoccupation n'est pas suffisamment prise en compte par les autres critères.

Partant d'une déclaration consensuelle élaborée par un groupe d'éthiciens et d'économistes, on pourrait examiner au moins dix critères d'établissement de priorité conjointement avec le rapport coût-efficacité.¹⁰⁸ Plusieurs de ces critères portent sur la justice et l'équité et recourent les critères mentionnés ci-dessus ainsi que les préoccupations traitées dans les chapitres suivants. Ces critères peuvent être pertinents ou pas pour certaines décisions spécifiques concernant les services. En outre, l'utilisation effective de certains de ces critères est controversée, et la plupart des éthiciens remet-

traient en cause certains d'entre eux. Les critères additionnels proposés peuvent être classés en trois catégories: a) les critères relatifs à la maladie et au service, b) les critères relatifs aux caractéristiques des groupes sociaux, et c) les critères relatifs à la protection contre les effets financiers et sociaux associés à la mauvaise santé et à des traitements coûteux. Les critères spécifiques sont listés dans l'Encadré 3.3.

Encadré 3.3 Critères suggérés (basés sur: Norheim et al. 2014. Orientation sur l'établissement des priorités en matière de santé: Critères de justice et d'équité non pris en compte de façon adéquate par l'analyse du rapport coût-efficacité.)

| |
|---|
| Critères relatifs à la maladie et au service : Critères relatifs à |
| • La Gravité de la maladie (déficit de santé actuel et futur) |
| • La Réalisation du potentiel |
| • La Perte de santé dans le passé |
| Critères relatifs aux caractéristiques des groupes sociaux: Critères relatifs au |
| • Statut socioéconomique |
| • Lieu d'habitation |
| • Sexe |
| • Et à la Race, l'ethnie, la religion, et l'orientation sexuelle |
| Critères relatifs à la protection contre les effets financiers et sociaux de la mauvaise santé et de traitements coûteux : Critères relatifs à |
| • La Productivité économique |
| • Les Soins aux autres |
| • Les Dépenses de santé catastrophiques |
| |

Il est également important de garder à l'esprit qu'il n'est pas facile de quantifier certaines préoccupations ou de les inclure dans des cadres habituels. Par exemple, on peut penser aux préoccupations relatives à la violence domestique contre les femmes, aux soins palliatifs et en fin de vie, aux soins sociaux, ainsi qu'à l'infertilité et à l'avortement.

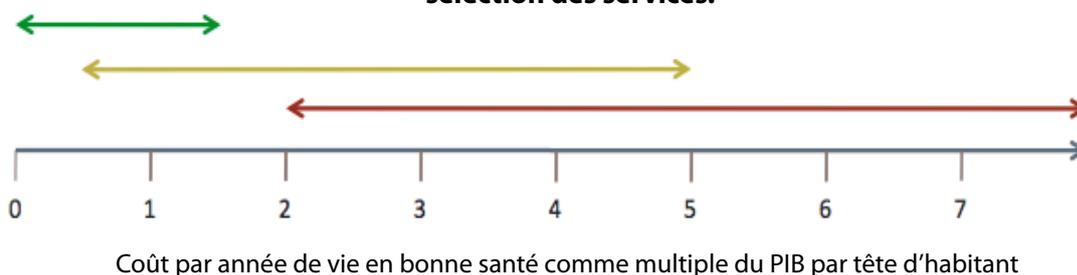
Conjugaison des critères

En général, il faut considérer au moins trois critères pour la sélection des services. Il s'agit du rapport coût-efficacité, de la priorité aux plus démunis, et de la protection contre le risque financier.

Les décideurs politiques peuvent utiliser différentes stratégies lorsqu'ils examinent un ensemble de critères. Etant donné que l'amélioration de la santé constitue l'objectif principal des systèmes de santé, une stratégie utile serait de commencer par les données sur l'efficacité des dépenses publiques afin de classer rapidement les services en catégories de priorité et ensuite, les ajuster sur la base de critères additionnels. La figure 3.3 illustre cela de façon schématique. L'échelle montre les coûts d'une année de vie en bonne santé en multiples du PIB par habitant d'un pays. En faisant le lien entre les coûts et le niveau de revenus du pays, on peut facilement ajuster les seuils aux ressources disponibles dans le pays. De toute évidence, un pays ayant un PIB élevé peut généralement dépenser plus dans les services de santé qu'un pays ayant un PIB faible. Les doubles flèches colorées représentent les niveaux d'efficacité qui correspondent à une haute priorité (vert), une priorité moyenne (jaune), et une faible priorité (rouge).

Les différents pays peuvent choisir différents niveaux.^c

Figure 3.3 Cadre d'intégration du critère coût-efficacité à d'autres critères lors de la sélection des services.



Pour déterminer les prochains services dont il faut étendre la couverture dans ce cadre, le pays produit d'abord une liste des services à considérer. On peut alors placer chaque service dans cette échelle selon les estimations régionales ou nationales de coût-efficacité. Les services associés à une seule couleur sont immédiatement placés dans la catégorie de priorité appropriée. Chaque service situé dans les intervalles de chevauchement a besoin d'une évaluation plus approfondie en ayant recours à d'autres critères adéquats, par exemple, les critères relatifs aux plus démunis et à la protection contre le risque financier. Si le service répond très bien aux critères additionnels, il doit être placé dans le niveau supérieur de la catégorie de priorité en question. Si le service ne répond pas bien aux critères additionnels, il doit être placé dans le niveau inférieur de la catégorie de priorité en question. L'emplacement exact d'un service dans les intervalles de chevauchement devrait également être pris en compte: Plus il est proche de l'extrémité coût-efficacité de cet intervalle, moins il est nécessaire de rechercher des raisons additionnelles. L'encadré 3.4 donne un exemple pratique de la manière dont le cadre présenté ici peut être utilisé.

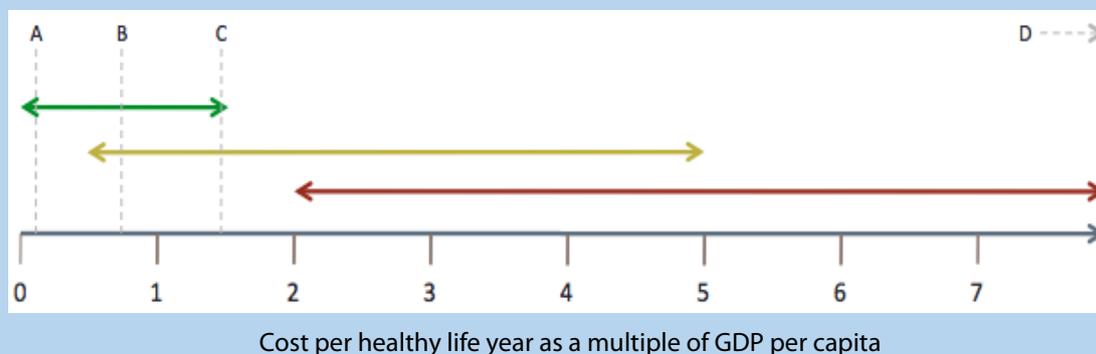
Dans certains cas, l'application du critère adéquat - même s'il est spécifié par le pays de façon appropriée - ne permettra pas d'assigner le service en question à une seule catégorie de priorité sans ambiguïté. Pour les services situés à la frontière entre deux catégories, une structure de prise de décision appropriée peut permettre de prendre une décision finale sur la base d'une évaluation globale plus méticuleuse. Il pourrait s'agir d'un comité permanent d'établissement des priorités, dont le rôle potentiel serait de prendre les décisions concernant les cas limites difficiles, tels qu'illustrés dans la Figure 3.4. De tels comités ont été désormais établis dans certains pays et font l'objet d'analyse plus approfondie au chapitre 7.

Comme suggéré, le système de santé devrait d'abord étendre la couverture des services de la classe de très haute priorité. S'il faut choisir entre deux ou plusieurs services dans la même catégorie, on peut utiliser une procédure similaire pour choisir entre ceux-ci. Parallèlement, la sélection des services devrait être considérée comme une procédure dynamique continue. Les tableaux de morbidité et la couverture des services changent continuellement, tout comme par exemple, les estimations des

^c La figure 3.3 utilise un niveau allant de 0,5 à 1,5 fois le PIB par tête d'habitant comme seuil entre les services de haute priorité et les services de priorité moyenne, et 2,0 à 5,0 comme seuil entre les services de priorité moyenne et de faible priorité. Cela correspond à peu près aux seuils standards de 1,0 et 3,0 décrits ci-dessus, mais permet plus de flexibilité. Les pays peuvent utiliser différents seuils selon les montants qu'ils veulent dépenser pour la santé. Toutefois, l'on a tendance à avoir des problèmes si les seuils sont fixés beaucoup plus bas ou plus haut que ces niveaux.

Encadré 3.4 Application du cadre à des cas hypothétiques au Kenya

L'utilisation pratique du cadre peut être illustrée par un exemple hypothétique de sélection de services au Kenya. À partir de données sur le rapport coût-efficacité et des données sur le revenu national, quatre services (A, B, C, D) ont été placés sur l'échelle.*



Sur cette base, le décideur peut faire le raisonnement suivant:

A: Diagnostique et traitement de la tuberculose

Coûtant moins de 10% du PIB par tête d'habitant et par année de vie en bonne santé, cela va clairement dans la catégorie verte et constitue donc un service de haute priorité.

B: Réglementation de la sécurité routière

Coûtant 80% du PIB par tête d'habitant et par année de vie en bonne santé, elle tombe dans la région où le vert et le jaune se chevauchent (dans la figure 3.3), et nécessitant une évaluation plus approfondie en utilisant des critères additionnels. La priorité aux plus démunis (en termes de santé) est un critère particulièrement pertinent ici, car les accidents de la circulation prennent souvent la vie des jeunes individus (voir l'encadré 3.1). On s'attendrait alors à voir le service placé dans la catégorie de haute priorité.

C: Traitement de l'asthme léger

Coûtant 149% du PIB par tête d'habitant et par année de vie en bonne santé, le traitement de l'asthme léger se situe juste au niveau de la zone de chevauchement, et nécessiterait un bon examen au regard de critères additionnels en vue d'être placé dans la catégorie haute priorité. On peut donc s'attendre à voir le service être placé dans la catégorie de priorité moyenne.

D: Dialyse pour insuffisance rénale

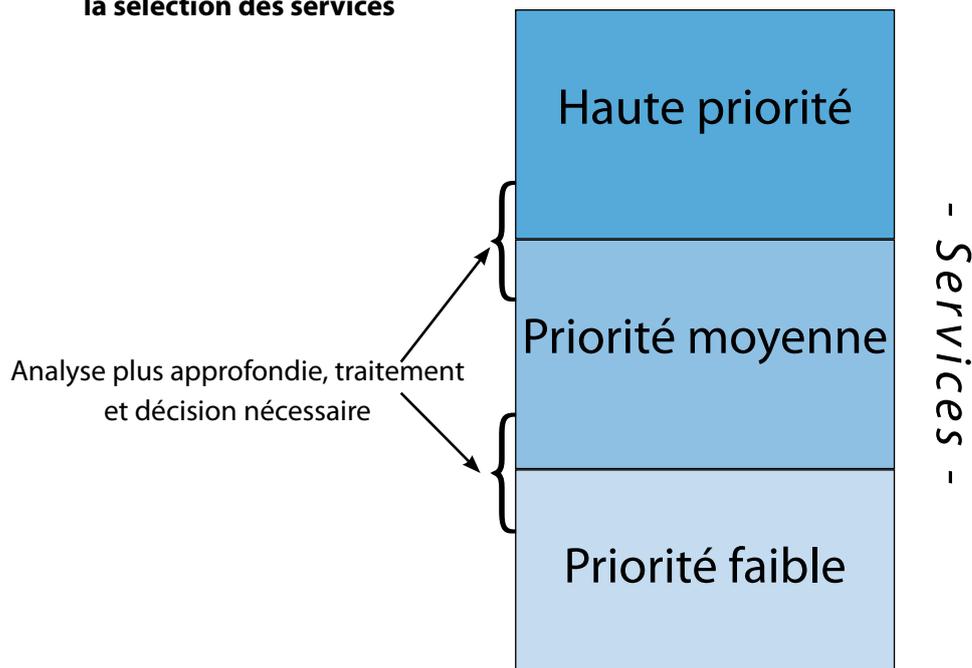
Bien que la couverture offre une protection significative contre le risque financier, la dialyse est de loin trop coûteuse dans ce contexte, coûtant plus de 30 fois le PIB par tête d'habitant et par année de vie en bonne santé. Elle est par conséquent placée dans la catégorie de priorité faible. L'argent dépensé dans la dialyse pourrait au contraire sauver 300 fois plus d'années de vie en bonne santé s'il était dépensé dans la lutte contre la tuberculose.

* Cost-effectiveness estimates are based on the WHO-CHOICE project and a study on dialysis in Thailand ^{103, 105}

coûts et de l'efficacité. Pour améliorer le processus de sélection des services, les pays devraient par conséquent mettre en place et renforcer des institutions qui peuvent à la fois générer et exploiter ces informations.

La procédure présentée ici, c'est important, n'est qu'un cadre général pour conjuguer le rapport coût-efficacité à d'autres critères. L'utilisation de ce cadre constitue une amélioration, du moins par rapport à la sélection non systématique des services. Le cadre peut également prendre en compte des méthodes d'évaluation explicite et précise pour d'autres critères plus spécifiques. Plusieurs méthodes de ce genre ont été développées en vue d'intégrer le rapport coût-efficacité à d'autres préoccupations, y compris les préoccupations de justice.^{67, 128} Parmi ces méthodes, il existe ce qu'on

Figure 3.4 Rôle potentiel du Comité Permanent pour l'établissement des priorités dans la sélection des services



appelle les coefficients d'équité ou de distribution qui, par exemple, peuvent incorporer une priorité spéciale aux plus démunis. Comme indiqué, des méthodes sont en cours d'élaboration en vue d'incorporer la protection contre le risque financier.¹²⁴

Conclusion

La sélection minutieuse des services est un processus crucial pour une réalisation juste et progressive de la CSU. Plusieurs pays sélectionnent les services de manière ad hoc en utilisant des critères implicites. Toutefois, le processus d'expansion des services devrait plutôt être systématique et basé sur des critères explicites, bien justifiés. Les critères pertinents incluent ceux relatifs:

- Au rapport coût-efficacité
- A la priorité des plus démunis
- A la protection contre le risque financier

Tous les critères doivent être spécifiés et mis en balance de sorte à tenir compte du contexte du pays. Dans chaque pays toutefois, les gens ne s'accorderont pas toujours sur la manière exacte d'y parvenir. Par conséquent, il est essentiel que les institutions soient responsables devant la population et qu'elles favorisent la participation du public. Cet aspect est analysé plus en profondeur dans le chapitre 7.

4

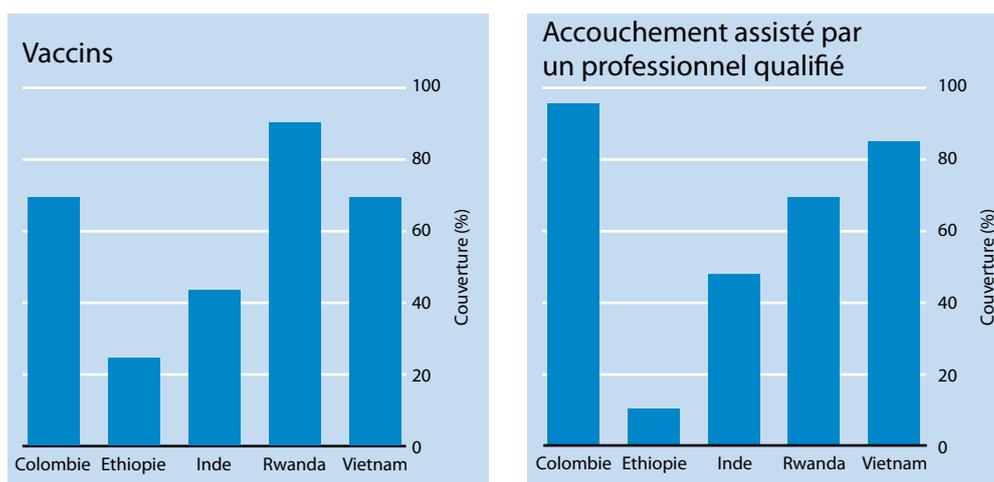
Inclure plus de personnes

L'objectif de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) recommande très clairement quelle envergure doit avoir la couverture: elle doit être universelle. Les pays doivent chercher à réduire toutes les barrières à la couverture, et ce pour tous les individus. Lorsqu'on ne peut pas étendre pleinement la couverture à tous immédiatement, les pays doivent étendre la couverture de façon équitable. Pour ce faire, ils doivent répondre minutieusement à la question suivante: Qui inclure en premier?

Le défi des lacunes de couverture

La couverture varie substantiellement entre les services et entre les pays. On peut illustrer cela avec les indicateurs de couverture qui mesurent le nombre de personnes qui reçoivent un service de santé quand elles en ont besoin.^a Ainsi conçue, la couverture dans plusieurs pays est souvent bien loin de l'universalité, même pour les services de haute priorité. Par exemple, en Ethiopie, la proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée et recevant au moins une thérapie de réhydratation ou un conseil sur l'augmentation des fluides est d'environ 30% ; la proportion d'enfants de moins de cinq ans suspectés de souffrir d'une pneumonie et qui sont amenés chez un prestataire de soins approprié est inférieur à 10%; et la proportion des naissances vivantes assistées par un personnel de santé qualifié est de 10%.¹³⁰ La Figure 4.1 illustre les taux de couverture pour deux services essentiels dans cinq pays.

La Figure 4.1 - Taux de couverture pour deux services essentiels dans cinq pays.^{b,c}



^a Ces mesures sont utiles, même si elles ne saisissent pas pleinement dans quelle mesure les services sont abordables. Ces indicateurs, également appelés taux d'utilisation, ne font pas la distinction entre les gens qui y ont accès sans dépenses directes significatives et les gens qui y ont accès malgré le fait qu'ils sont confrontés à ces dépenses.¹²⁹

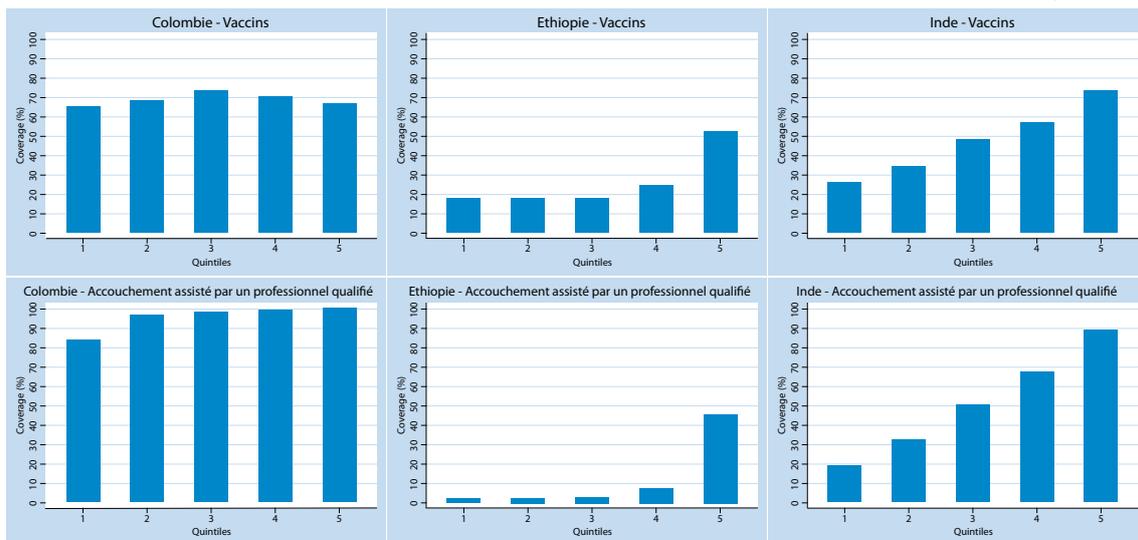
^b La couverture des accouchements assistés par un personnel compétent est définie comme étant la proportion de femmes qui disent avoir été assistées par un professionnel de la santé pendant l'accouchement. La couverture vaccinale est définie comme étant la proportion d'enfants âgés de 12 à 23 mois qui, au moment de l'enquête, auront reçu les vaccins suivants: trois doses de DCT, trois doses de polio, BCG, et rougeole.

^c Les données sur la Colombie, l'Inde, le Rwanda, et le Vietnam viennent de la Banque Mondiale¹³¹ alors que les données sur l'Ethiopie viennent de l'Enquête de Santé et de Démographie (EDHS).¹³⁰

En plus du niveau de couverture général, la distribution est importante. Il est bien établi que les différents groupes de la société ont des probabilités différentes de recevoir un service de santé en cas de besoin.¹³² Plus spécifiquement, la probabilité peut varier entre les groupes en fonction de leur statut socioéconomique (revenu, richesse, fonction, éducation), leur sexe, leur lieu de résidence, et leur état de santé, et parfois, leur groupe ethnique, leur race, leur religion et leur orientation sexuelle.

La situation des accouchements assistés par un personnel qualifié en Ethiopie est un exemple clair de l'influence du statut socioéconomique sur l'accès aux soins. Dans le quintile de richesse le plus bas, 1,7 % de toutes les naissances sont assistées par un prestataire compétent, contre 45,6 % dans le quintile de richesse le plus élevé.¹³⁰ Cette inégalité est un exemple d'iniquité horizontale, dont il a été question dans le chapitre 2. La Figure 4.2 présente les inégalités dans les taux de couverture, dans tous les quintiles de richesse, pour deux services essentiels en Ethiopie, en Inde et en Colombie. La figure révèle que l'Ethiopie et la Colombie ont en général les inégalités les plus et les moins prononcées respectivement. Les gradients sociaux dans les résultats de santé et les soins de santé effectifs se trouvent également dans le contexte des maladies non transmissibles.¹³³

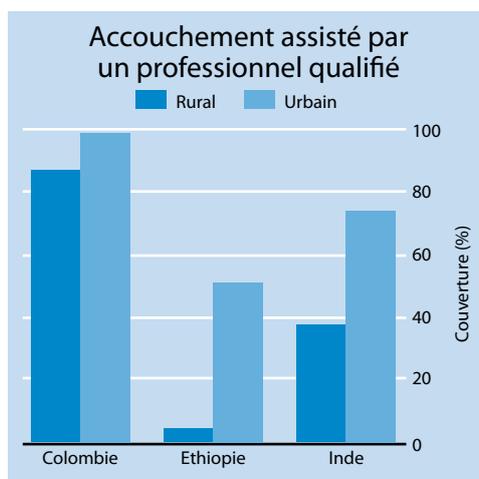
Figure 4.2 Inégalités socioéconomiques et taux de couverture dans trois pays^d



Dans beaucoup de pays, il existe également des variations géographiques marquées; entre régions de même qu'entre les zones urbaines et rurales. La Figure 4.3 présente les inégalités dans les taux de couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié entre les villes et les zones rurales en Ethiopie, en Inde et en Colombie. Une fois de plus, le cas des accouchements assistés par un personnel qualifié est un exemple clair des inégalités géographiques. Au niveau des populations urbaines, 50,8% de toutes les naissances sont assistées par un personnel qualifié, alors que pour les populations rurales, la proportion est de 4,0 %.¹³⁰

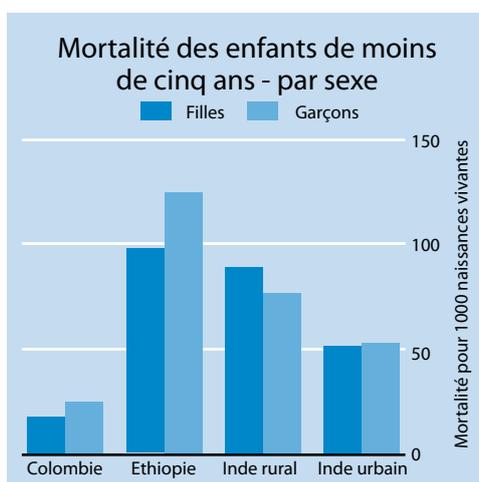
^d Les données sur l'Inde et la Colombie viennent de la Banque Mondiale¹³¹ alors que les données sur l'Ethiopie viennent de l'Enquête de Santé et de Démographie (EDHS) de l'Ethiopie.¹³⁰

Figure 4.3 Inégalités géographiques des taux de couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié dans trois pays^e



Un autre défi en matière d'inégalité concerne les inégalités entre hommes et femmes. Il y a très peu de données sur les inégalités de couverture entre hommes et femmes dans les pays à revenus faibles et moyens. Toutefois, la Figure 4 présente les inégalités entre hommes et femmes au niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Colombie, en Ethiopie et au niveau des populations rurales et urbaines en Inde. Bien que les inégalités en matière de résultat de santé dépendent en partie d'autres facteurs que la couverture, les pays doivent également tenir compte de ces inégalités lors de l'extension de la couverture.

Figure 4.4 Inégalités entre hommes et femmes au niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans trois pays^f



La plupart des inégalités, si ce n'est toutes les inégalités soulignées constitueront des cas d'iniquité dans la plupart des interprétations du concept d'iniquité, tel qu'analysé dans les précédents chapitres. Par exemple, ces inégalités sont généralement considérées comme étant inacceptables du point de vue du droit à la santé, en particulier quand elles résultent de pratiques discriminatoires.¹³⁶

^e Les données sur l'Inde et la Colombie viennent de la Banque Mondiale¹³¹ alors que les données sur l'Ethiopie viennent de l'Enquête de Santé et de Démographie (EDHS) de l'Ethiopie.¹³⁰

^f Les taux de mortalité sont calculés à partir des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (CDHS) de 2010 de la Colombie,¹³⁴ de l'Enquête Démographique et de Santé 2011 de l'Ethiopie,¹³⁰ de l'Enquête Démographique et de Santé 2005-06 de l'Inde.¹³⁵

Dans plusieurs pays, beaucoup d'indices laissent croire à la «règle de la relation inverse en matière de soins», selon laquelle «la disponibilité de bons soins médicaux a tendance à être inversement proportionnelle aux besoins de la population servie.»¹⁴⁷ Des distributions confirmant cette «règle» sont fréquentes partout, par exemple en ce qui concerne les groupes dont on a déjà parlé.⁸² Comme décrit ci-dessus, la couverture est souvent beaucoup plus limitée pour les groupes à revenus faibles et les populations rurales que pour les groupes à revenus plus élevés et les populations urbaines, malgré le fait que les besoins en services sont souvent plus grands au sein des premiers groupes, comme le suggèrent, entre autres, les inégalités bien documentées au niveau de la mortalité et la morbidité.⁴⁰ De manière générale, dans tous les pays, et pour tous les niveaux de revenus, la santé et la maladie dépend de la condition sociale : l'état de santé des individus est d'autant plus mauvais qu'ils se retrouvent dans des positions socioéconomiques défavorisées. Dans la plupart des cas, la disparité qui en résulte entre les besoins et la couverture est doublement problématique et incompatible avec les idées de justice et d'équité largement acceptées.¹³⁸

Qui inclure en premier ?

Il est évident que la couverture est loin d'être universelle dans beaucoup de pays. Si l'on ne peut pas étendre la couverture à tous immédiatement, les pays qui veulent tendre vers l'universalité sont confrontés à une question cruciale: qui inclure en premier? Inclure signifie ici étendre la couverture jusqu'à un niveau significatif, et cela présuppose généralement une affiliation formelle à un système de couverture.

Les considérations relevées dans les précédents chapitres et les inégalités décrites ci-dessus fournissent des indications. Dans les chapitres 2 et 3, il a été suggéré qu'un élargissement équitable de la couverture implique que l'on donne la priorité aux plus démunis. C'est particulièrement le cas des plus mal lotis en termes de couverture de services ou en termes d'état de santé. En conséquence, dans la plupart des cas, les pays doivent d'abord réduire les barrières qui font obstacle à une couverture plus étendue pour les groupes défavorisés en termes de couverture de services ou d'état de santé.

Il est souvent difficile d'identifier ces groupes directement. Toutefois, comme illustré ci-dessus, certains groupes sociaux, plus facilement identifiables, ont tendance à avoir une couverture insuffisante des services, à souffrir d'une mauvaise santé, ou les deux. Il s'agit par exemple des groupes à revenus faibles et des populations rurales. L'encadré 4.1 donne une liste plus détaillée des caractéristiques sociales potentiellement pertinentes. En outre, l'état de santé et les pronostics sont naturellement associés à plusieurs caractéristiques médicales - y compris le diagnostic et l'exposition aux facteurs de risques - une idée analysée au chapitre 3.

Encadré 4.1 - Caractéristiques sociales ayant souvent un lien avec la couverture de services ou l'état de santé

There are several social characteristics that is often associated with service coverage, health, or both:

- Revenus/richeesse
- Education
- Profession ou occupation
- Ethnie/race/indigénité
- Sexe
- Lieu d'habitation
- Refugee/immigrant status
- Croyances religieuses et politiques
- Orientation sexuelle

Cette liste s'inspire d'un cadre d'analyse issu de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, établissant le lien entre les déterminant sociaux de la santé et la distribution de la santé.⁴⁰

La manière dont une caractéristique sociale est associée ou non au fait d'être plus mal lotis en termes de santé peut varier en fonction du contexte. Par exemple, la manière dont l'appartenance à un groupe ethnique/race et les croyances religieuses et politiques sont associées à une couverture sanitaire et un état de santé plus ou moins bons dépendra souvent de l'environnement national et local. Cela peut également varier entre les populations urbaines et rurales. Toutefois, d'autres caractéristiques varient très peu avec le contexte. Par exemple, le groupe de revenu le plus mal loti en termes de couverture des services et d'état de santé a tendance à être le groupe ayant les revenus les plus bas.

Les raisons pour lesquelles on se préoccupe des caractéristiques sociales listées ci-dessus vont au-delà de leur rôle d'indicateurs de l'accès à la couverture ou de l'état de santé. D'une part, ces caractéristiques peuvent être des composantes non sanitaires du bien-être ou des indicateurs de ces composantes. Par exemple, les groupes à revenus faibles ont tendance à être plus mal lotis que ceux ayant des revenus élevés, non seulement parce que les premiers pâtissent généralement d'une couverture des services et d'un état de santé pires que les derniers; mais les groupes à revenus faibles peuvent également être considérés comme étant les plus mal lotis simplement parce qu'ils ont des revenus plus faibles.¹³⁹ Il existe cependant une deuxième raison de se préoccuper des caractéristiques sociales listées. Pour certaines de ces caractéristiques, le fait qu'elles soient associées à une couverture de services ou un état de santé plus ou moins bons découle souvent de pratiques sociales problématiques.¹⁴⁰ Par exemple, la plus faible couverture des services chez les femmes, par rapport aux hommes, peut suggérer l'existence des pratiques discriminatoires dans le financement et la fourniture des services de santé.

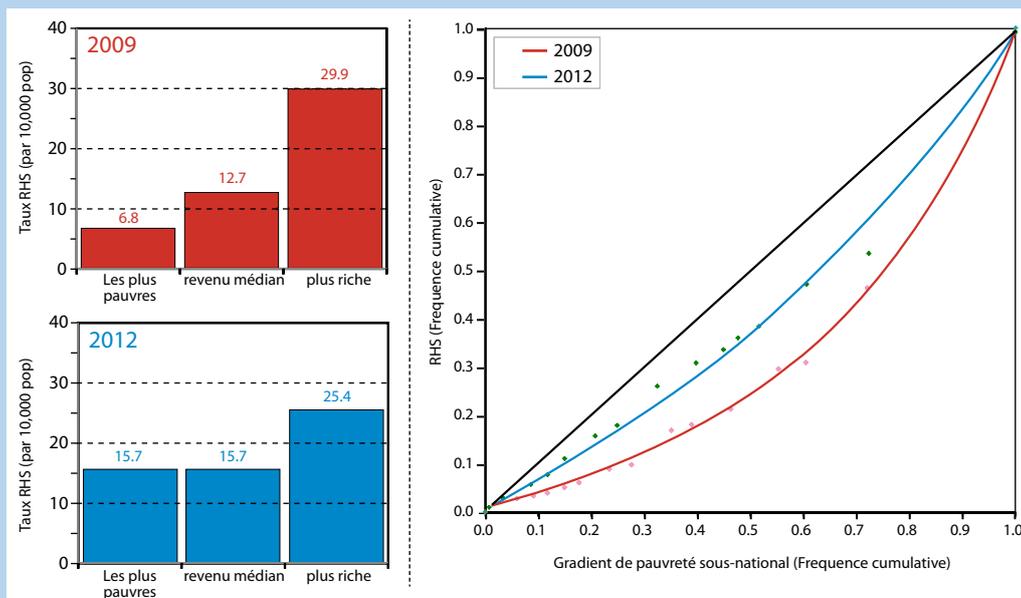
En général, en étendant la couverture, les pays doivent s'efforcer de réduire les barrières pour les groupes à revenus faibles, les populations rurales, et les autres groupes concernés dans la mesure où ils sont défavorisés en termes de couverture des services et d'état de santé. Ceci est particulièrement important pour les services de haute priorité. Parallèlement, les différentes considérations de justice doivent être minutieusement mises en balance avec la préoccupation de la maximisation des avantages. Cet aspect a été analysé au chapitre 2 et il est approfondi ci-dessous.

Le rôle du ciblage

Comme on l'a décrit, les considérations de justice justifient l'attention spéciale accordée à certains groupes dans l'extension de la couverture. Il s'agit des groupes à revenus faibles, des populations rurales, et autres groupes concernés dans la mesure où ils sont défavorisés en termes de couverture des services ou d'état de santé. Il faut cibler ces groupes, c'est-à-dire que les améliorations dont ils vont bénéficier devraient avoir un poids plus important dans la formulation des politiques publiques.

Cela peut justifier davantage les ciblage au niveau pratique, si cela peut être fait de façon efficace. Plusieurs formes de ciblage peuvent servir d'instruments dans le processus conduisant à une CSU, et ne sont pas contraires à l'objectif général d'une couverture universelle. Toutefois, les formes de ciblage adéquates au niveau pratique font toujours l'objet de débats au sein du secteur de la santé, et d'une façon plus générale,^{21, 141-143} elles sont analysées dans le cadre des politiques en faveur des plus pauvres. Bien que les pays doivent, dans la mesure du possible, réduire d'abord les barrières à la couverture pour les groupes défavorisés, évaluer dans quelle mesure une

Encadré 4.2 Ciblage géographique de la couverture sanitaire universelle au Salvador



En 2009, le Ministère de la Santé du Salvador a initié une réforme du secteur de la santé visant à réaliser progressivement une couverture sanitaire universelle dans le cadre d'un Système Intégré de Santé National sur la base des principes et des pratiques des soins de santé primaires. La mise en œuvre des Equipes Communautaires de Santé Familiales, en espagnol, Equipos Comunitarios de Salud familiar (ECOSf), constituait une composante essentielle de cette réforme. Ces équipes étaient chargées de fournir des soins de santé préventifs et curatifs à une juridiction territoriale comprenant environ 600 familles. La création et l'investissement dans l'ECOSf étaient guidés par un processus d'établissement des priorités conduit dans 262 municipalités du pays, qui mettait l'accent sur les niveaux d'extrême pauvreté et la taille des populations vulnérables et défavorisées.

Une analyse exploratoire faite à partir de données issues du niveau départemental (c'est-à-dire, une compilation spatiale des municipalités) a montré que, trois ans après la mise en œuvre de la stratégie de l'ECOSf, il y a eu une réduction non triviale de l'ampleur des inégalités sociales en ressources humaines pour la santé (RHS). Les graphiques en barres ci-dessus indiquent une amélioration de la distribution des RHS entre les tertiles de richesse infranationaux de 2009 à 2012, c'est-à-dire, après l'introduction d'ECOSf et de son ciblage

géographique. Plus spécifiquement, l'écart concernant la proportion de RHS pour 10,000 habitants entre les 33% les plus pauvres et les 33% les plus riches de la population du pays a chuté de -23,2% (c'est-à-dire, 6,8 moins 29,9) à -9,7% (c'est à dire 15,7 moins 25,4) au cours de cette période.

L'inégalité en RHS peut également se mesurer en termes d'indice de concentration, illustré par les courbes de concentration ci-dessus. Le long de l'axe x se trouvent les populations départementales classées de la plus forte à la plus faible prévalence de pauvreté extrême. L'indice de concentration correspondant est tombé de 0,36 à 0,17 au cours de la période de trois ans qui est ici évaluée. Cela représente une réduction importante de l'inégalité.

Sources: contribution du Dr. Oscar J. Mujica et Dr. Carla Saenz (PAHO/WHO)^{145, 146}

telle approche sélective est appropriée dépendra du type de ciblage et du contexte dans lequel cela est fait.

On peut classer les approches pratiques du ciblage de plusieurs manières. Les politiques les plus prometteuses sont probablement celles qui ciblent les groupes, et non les individus. On peut distinguer davantage les approches qui identifient le groupe cible directement et celles qui le font indirectement, par exemple, en fonction de la zone d'habitation.¹⁴⁴ Dans le dernier cas, l'effort initial de réduction d'une ou plusieurs barrières à la couverture peut se concentrer sur une zone géographique spécifique. L'encadré 4.2 illustre un exemple d'une telle approche.

Il existe bien sûr plusieurs autres moyens de cibler les groupes. Une autre forme de ciblage des groupes, favorisant elle aussi l'équité, se fonde par exemple sur la sélection des services. Cette forme de ciblage implique généralement de donner la priorité aux services traitant les maladies qui affectent les groupes défavorisés de façon disproportionnée.²¹ Il s'agit par exemple des maladies infectieuses et les maladies liées au tabac. Cependant, d'autres formes de ciblage basées sur le groupe se fondent sur la diffusion des informations adaptées à travers des campagnes d'informations publiques, ou sur le retrait de certaines barrières légales limitant l'accès à la couverture.¹⁴⁷

Il existe également des mécanismes de fourniture des services qui ciblent les individus.¹⁴⁴ Les systèmes d'exemption de frais sont l'un des mécanismes les plus largement débattus. Ils peuvent être considérés comme une forme de subvention ciblée. Ces systèmes peuvent, dans certaines circonstances, favoriser la CSU; dans d'autres circonstances, ils entravent au contraire la réalisation de cet objectif.^{21, 144, 148, 149} Le choix des mécanismes de ciblage doit être minutieusement examiné dans chaque cas spécifique. L'objectif plus général de la réduction des paiements directs est abordé dans le chapitre 5.

Il faut également, de façon plus générale, mettre en balance les avantages du ciblage par rapport à ses inconvénients. Les approches ciblées peuvent parfois être moins efficaces pour maximiser des avantages en matière de santé, car il peut s'avérer plus coûteux de toucher certaines populations. Dans d'autres cas cependant, le ciblage des groupes défavorisés va de pair avec la satisfaction du critère de coût-efficacité. Cela peut se produire, par exemple, lorsque lorsqu'un grand nombre d'individus du groupe cible sont victimes d'une mauvaise santé, ou lorsque le potentiel de services simples ayant un très bon rapport coût-efficacité - tels que les antibiotiques contre la pneumonie chez les enfants - n'est pas encore réalisé au sein de ce groupe, ou les deux.^{139, 150} Le

degré optimal du ciblage dépend également du soutien du public et de la pérennité du financement de ces mesures de ciblage. Historiquement, le passage à une couverture sanitaire universelle a mobilisé le soutien de la majorité de la population, y compris des classes moyennes.¹⁵¹ Si un système se focalise trop étroitement sur un sous-groupe de la population, il peut perdre le soutien général. Cette considération est particulièrement pertinente lorsque qu'il s'agit de déterminer *qui* il faut inclure dans les dispositifs de mutualisation des fonds, dans lesquels la base de financement dépend à la fois directement et indirectement de l'inclusion des plus riches.

Conclusion

Conformément à l'objectif de la CSU, les pays doivent rechercher à étendre la couverture à *tous*. Lorsque que l'on ne peut étendre la couverture pleinement à tous immédiatement, les pays doivent d'abord s'efforcer de réduire les barrières pour les groupes suivants :

- les groupes à revenus faibles,
- les populations rurales
- les autres groupes concernés dans la mesure où ils sont défavorisés en termes de couverture des services et d'état de santé.

Cette stratégie de réduction des inégalités dans la couverture des services fait partie intégrale du processus conduisant à améliorer le niveau général de la couverture et à se rapprocher d'une couverture sanitaire véritablement universelle.

5

Réduire les paiements directs des ménages

La couverture sanitaire universelle (CSU) porte à la fois sur l'accès aux services et la protection contre le risque financier essentiellement. Les paiements directs importants constituent à la fois des risques financiers et des entraves à l'accès.^a Progresser vers la CSU nécessite donc une réforme du système de financement de la santé, et un passage des paiements directs des services vers le système de prépaiement et de mutualisation des fonds. La question critique est alors de savoir comment opérer ce changement de façon juste. Cela renvoie à deux questions essentielles. En réduisant les paiements directs, quels services et quel groupe de la population doivent être concernés en premier? Et lorsqu'on augmente les prépaiements et la mutualisation, quels critères doivent déterminer le montant que chaque personne doit payer au fonds commun et quels avantages chaque personne peut recevoir?

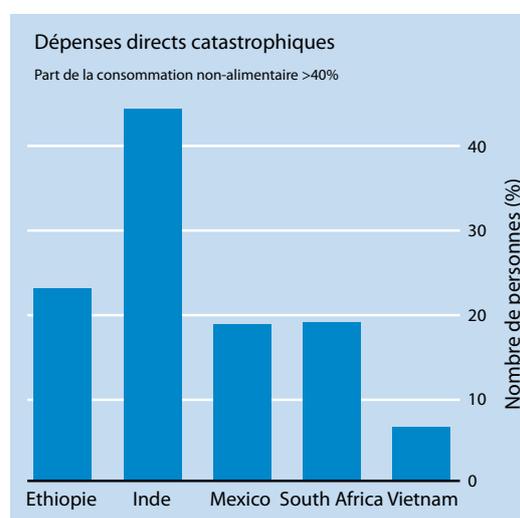
Le défi

De plus en plus de faits probants indiquent que la plupart des systèmes de santé n'arrivent pas à offrir une protection adéquate contre le risque financier et que les paiements directs en sont une cause majeure.^{139, 152, 153} Le pourcentage de la populations qui font face à des dépenses directes aux conséquences catastrophiques (évaluées par rapport à un seuil de 40% de la part des consommations non alimentaires des ménages) par an, constitue un indicateur habituel du risque financier et des conséquences néfastes de ces paiements.¹⁵³ La Figure 5.1 illustre le problème dans cinq pays différents en utilisant cet indicateur.

Comme l'indique la Figure 5.1, une proportion substantielle de la population dans tous ces pays connaissent des dépenses directes ayant des conséquences catastrophiques.

Distinguer les paiements directs et les prépaiements et essentiel. Les paiements directs sont des paiements de services ou de fournitures fait par le bénéficiaire au moment où il les reçoit, et généralement,

Figure 5.1 Dépenses directes ayant des conséquences catastrophiques dans cinq pays^h



^h Le tableau est basé sur les données de la Banque Mondiale¹³¹

^a Les questions d'accès et de barrières à l'accès sont traitées de façon plus directe dans le chapitre 4.

une fois que le besoin pour ces services ou fournitures soit devenu évident. Les services et fournitures concernés comprennent les consultations, les examens, les procédures, les traitements et les médicaments. Les paiements directs peuvent être faits aux prestataires ou à une partie tierce, par exemple, sous forme de coassurance ou de franchises. Les prépaiements au contraire, sont fait par le bénéficiaire potentiel des services ou des fournitures avant la prestation, et généralement avant que le besoin d'un service spécifique ne soit évident. Ces paiements incluent des taxes et primes diverses. Chaque système de santé national repose sur un ensemble de paiements directs, de prépaiements et d'autres sources de revenus, mais le rapport entre les paiements directs et les prépaiements varient substantiellement.

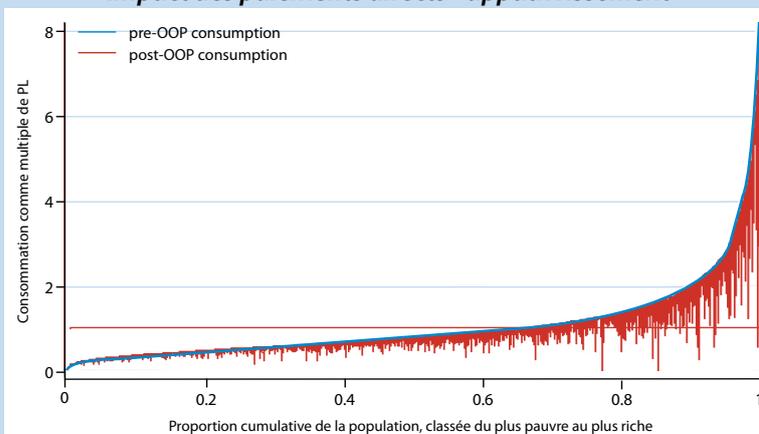
Comme suggéré dans la Figure 5.1, les paiements directs sont souvent profondément problématiques, et il existe en réalité plusieurs raisons pour que les pays réduisent le recours à ces paiements. Une des raisons principales est que ces paiements limitent souvent l'accès aux services auxquels les individus ont besoins. Confrontés aux paiements directs, beaucoup de gens doivent retarder l'utilisation des services dont ils ont besoin, rechercher des alternatives sous-optimales, ou se passer entièrement de service. En outre, les paiements directs constituent une barrière à l'accès, en particulier les groupes à revenus faibles, ce qui est généralement injuste car les groupes à faibles revenus ont des besoins en termes de services de santé qui sont équivalents sinon supérieurs à ceux des autres catégories sociales et ils peuvent souvent en bénéficier davantage. Pour ceux qui se procurent malgré tout le service, les paiements directs

Encadré 5.1, Impact des paiements directs sur l'appauvrissement en Ouganda.

En Ouganda, la couverture sanitaire universelle (CSU) est un objectif spécifié dans le plan stratégique national du secteur de la santé.¹⁵⁴ Le point de départ est toutefois difficile. Bien que les dépenses de santé totales représentaient 9,5% du PIB en 2011, le montant absolu des dépenses totales de santé par tête d'habitant était seulement de 128 \$ (dollar international en 2011). Sur ce montant, les dépenses publiques et privées en santé représentaient respectivement 26,3% et 73,7%. De ces dépenses privées, 64% étaient liées aux paiements directs des ménages.¹⁵⁵

La Figure ci-dessous présente l'impact des paiements directs sur l'appauvrissement en Ouganda en 2010.

Impact des paiements directs - appauvrissement



Adopté de Kwesiga et al.¹⁵⁶

La figure illustre la manière dont les paiements directs augmentent la pauvreté en Ouganda, non seulement en poussant des personnes en dessous du seuil de pauvreté (1,25\$ par jour), mais également en creusant les inégalités et en aggravant la pauvreté chez ceux qui sont déjà pauvres. La figure indique également comment les paiements directs - tels qu'illustrés par la chute des "gouttes de peinture"

qui représentent la chute de la consommation des individus à partir de leur niveau de consommation avant les paiements directs - semblent affecter principalement les riches. Toutefois, la part relativement faible du total des paiements directs affectant les pauvres n'implique pas que les pauvres sont mieux protégés contre le risque de faire face à de tels paiements. Au contraire, c'est probablement le résultat du fait que les pauvres n'utilisent pas les soins dont ils ont besoin parce qu'ils ne peuvent tout simplement pas se les payer.

sont souvent suffisamment importants et inattendus pour causer d'énormes difficultés financières aux patients et à leurs familles. De telles dépenses peuvent être catastrophiques, et pousser les gens dans la pauvreté ou ceux qui sont déjà pauvres dans une détresse encore plus grande. La Figure 5.1 ci-dessus l'illustre bien, et les effets des paiements directs sur l'appauvrissement des individus sont illustrés plus en détails dans l'Encadré 5.1 ci-dessous.

Réduire le recours aux paiements directs

C'est seulement lorsque les paiements directs tombent en dessous de 15-20% des dépenses totales de santé que la fréquence des catastrophes financières et l'ampleur de l'appauvrissement tombent à des niveaux acceptables.⁴ Heureusement, la proportion des paiements directs peut être modifiée par l'intervention politique. Des réformes récentes du financement de la santé dans plusieurs pays ont démontré que la réduction des paiements directs peut réduire le risque financier. La Thaïlande en est un bon exemple. Après l'introduction d'un système de CSU en 2002, l'appauvrissement dû aux paiements directs a chuté de manière spectaculaire, tel qu'illustré par l'Encadré 5.2.

Plusieurs autres pays poursuivant l'objectif d'une CSU ont connu des tendances similaires à celles de la Thaïlande.⁹⁶ Pourtant, les paiements directs continuent d'appauvrir plus de 100 millions de personnes dans le monde.⁴ Une protection financière accrue doit passer par la réduction de ces paiements. Elle est à la fois possible et clairement nécessaire.

Encadré 5.2 Nombre de ménages appauvris par le paiement direct des services de santé en Thaïlande (1996-2010)

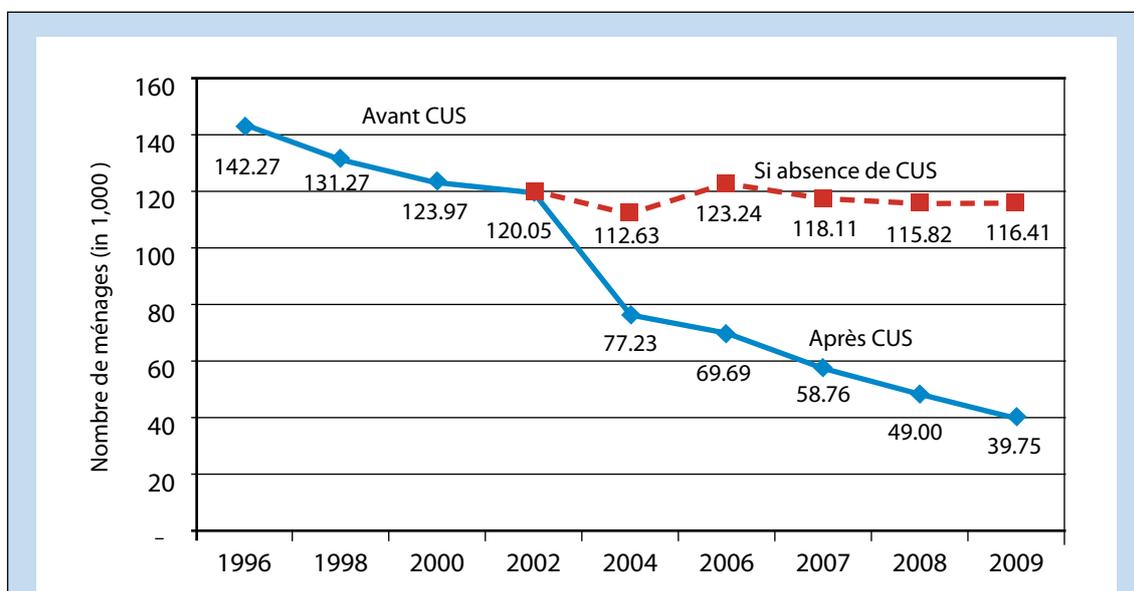


Figure adaptée à partir du *Système de Couverture Universelle de la Thaïlande. Réalisations et Défis*¹⁵⁷

En 2001, la Thaïlande a introduit le « système UC 30 baht » ; un système d'assurance maladie financé par les impôts et conçu pour couvrir approximativement 47 millions de personnes qui n'étaient pas bénéficiaires du Régime de prestations médicales des fonctionnaires ou du Régime de Sécurité Sociale. Comme le présente la figure, le nombre de ménages appauvris - c'est-à-dire ceux qui ont été poussés au-dessous du seuil de pauvreté national de la Thaïlande - dû aux paiements directs, est passé de 120.000 en 2002 à 39.000 en 2009.

Accroître le recours au prépaiement

La réduction du recours aux paiements directs doit aller de pair avec l'accroissement du recours au prépaiement. Si les prestataires ne peuvent pas augmenter leurs revenus à partir d'autres sources, les efforts pour revoir à la baisse les paiements directs peuvent avoir des conséquences négatives imprévues. Ces conséquences négatives peuvent inclure l'augmentation des paiements informels, des pénuries de l'offre de service, et la réduction de la qualité des services résultant de la dilution, du retard ou de la suppression des services qui coûtent plus cher à produire que ce que les prestataires peuvent récupérer.

Les mécanismes de prépaiement ont le potentiel de résoudre les problèmes posés par les paiements directs, favorisant ainsi à la fois l'accès aux soins de santé et la protection contre le risque financier. Cela est principalement dû au fait que de tels mécanismes permettent la mutualisation des fonds, et par conséquent, la mutualisation du risque. La mutualisation des prépaiements peut se faire au sein de différents arrangements institutionnels, par exemple au sein de régimes d'assurances publics ou privés, mais elle doit être obligatoire. Les données à tous les niveaux nationaux de revenus montrent que les mécanismes de cotisation obligatoire (imposition ou assurance sociale maladie obligatoire) sont souvent plus efficaces que les mécanismes volontaires.⁴ C'est que les mécanismes volontaires sont vulnérables au problème de «sélection adverse», selon laquelle les individus à « haut risque » comme les personnes âgées ou les personnes malades sont plus portées à adhérer au régime de mutualisation des fonds que les personnes ayant un risque relativement faible comme les jeunes ou les personnes en bonne santé.¹⁵⁸ La CSU requière normalement que les riches subventionnent la couverture des plus pauvres, mais également que les jeunes et les personnes en bonne santé subventionnent les personnes âgées et les personnes en mauvaise santé.¹³⁹ Un système obligatoire est nécessaire pour garantir que les riches, les jeunes, et les personnes en bonne santé s'acquittent de leurs obligations de justice et d'équité, car autrement, ils peuvent choisir de se retirer du système mutualisé, qui les oblige à payer davantage que ce qu'ils reçoivent personnellement en termes de prestations. Il est par conséquent recommandé que les pays instaurent un système de prépaiement obligatoire lorsqu'ils mutualisent les fonds.^{4, 116}

Les pays qui veulent aller dans cette direction peuvent mobiliser des ressources financières supplémentaires de plusieurs manières. Des fonds supplémentaires peuvent provenir de la croissance économique, d'une mobilisation accrue des ressources nationales, de réaffectations intersectorielles, de gains d'efficacité, et de ressources externes accrues.^{4, 19, 21, 107, 159} Les diverses sources possibles de ressources financières sont décrites plus en détails dans l'encadré 5.3.

Encadré 5.3 Sources de ressources financières supplémentaires

Des fonds supplémentaires peuvent généralement provenir de la croissance économique, d'une mobilisation accrue des ressources nationales, de réaffectations intersectorielles, de gains d'efficacité, et de ressources externes ^{4, 19, 21, 107, 159}

Concernant la croissance économique, la Commission Lancet sur l'Investissement dans la santé a projeté une croissance réelle du PIB de 4,5% par an pour les pays à revenus faibles, 4,3% pour les pays à revenus moyens inférieurs, et 4,2% pour les pays à revenus moyens supérieurs entre 2011 et 2035.²¹ Si ces projections se concrétisent, et si les pays font de la CSU une priorité nationale, les pays à revenus moyens au moins pourront financer toutes les dépenses nécessaires - ou la plupart d'entre elles - grâce aux ressources nationales.

Concernant la mobilisation accrue des ressources nationales, l'une des options particulièrement importantes que les pays devraient considérer est d'accroître l'imposition sur la consommation du tabac. Une telle augmentation entraînerait probablement, non seulement une augmentation des recettes, mais également une amélioration de la santé de la population. Pour les pays riches en ressources minières et autres ressources naturelles, les gouvernements devraient explorer comment augmenter les revenus de l'État grâce à ces ressources naturelles.

En ce qui concerne les réaffectations intersectorielles, une stratégie possible serait de réduire ou de supprimer les subventions pour l'énergie et autres subventions injustifiées. Cela peut, entre autres, accroître la disponibilité des revenus fiscaux pour financer des dépenses publiques en services de santé de haute priorité.

Pour ce qui est des gains d'efficacité, plusieurs stratégies prometteuses peuvent être poursuivies. Le Rapport sur la Santé dans le Monde de 2010 propose une liste des dix causes principales d'inefficacité qui peuvent être résolues: la sous-utilisation des médicaments génériques; les prix des médicaments souvent plus élevés que nécessaire; l'utilisation de médicaments contrefaits ou qui ne respectent pas les normes; l'utilisation inappropriée ou inefficace des médicaments; l'offre ou l'utilisation trop importante d'équipement, d'investigations et de procédures; la composition inappropriée ou coûteuse des équipes de personnel et le manque de motivation des travailleurs; les hospitalisations et les durées des séjours inappropriées; la taille inappropriée des hôpitaux (ou l'utilisation insuffisante des infrastructures); les erreurs médicales et la qualité sous-optimale des soins; le gaspillage, la corruption et la fraude; et finalement, la conception de stratégies inefficaces, incompatibles entre elles, ou s'appliquant à des niveaux d'intervention inappropriés.⁴

Enfin, pour ce qui est des ressources externes, plusieurs pays à faibles revenus auront besoin, dans un avenir proche, d'aide internationale au développement dans le domaine de la santé (ADS), afin de compléter les ressources insuffisantes dont ils disposent au niveau national.^{21, 107, 159}

La combinaison exacte des mécanismes de financement nécessaire pour faciliter au mieux le passage des paiements directs au prépaiement, et ainsi progresser vers une CSU dépend d'un ensemble de facteurs spécifiques à chaque pays. Mais malgré ces spécificités, les recherches démontrent clairement que les paiements directs constituent toujours un obstacle majeur à l'accès aux services et à la protection contre le risque financier.

Opérer le changement de manière équitable

Pour les pays qui cherchent à passer des paiements directs au prépaiement et à la mutualisation des fonds, la question majeure est de savoir comment y procéder de manière équitable. Au cœur de cet enjeu se pose des questions de priorité liées à la réduction des paiements et à la mutualisation des fonds.

Priorité lors de la réduction des paiements directs

Lors de la réduction du recours aux paiements directs, la question cruciale est de savoir quels services et quels groupes de la population doivent être concernés en premier?

Pour ce qui est des services, les paiements directs devraient, dans la mesure du possible, être supprimés pour les services de haute priorité. Cette priorité a été justifiée dans le chapitre 4 qui se penchait sur les barrières d'accès à la couverture de manière générale. Les critères pour identifier les services de haute priorité ont été détaillés au chapitre 3, et incluent le rapport coût-efficacité, le bénéfice pour les plus mal lotis et les avantages en termes de protection financière. La justice requiert que la couverture de ces services de haute priorité soit réellement universelle donc les paiements directs ne doivent pas constituer une barrière à leur couverture adéquate.^b Les services d'une priorité quelque peu inférieure, mais néanmoins importants pour les populations, pourraient - dans le processus conduisant à une CSU - être financés par une plus grande diversité de mécanismes de financement qui peuvent inclure l'imposition générale, l'assurance supplémentaire volontaire et les paiements directs. Cet aspect est analysé plus en profondeur dans le chapitre 6.

D'un autre côté, les considérations de justice justifient d'accorder une attention spéciale certains sous-groupes au sein de la population lorsqu'on étend la couverture des soins de santé, tel que suggéré au chapitre 4. Il s'agit plus spécifiquement des groupes à faibles revenus, des populations rurales, et des autres groupes concernés dans la mesure où ils sont défavorisés en termes de couverture des services ou d'état de santé. Il existe une raison supplémentaire de réduire les paiements directs pour les personnes à faibles revenus : ces paiements représentent pour eux une barrière d'accès et un risque financier plus importants. Abolir les paiements directs pour les groupes à faibles revenus réduit en outre la régressivité du système de financement de la santé. Dans la pratique, des décennies d'expérimentation ont montré qu'il est souvent difficile d'exempter effectivement et efficacement les personnes pauvres des paiements directs.^{4, 149} Cela s'explique en partie parce que les systèmes de paiements différenciés et les régimes d'exemption impliquent généralement une délicate évaluation des moyens financiers des individus et des coûts de transaction très élevés qui y sont liés.^{21, 149} La mise en place de mécanismes de financement basés sur le prépaiement devrait par conséquent constituer une priorité, mais ces efforts peuvent être conjugués à d'autres moyens permettant de cibler les groupes défavorisés, tel que décrits au chapitre 4.

Critères de mise en commun des fonds

Lorsque l'on augmente les prépaiements et la mutualisation des fonds, la question cruciale est de savoir quels critères devraient déterminer le montant que chaque personne doit payer au fonds commun et quels sont les prestations que chaque personne peut recevoir?

Généralement, les critères de prélèvement des cotisations et de distribution des prestations doivent être définis de sorte à favoriser la séparation de l'utilisation des services et du paiement des services.^{4, 35} Cela est particulièrement important pour les services de haute priorité. L'utilisation et le paiement peuvent être découplés de plusieurs manières.⁶¹ L'une des combinaisons de critères particulièrement pertinente, conformément aux considérations traitées au chapitre 2, consiste à augmenter le

^b En outre, les questions de demande doivent être prises en compte lorsqu'on évalue le niveau des paiements directs. Mais pour certains services de haute priorité, et particulièrement les services de prévention, la demande ne reflète pas correctement leur importance de point de vue de la santé publique. Pour ces services, il existe donc une raison supplémentaire pour supprimer les paiements directs.

montant des paiements obligatoires en fonction de la capacité de payer, tout en distribuant les prestations principalement en fonction des besoins.

Concernant le critère de distribution des prestations, il existe plusieurs raisons qui justifient pourquoi il doit principalement être basé sur les besoins. Ces raisons sont liées à l'importance particulière de la santé et des services de santé pour les individus et la société en générale, à la nature imprévisible des besoins en santé, et à l'influence importante de facteurs indépendants de la volonté de l'individu dans l'apparition des besoins en santé. Cela explique l'importance du droit des individus à la santé et notre responsabilité collective de garantir à tous un accès abordable aux soins de santé. En particulier, il existe de bonnes raisons qui justifient pourquoi l'utilisation des services ne devrait pas dépendre principalement de la capacité à payer. Il est injuste de refuser l'accès aux services de santé de haute priorité aux pauvres, simplement parce qu'ils sont pauvres.

En ce qui concerne le critère de prélèvement des cotisations, la cotisation en fonction de la capacité à payer est soutenue par les rapports sur la santé dans le monde de 2000 et 2010^{4, 35} et trouve une justification dans plusieurs théories de la juste distribution des soins de santé.^{5, 160} De nombreux experts argumentent que les cotisations devraient être progressives et donc augmenter avec l'accroissement des revenus : les riches devraient payer proportionnellement plus que les pauvres.

Conclusion

Progresser vers une CSU requiert une transition des paiements directs au prépaiement obligatoire avec une mutualisation des fonds. Au cours de cette transition, les pays devraient chercher à :

- éliminer en premier les paiements directs pour les services de haute priorité
- éliminer en priorité les paiements directs pour les groupes à faibles revenus et autres groupes défavorisés, si cela peut se faire de façon effective.
- faire en sorte que les cotisations au fonds commun dépendent de la capacité à payer et que l'utilisation des services dépende principalement des besoins.

Une telle approche favorise une distribution plus juste des avantages et des charges entre les groupes à revenus élevés et ceux à plus faibles revenus, entre les jeunes et les vieux, et entre les individus en santé et les malades.

6

Stratégie générale et compromis

Chacun des trois chapitres précédents traite d'une dimension centrale du processus conduisant à une couverture sanitaire universelle (CSU). Grâce à ces recommandations, on peut dresser les grandes lignes d'une stratégie globale visant à réaliser de manière juste et progressive la CSU. Cette stratégie générale laisse une certaine marge de manœuvre aux États qui peuvent adopter plusieurs voies différentes vers la CSU, mais elle suggère également que certains compromis sont inacceptables dans la plupart des circonstances.^a

Stratégie générale

Une stratégie en trois volets peut guider les pays qui cherchent à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. Les pays peuvent :

- (a) catégoriser les services en groupes prioritaires. Les critères pertinents pour effectuer cette catégorisation incluent le rapport coût-efficacité, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.
- (b) étendre en premier la couverture des services de haute priorité à tous. Cela inclut l'élimination des paiements directs et un recours accru aux prépaiements obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds.
- (c) ce faisant, veiller à ne pas laisser à la traîne les groupes défavorisés. Il s'agira le plus souvent des groupes à faibles revenus et des populations rurales.

Lorsque les services de haute priorité ont été couverts pour tous, ou que toutes les mesures raisonnables à cette fin auront été prises, on peut répéter les étapes b et c pour les services de priorité moyenne puis pour les services à faible priorité.

Cette stratégie globale fait clairement ressortir que l'établissement systématique des priorités et la sélection des services sont au cœur du processus conduisant à

a Il peut y avoir des circonstances dans lesquels les compromis généralement inacceptables sont acceptables. D'abord, il peut y avoir des circonstances dans lesquels une politique impliquant un compromis généralement inacceptable produira beaucoup plus d'avantages au total, en termes de couverture ou d'amélioration de la santé, que tout autre politique alternative. Deuxièmement, il peut y avoir des circonstances dans lesquels les plus démunis seront mieux lotis en termes absolus suite à une politique impliquant un compromis généralement inacceptable que tout autre politique alternative. On entend parfois par exemple que certaines politiques impliquant généralement des compromis inacceptables sont celles qui garantissent la pérennité du système de financement sur le long terme. Toutefois, de telles affirmations doivent être minutieusement évaluées. En particulier, il faut s'assurer que toutes les autres mesures réalisables ont été prises, et il faut avoir des preuves solides qui suggèrent sans ambiguïté que ces politiques sont les meilleures.

une CSU. Ce n'est pas seulement le nombre total des services couverts qui importe; le contenu de ces services est également crucial. Plus un service est important, plus il est important qu'il soit couvert de manière universelle. Un autre trait essentiel de la stratégie globale est qu'elle privilégie la dimension visant l'inclusion des individus, c'est à dire, l'axe «population» de l'encadré représentant la progression vers la CSU illustré au chapitre 1. Les pays devraient faire tout ce qui est raisonnablement en leur pouvoir pour inclure *tous les individus* le plus rapidement possible. Ils ne doivent pas essayer de couvrir immédiatement un ensemble de services très vaste, si cela constitue une entrave à l'objectif d'inclure tous les individus sur une base équitable. La stratégie générale recommande également la manière de rechercher l'universalité du système de couverture des soins de santé. Elle recommande que les pays incluent les groupes défavorisés dès le départ et veillent à ce que ces groupes ne soient pas laissés à la traîne. Etant donné que les individus économiquement pauvres représentent l'un de ces groupes défavorisés, il y a recoupement entre cette approche et « les systèmes universels progressifs.”^{21, 143}

Dans le cadre de cette stratégie ou de toute autre stratégie globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension du processus conduisant à la CSU, ainsi que de manière transversale, entre les différentes dimensions de ce processus. Ces choix dépendront du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s'avérer appropriées. Toutefois, lorsqu'on cherche à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable, certains compromis sont *généralement inacceptables*.

Les compromis

Un compromis doit généralement être fait lorsqu'il faut choisir entre deux considérations souhaitables, mais divergentes (et parfois opposées). Cela implique par conséquent qu'il faut sacrifier les avantages d'une dimension pour obtenir des avantages dans une autre dimension. La théorie éthique n'est pas toujours suffisamment détaillée pour évaluer tous les compromis possibles et spécifier lesquels sont acceptables et lesquels ne le sont pas. Toutefois, les considérations soulignées dans les chapitres précédents permettent d'identifier certains compromis inacceptables, au sein de chaque dimension et de façon transversale entre les différentes dimensions. Au moins cinq compromis peuvent être considérés comme étant *généralement inacceptables* et incompatibles avec l'objectif de réaliser la CSU de manière juste et progressive, et ce dans la plupart des circonstances. Par ailleurs, les mêmes considérations qui permettent de rejeter certains compromis suggèrent que certains autres compromis, eux, sont acceptables.

Compromis inacceptable I: *Etendre la couverture des services à faible priorité ou priorité moyenne avant de garantir une couverture presque universelle des services de haute priorité. Cela inclut la réduction des paiements directs pour les services à faible priorité ou priorité moyenne avant l'élimination des paiements directs pour les services à haute priorité.*

Les services de haute priorité sont les services les plus importants, en partie parce qu'ils ont tendance à être les moins coûteux et à profiter davantage aux plus démunis. Il est par conséquent généralement injuste d'élargir la couverture pour les services de priorité faible ou moyenne avant de garantir une couverture universelle des services

de haute priorité ou d'avoir mis en œuvre toutes les mesures raisonnables à cette fin. Par exemple, il serait inacceptable d'étendre la couverture du pontage coronarien (qui n'est habituellement pas considéré comme un service de haute priorité dans les pays à faibles revenus) avant de garantir une couverture universelle des accouchements assistés par un personnel qualifié et des services visant les maladies infantiles fatales qui sont faciles à éviter et à soigner. En ce qui concerne le dernier exemple, on pense notamment à la réhydratation orale pour les enfants souffrant de diarrhée et aux antibiotiques pour les enfants souffrant de pneumonie.

L'absence de couverture des services de haute priorité touche surtout les groupes défavorisés. Il est donc généralement injuste d'étendre les services de priorité faible à moyenne dans de telles situations. Les services de haute priorité sont également ceux pour lesquels il est le plus important de réduire les paiements directs. Dans la plupart des cas, les paiements directs pour ces services devraient par conséquent être supprimés avant de réduire ce type de paiements pour les autres services.

Les considérations qui mènent à rejeter le compromis I comme étant inacceptable suggèrent que d'autres compromis importants sont au contraire acceptables. Cela suggère notamment qu'il est acceptable de ne pas s'attaquer en premier aux lacunes et inégalités de couverture des services à priorité faible et moyenne si cela nuit aux efforts d'expansion de la couverture des services de haute priorité, ou de réduction des inégalités dans la couverture de ces services. Par exemple, que la couverture de certains traitements des cancers avancés ayant des avantages de santé marginaux ne soit pas universelle - et que cela crée par conséquent des inégalités d'accès à ces traitements - peut être acceptable si cela est nécessaire pour garantir la couverture universelle de traitements hautement efficaces du VIH. Le fait que le compromis I soit inacceptable indique aussi qu'il est acceptable de ne pas réduire les paiements directs pour les services de priorité faible et moyenne si cela nuit aux efforts pour réduire les paiements directs des services de haute priorité. Par exemple, certains paiements directs pour la chirurgie à cœur ouvert peuvent être acceptables si cela est nécessaire pour supprimer les paiements directs pour les césariennes.

Compromis inacceptable II: *Donner une haute priorité à des services très coûteux dont la couverture apportera une protection financière considérable mais qui produira des avantages insignifiants en matière de santé par rapport à des services alternatifs moins coûteux.*

La couverture de services très coûteux par une réduction des paiements directs qui y sont associés peut souvent apporter une protection considérable contre le risque financier. Toutefois, lorsque les avantages en matière de santé sont très faibles par rapport à des services alternatifs moins coûteux, il est généralement inacceptable d'accorder une priorité élevée aux services très coûteux, pour au moins deux raisons. Tout d'abord, en procédant de la sorte, on sacrifierait des avantages potentiels importants en matière de santé. Une telle décision est indésirable car les avantages en termes de santé sont non-seulement importants en eux-mêmes, mais ils sont aussi importants du point de vue de la protection contre les risques financiers. En effet, l'amélioration de l'état de santé des individus peut améliorer indirectement la protection contre le risque financier. Par exemple, un meilleur état de santé peut éviter aux individus certains paiements directs plus tard dans leur vie, de même qu'améliorer la productivité et le potentiel de génération de revenu chez les bénéficiaires et leurs familles.²¹

Deuxièmement, même en ce qui concerne la protection immédiate contre les risques financiers, la couverture de services très coûteux et produisant des avantages limités en termes de santé n'est souvent pas un moyen efficace et équitable de garantir la protection financière. En effet, même si de faibles paiements directs sont exigés pour avoir accès à des services peu coûteux, cela peut constituer une charge financière importante pour les plus pauvres. Or, un même budget permet de couvrir une quantité beaucoup plus grande de ces services peu coûteux²¹. De plus, il est plus équitable de garantir en priorité la protection contre le risque financier aux plus pauvres et aux plus démunis en termes de santé. Ces aspects ont été élaborés plus en profondeur au chapitre 3.

Il existe plusieurs raisons de mettre en balance la protection contre le risque financier avec d'autres préoccupations lors de la sélection des services. Cela dit, la protection financière reste un déterminant essentiel dans l'effort global pour atteindre la CSU.

Les considérations conduisant à rejeter le compromis II suggèrent que d'autres compromis importants sont acceptables. Par exemple, il peut s'avérer acceptable de ne pas couvrir des services ayant un très mauvais rapport coût-efficacité, même si les couvrir apporterait une protection considérable contre le risque financier.

Compromis inacceptable III: Étendre la couverture pour les groupes avantagés avant de le faire pour les groupes plus démunis, lorsque les coûts et les avantages ne sont pas très différents. Cela inclut l'extension de la couverture pour ceux qui bénéficient déjà d'une couverture élevée avant l'extension de la couverture pour des groupes bénéficiant d'une faible couverture.

Il est difficile de justifier l'extension de la couverture des groupes bien lotis avant celle des groupes plus mal lotis, si les politiques de santé sont similaires par ailleurs. C'est particulièrement le cas si les services en question sont des services de haute priorité ou si le groupe des plus démunis est dans une situation vraiment déplorable, ou les deux à la fois. Selon les analyses développées dans les chapitres précédents, étendre d'abord la couverture pour les groupes avantagés irait à l'encontre des idéaux d'égalité et de priorité aux plus démunis.

Les raisons de considérer que le compromis III est inacceptable suggèrent que d'autres compromis sont acceptables. Par exemple, il est acceptable de ne pas étendre la couverture pour les groupes les plus avantagés si cela menace les efforts visant à étendre la couverture pour les groupes les plus démunis. Cependant, il serait acceptable d'étendre la couverture pour les groupes les plus avantagés avant celle des groupes les plus démunis si les coûts ou les avantages en termes de santé sont très différents. Par exemple, étendre la couverture d'un service donné de 90% à 100% dans des zones difficiles d'accès peut s'avérer très difficile et très coûteux. Si les ressources impliquées permettent d'améliorer de manière très importante la couverture et l'état de santé des individus dans des zones qui sont déjà un peu plus avantagées, prioriser ces derniers pourrait être acceptable. Toutefois, il faut s'assurer que toutes les autres mesures possibles ont été prises, et il faut disposer de preuves solides qui suggèrent sans ambiguïté que ces politiques sont les meilleures.

Compromis inacceptable IV: *Inclure en premier dans le système de couverture universelle ceux qui ont la capacité de payer uniquement, et ne pas inclure les travailleurs du secteur informel et les plus pauvres, même si une telle approche serait la plus facile.*

Ce n'est pas seulement le nombre total de personnes incluses dans un système qui importe. Il est également important de savoir qui sont ces personnes et qui est laissé à la traîne. Il serait généralement inacceptable d'inclure uniquement les travailleurs formels et les individus qui ne sont pas pauvres lors du processus conduisant à une couverture universelle. Comme on l'a mentionné, plusieurs raisons expliquent pourquoi les travailleurs informels et les plus pauvres devraient être prioritaires dans les premières étapes de ce processus, dans la mesure où cela ne compromet pas la pérennité du système. L'une de ces raisons découle de l'idéal que la couverture soit principalement basée sur les besoins et non sur la capacité de payer ou sur le pouvoir politique. Plus spécifiquement, les travailleurs informels et les plus pauvres dès le départ de contrer l'hypothèse d'équité inverse. Cette hypothèse suggère qu'une nouvelle intervention de santé aura tendance à augmenter les iniquités car, elle les groupes déjà plus avantagés seront les premiers à en bénéficier.¹⁶¹

Les raisons de considérer que le compromis IV est inacceptable suggèrent que d'autres compromis importants sont acceptables. Par exemple, cela suggère qu'il est acceptable d'inclure les travailleurs informels et les pauvres dès le départ, même s'ils ne peuvent pas cotiser directement au fonds commun pendant les premières étapes.

Compromis inacceptable V: *Passer des paiements directs aux prépaiements obligatoires d'une manière qui rend le système de financement moins progressif.*

L'un des problèmes avec les paiements directs est qu'ils ont tendance à être régressifs, c'est à dire que les pauvres payent proportionnellement plus que les riches. Au contraire, les cotisations doivent augmenter en fonction de la capacité des individus à payer. Cet aspect a été abordé dans le chapitre 5. Lorsque l'on passe des paiements directs au prépaiement obligatoire avec une mutualisation des fonds, ce changement devrait être fait de telle sorte à éviter que le système de financement global devienne moins progressif.

Au-delà des compromis généralement inacceptables, plusieurs contraintes pèsent sur le processus devant conduire à une CSU. Ces contraintes n'impliquent pas nécessairement de compromis entre différentes considérations rivales. Parmi ces contraintes se trouvent l'interdiction de discriminer les individus sur la base de la race, de l'ethnie, de la religion, du sexe, des croyances religieuses et de l'orientation sexuelle. Les pratiques discriminatoires de ce genre sont moralement et juridiquement indéfendables. Les théories éthiques les plus largement acceptées, les cadres juridiques protégeant les droits de l'homme, et plusieurs législations nationales rejettent la discrimination.^{85, 162,}

¹⁶³ Par exemple, il est inadmissible de refuser l'accès au traitement du VIH simplement à cause de l'orientation sexuelle des patients.

Conclusion

Une stratégie globale en trois volets peut guider les pays qui cherchent à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. Les pays peuvent en particulier catégoriser les services par groupes de priorité, étendre avant tout la couverture

des services de haute priorité à tous, et en même temps veiller à ce que les groupes défavorisés ne soient pas laissés à la traîne. Dans le cadre de cette stratégie ou de toute autre stratégie globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension du processus conduisant à la CSU, et de façon transversale, entre ces différentes dimensions. Ces choix dépendront en partie du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s'avérer appropriées. Toutefois, lorsqu'on cherche à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable, certains compromis sont *généralement inacceptables, alors que d'autres semblent nécessaires et acceptables*. Il est indispensable de disposer de mécanismes démocratiques rigoureux permettant de rendre les institutions publiques responsables devant la population et de favoriser la participation du public lors des décisions concernant la stratégie globale, les chemins spécifiques à emprunter, et la mise en balance des différentes considérations de sorte à faire des compromis acceptables. .

7

Responsabilité et participation publique

Les populations doivent être au cœur du système de santé à tous les égards. Cela implique que les populations ne doivent pas seulement être des bénéficiaires de services de santé, mais doivent aussi contribuer activement à l'élaboration du système et aux décisions concernant le financement et la distribution des services. Les chapitres précédents proposent des recommandations pour guider les choix cruciaux qui surviennent lors du processus conduisant à une couverture sanitaire universelle (CSU). Bien que ces recommandations permettent d'orienter les décisions politiques, les processus de choix et de mise en œuvre sont également importants. Réaliser une CSU de manière progressive et équitable requiert de garantir que les institutions publiques répondent de leurs décisions devant la population et de favoriser la participation citoyenne.

L'importance de la responsabilité et de la participation publiques est reconnue depuis longtemps. La constitution de l'OMS de 1948 stipule que «[u]ne opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations;»¹⁶⁴ et la Déclaration de Alma-Ata de 1978 affirme que "[t]out être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés."^{40, 165} La responsabilisation des acteurs et des institutions et la participation de la population ont récemment suscité une attention renouvelée au plan international, et figurent désormais au premier plan dans plusieurs initiatives de santé, de même que dans la formulation du programme de développement post-2015.¹⁶⁶

Idées de base

L'obligation de responsabilité des acteurs et des institutions publiques impliquent une obligation de répondre de leurs décisions ainsi qu'une obligation d'exécuter leurs décisions.¹⁶⁷ Les individus en fonction et les institutions qui sont tenues responsables de réaliser la CSU doivent fournir au public les informations pertinentes concernant les décisions et actions entreprises, les justifier, et faire face à certaines formes de sanctions en cas de mauvaise conduite. Tous les acteurs qui influencent le système de santé et la réalisation de la CSU devraient être responsables devant la population, mais cela est particulièrement important pour l'administration nationale et les collectivités locales ainsi que pour les prestataires de services. Le rôle du public consiste à tenir les acteurs concernés responsables de façon active.

La participation du public au sein des institutions chargées d'élaborer les politiques de santé consiste à impliquer des membres de la population dans l'adoption des

programmes, la prise de décision, et toutes les activités menant à l'élaboration des politiques publiques.¹⁶⁸ Une véritable participation du public implique l'interaction et le dialogue. Les institutions ne doivent pas se contenter de fournir ou de recevoir des informations.

La responsabilité et la participation peuvent prendre plusieurs formes.¹⁶⁸⁻¹⁷⁴ Elles peuvent également être liées de plusieurs manières et ont tendance à se renforcer mutuellement : des institutions responsables favorisent la participation citoyenne et la participation citoyenne renforce la responsabilité des institutions et des décideurs publics. En outre, l'administration nationale et les autres institutions concernées peuvent être tenues responsables de mettre en place de bons processus participatifs.^{25, 175} La responsabilité et la participation sont aussi liées, et recoupent parfois, d'autres principes importants comme la transparence, le droit à la parole, l'inclusion, le renforcement de capacités, et la réactivité.

Motivations

Des institutions responsables et une participation publique active favorise la réalisation juste et progressive de la CSU et bénéficie à toute la société de trois manières. En effet, cela permet de meilleures décisions politiques, une mise en œuvre plus efficace des décisions ainsi que d'autres avantages.^{5, 176-178} D'abord, une responsabilisation et une participation publiques renforcées améliorent les décisions politiques en rendant les décideurs plus prudents et plus disciplinés, en rendant les décisions plus sensibles à différents besoins et différentes valeurs, et en favorisant la cohérence des décisions. Cela permet aussi de mettre en œuvre les décisions de manière beaucoup plus efficace en résolvant plus rapidement les désaccords et en facilitant l'appropriation et l'acceptation des décisions par la population. Finalement, la responsabilité des acteurs et des institutions publiques ainsi que la participation de la population dans la phase de mise en œuvre elle-même permet de dissuader la fraude, la corruption et le gaspillage, et de favoriser la collaboration au sein de la communauté, ce qui améliore encore davantage l'efficacité de la mise en œuvre des politiques de santé.

Une responsabilité et une participation publiques renforcées sont également appréciables au-delà de la qualité immédiate des décisions et de l'efficacité de la mise en œuvre. Elles sont cruciales pour garantir le caractère juste et légitime du processus de décision. Elles peuvent aussi promouvoir les valeurs démocratiques. Finalement, elles constituent des composantes essentielles d'un cadre des droits de l'homme. La responsabilité et la participation citoyenne peuvent également aider à développer des relations de confiance, et faciliter les délibérations publiques, l'éducation et l'apprentissage. A long terme, ces avantages affecteront également la qualité des choix et l'efficacité de la mise en œuvre des politiques publiques. En outre, il a été établi que la participation a un impact positif sur la santé.¹³⁶ Toutefois, l'impact positif des mécanismes de responsabilité et de participation dépendent de l'identité des participants. En particulier, pour réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable, il est nécessaire d'accorder une attention spéciale à la participation des groupes défavorisés. or even new institutions.

Le cadre des droits de l'homme met un accent sur la responsabilité et la participation, à la fois dans le contexte de la santé et de manière plus générale.^{25, 175, 179-181} Pour ce

qui est de la responsabilité, le cadre des droits de l'homme requiert que l'Etat soit tenu responsable pour ce qu'il fait, les efforts qu'il investit (en termes de ressources par exemple), et les moyens qu'il utilise lors du processus de mise en œuvre de ses décisions.¹⁷⁵ Etant donné que dans un cadre reconnaissant les droits de l'homme, l'Etat est principalement responsable devant ses citoyens (plutôt que devant des donateurs, par exemple), il est fondamental d'exiger que les décisions politiques qui affectent les droits des populations soient justifiées, et que ces justifications soient soumises au regard critique de l'opinion publique. Il faut donc mettre en place des mécanismes de responsabilité publique pour contrôler les processus par lesquels les objectifs politiques de santé sont atteints. Il faut donc garantir le suivi et la supervision du processus, la transparence et l'accès à l'information, ainsi qu'une participation publique significative.¹⁷⁹ Il faut donc mobiliser et donner du pouvoir aux citoyens afin qu'ils s'engagent politiquement et socialement et fassent la promotion du droit à la santé et des autres droits humains fondamentaux.^{25, 182}

La responsabilité et la participation publiques sont importantes dans tout le système de santé et dans tout le processus d'élaboration des politiques publiques. – Trois éléments de ce processus sont particulièrement importants : l'élaboration des politiques publiques, la communication au sujet de ces politiques, ainsi que le suivi et l'évaluation de ces politiques et de leur mise en œuvre. Pour chacune de ces étapes, plusieurs mécanismes de responsabilité et de participation peuvent être utilisés. Certains de ces mécanismes peuvent nécessiter une réforme institutionnelle ou même de nouvelles institutions.

Elaboration des politiques

Les chapitres précédents ont mis en évidence certains choix cruciaux dans le processus conduisant à la CSU. Une responsabilisation des acteurs au sein des institutions publiques et une participation active des populations sont essentielles pour élaborer les politiques publiques et faire des choix équitables. Cela exige que les parties prenantes puissent avoir une influence sur ce qui est "ouvert au débat" et ne soient pas tout simplement invitées à réagir à un programme préétabli.¹⁸⁰ Pour encourager la responsabilité et la participation des populations à l'élaboration des politiques, de nombreux moyens, qui se recoupent partiellement, peuvent être utilisés. Les procédés participatifs incluent différentes formes de jurys citoyens, des panels de citoyens, les conférences de consensus, des réunions délibératives ou des votes dans les conseils de villes.^{168, 173, 174} Ces procédés sont souvent utilisés lorsqu'il s'agit de prendre une décision en ce qui concerne un enjeu spécifique ou un ensemble restreint de questions, et ils sont souvent de nature transitoire. Ils peuvent toutefois être intégrés dans des processus de prise de décisions plus permanents et peuvent être utilisés de manière régulière. Quoiqu'il en soit, il faut également envisager d'autres mécanismes permanents et institutionnalisés pour renforcer la responsabilisation et la participation. Par exemple, l'intégration formelle ou semi-formelle d'entités purement civiles dans le processus de prise de décision. Un autre exemple est celui de la représentation non-professionnelle ou citoyenne dans les comités permanents, les conseils d'administration et autres organes de prise de décision. Plusieurs exemples de ces mécanismes sont proposés ci-dessous.

De manière générale, la responsabilisation des populations et leur participation seront encouragées grâce au renforcement de la gouvernance démocratique, ce qui inclut

notamment des élections générales. Mais cela n'est pas suffisant. En particulier, il est essentiel de favoriser les débats citoyens et les délibérations au sujet de l'élaboration des politiques publiques.^{5,183} La responsabilisation et la participation peuvent également être encouragées par divers moyens indirects, en renforçant les droits reconnus par la loi et en donnant plus de pouvoir aux groupes défavorisés et la société civile.⁴⁰

Des institutions publiques responsables et la participation du public sont importantes, en particulier lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant le financement et la sélection des services, la distribution des cotisations, le rôle des paiements directs, ainsi que la distribution des ressources provenant des fonds mutualisés. Les nombreux mécanismes décrits ci-dessus pourront faciliter une approche adéquate de ces questions. Parmi les approches plus intégrées figure, par exemple, les budgets participatifs.^{40,184-186} Les budgets participatifs impliquent que les citoyens, soit en tant qu'individus soit en tant que représentants d'associations civiles, peuvent contribuer de façon régulière à la prise de décisions concernant au moins une partie d'un budget public, grâce à une série de réunions avec les autorités gouvernementales.¹⁸⁷ Parmi les pays qui ont développé une expérience substantielle des budgets participatifs, on compte par exemple, le Brésil, le Cameroun, le Pérou, et le Sri Lanka.¹⁸⁶ Pour ce qui est de Porto Alegre, au Brésil, par exemple, on estime que 100.000 personnes (8 % de la population) ont été impliquées dans le processus budgétaire de 1996.¹⁸⁴

En ce qui concerne la sélection des services, les priorités doivent être établies sur la base de données scientifiques, d'arguments éthiques, et de valeurs publiques. Afin d'intégrer correctement ces différents éléments, il est important de mettre sur pied des procédures explicites, systématiques et continues d'établissement des priorités et d'évaluation des technologies de la santé (ETS). De nombreux pays ont maintenant des processus officiels au sein desquels des experts évaluent les données en vue des interventions pour la santé – ce qui comprend souvent des données sur l'efficacité clinique aussi bien que sur le rapport coût- efficacité – de manière à encourager la responsabilité scientifique. Parmi ces pays figurent l'Australie, la Colombie, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne, le Mexique, les Pays Bas, la Nouvelle Zélande, la Norvège, la Suède, la Thaïlande, le Royaume Uni, et les Etats Unis.^{88, 94, 188, 189} Certains pays ont également tenté d'introduire des éléments de participation publique directe dans ce processus.^{88, 94, 190} On compte parmi eux la Thaïlande, dont le processus d'établissement de priorités est décrit plus amplement dans l'encadré 7.1.

Encadré 7.1 Implication des parties prenantes dans l'évaluation des technologies de la santé (ETS) en Thaïlande

Le Programme d'évaluation des technologies de la santé en Thaïlande fait des recommandations au sujet des services à inclure dans l'ensemble de prestations. Parmi les critères pris en compte se trouvent : i) la taille de la population affectée ; ii) la gravité de la maladie ; iii) l'efficacité de l'intervention de santé ; iv) les variations dans la pratique ; v) l'impact économique sur les dépenses des ménages ; et vi) les implications d'ordre éthique (équité) et social.⁹⁴

Sur la base de pratiques d'évaluation des techniques de santé (ETS) déjà bien établies au niveau mondial,¹⁹¹ plusieurs groupes de parties prenantes sont impliqués dans le processus d'évaluation des données par rapport à des critères prédéterminés. En Thaïlande, quatre groupes de parties prenantes sont impliqués : des professionnels de la santé (médecins, etc.), des universitaires, des groupes de patients et des organisations de la société civile. Ces parties prenantes sont impliquées dans toutes les phases de l'ETS, notamment la détermination des services à évaluer, la sélection des services à évaluer, et l'évaluation de ces services.*

Un système de notation –reposant sur une analyse décisionnelle multicritères (ADMC) – avec des paramètres et des seuils bien définis est utilisé pour évaluer le/les service(s) en question par rapport à chacun des critères.¹⁹² L'ordre de classement des services peut être ajusté par des délibérations entre les membres du panel. Cette méthode a été utilisée pour évaluer, par exemple, des interventions concernant la réglementation sur l'alcool, la prévention du cancer du col de l'utérus, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et l'hémodialyse rétro-péritonéale pour la néphropathie en phase terminale, ainsi que pour décider quels médicaments inclure dans la liste de médicaments essentiels.⁹⁴

* Viroj Tangcharoensathien, communication personnelle (entretien avec Thalia Porteny, juin 2013).

Communication au sujet des politiques publiques

Une autre manière –toutefois liée- de renforcer la responsabilité des acteurs et des institutions ainsi que la participation des populations en ce qui concerne les décisions politiques et leur mise en œuvre, consiste à fournir au public toutes les informations pertinentes au sujet des politiques publiques approuvées.^{97, 193} Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les politiques liées aux droits fondamentaux, les services publics(y compris les services de santé), et les budgets des dépenses publiques. De toute évidence, il ne peut y avoir de véritable débat citoyen que si les individus connaissent les politiques adoptées. Une communication claire des décisions politiques est également importante pour le suivi et l'évaluation, comme l'analyse ci-dessous l'illustrera. Toutefois, cette communication est aussi importante dans un troisième sens, plus direct. Il est crucial de fournir des informations claires pour permettre la pleine utilisation des services et pour garantir la capacité des citoyens à réclamer les prestations auxquelles ils ont droit. Cela est particulièrement important pour les pauvres et les groupes vulnérables, qui ne disposent souvent pas des informations pertinentes, même en ce qui concerne des politiques pourtant essentielles à leur propre vie.

Pour ce qui est de la CSU, il est très important que tous les aspects essentiels des réformes et des politiques concernant cette CSU soient clairement communiqués au public. Sur la base des chapitres qui précèdent, l'un des aspects les plus importants concerne la sélection des services et les paiements directs. Les individus doivent savoir à quels services ils ont droit et à quel niveau se situeront les paiements directs. Alors seulement, les services pourront être utilisés pleinement et la couverture sera vraiment universelle.

Pour faciliter la communication au sujet des politiques liées à la sélection des services et aux paiements directs, l'un des moyens consiste à composer une liste des services

inclus et exclus et à mettre cette liste à la disposition du public. Parmi les pays qui, dans leur effort de réforme en vue de la CSU, ont défini des services prioritaires figurent, par exemple, le Chili, le Ghana, le Mexique, le Nigeria, le Rwanda, la Thaïlande et le Vietnam.^{94, 95} Pour que ces listes soient utiles, toutefois, il faut absolument que les services prioritaires soient bien définis, justifiés et constamment réexaminés et mis à jour sur la base de nouveaux arguments et de nouvelles données probantes.

Il y a un autre aspect des politiques de santé pour lequel l'information du public est essentielle, et c'est celui des budgets des dépenses de santé qui sont adoptés. Ces budgets, incluant la description de l'allocation des ressources au niveau national, au niveau des districts, et au niveau local, doivent être largement diffusés. Cela permettra aux citoyens de réclamer les services pour lesquels des ressources ont été allouées.

Suivi et évaluation

Il est nécessaire d'élaborer de bonnes politiques et de les communiquer clairement, mais cela n'est pas suffisant. Pour garantir la responsabilité des acteurs et des institutions et favoriser la participation des populations, il faut aussi assurer consciencieusement le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et des effets des politiques adoptées. Et en particulier, pour réaliser la CSU de manière progressive et équitable, il faut faire le suivi et l'évaluation des ressources, de la couverture, et des résultats au niveau de la santé. De plus, le processus d'élaboration des politiques publiques lui-même peut faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation, un enjeu qui sera plus amplement étudié au chapitre 8.

Ressources

En ce qui concerne les ressources allouées aux services de santé, il est important de superviser la façon dont les revenus sont générés ainsi que la manière dont les fonds sont alloués. Les informations concernant l'état actuel des choses ainsi que les changements qui se sont produits avec le temps peuvent faciliter les comparaisons et l'évaluation des politiques proposées, alimenter les débats citoyens et informer l'élaboration future des politiques publiques. La Commission de l'OMS sur l'information et la responsabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, par exemple, a recommandé que d'ici 2015, les pays suivent et rendent compte des informations concernant au moins deux indicateurs de ressources agrégées : les dépenses de santé par source de financement et le total des dépenses de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNE) par source de financement.¹⁹⁴

Pour recueillir des informations, on peut utiliser le Système de Comptes de la Santé (SCS).¹⁹⁵ Le SCS est maintenant la méthode acceptée au niveau international pour faire le suivi des cotisations au système de santé et des dépenses de santé dans les pays. Il permet, par exemple, de faire le suivi des tendances et du montant total des paiements directs. Des comptes de santé peuvent également être utilisés pour recueillir des informations sur le flux des ressources au sein des différents niveaux du système de santé, des zones géographiques, et des types de services, comme les médicaments, les interventions de santé publique, les services de diagnostic et de soins, et la rééducation. De plus, on peut faire le suivi des montants alloués à une maladie en particulier, comme par exemple la proportion des ressources dédiées au VIH, à la tuberculose, à la vaccination, au paludisme, et aux maladies chroniques. Dans l'ensemble, lorsqu'on a mis

en place un système de comptes de la santé complet, il est plus facile pour la société civile de suivre, de critiquer, et de remettre en question les modèles de génération des revenus et l'allocation des ressources. Un tel système permet de renforcer la responsabilité des acteurs et des institutions, ainsi que la participation de la population à la réforme du secteur de la santé.

Couverture

Le suivi et l'évaluation de la couverture sont, de toute évidence, essentiels pour la responsabilité et la participation dans le contexte de la CSU. L'utilisation d'un ensemble complet d'indicateurs permet à la population de mettre les décideurs face à leurs responsabilités pour qu'ils prennent les mesures nécessaires pour réaliser la CSU. Il est nécessaire de disposer d'indicateurs de couverture des services et de protection du risque financier. La sélection d'indicateurs spécifiques est une tâche importante et loin d'être triviale, dont traite le chapitre 8. Pour la plupart des indicateurs, il faut mesurer et rapporter non seulement les résultats agrégés ou moyens, mais la distribution des résultats entre les groupes pertinents.

Résultats de santé

Parmi les motivations principales d'établir la CSU figurent l'amélioration de la santé des populations et la promotion d'une distribution juste et équitable de la santé au sein des sociétés. Les décideurs doivent donc assumer la responsabilité des résultats de santé, et par conséquent, il faut faire de manière rigoureuse le suivi et l'évaluation des résultats de santé pertinents. Ces points sont plus amplement traités au chapitre 8. Les informations concernant les résultats de santé sont aussi essentielles à l'élaboration des politiques publiques elles-mêmes. A nouveau, il faut mesurer et rapporter non seulement résultats agrégés ou moyens, mais aussi la distribution des résultats entre les groupes concernés. Par exemple, des informations révélant de profondes inégalités en termes de santé entre les groupes socio-économiques ou les zones géographiques peuvent fournir à la société civile une base pour fonder leurs revendications et pour exiger des réformes.

Le rôle des institutions

Pour garantir la responsabilité et la participation, il faut les institutionnaliser.^{196, 197} Plusieurs des pays qui ont progressé avec succès vers la CSU - tels que le Mexique, le Rwanda, la Thaïlande et la Turquie - ont mis en place des institutions novatrices qui font la promotion de la responsabilité et de la participation citoyenne.^{47, 48, 94, 198} En outre, certains pays à revenus élevés ont mis en place des comités nationaux chargés de l'établissement des priorités pour rendre le processus d'établissement de priorités plus transparent et plus explicite, et pour mieux impliquer les populations.⁸⁸

La responsabilité et la participation sont nécessaires au sein de plusieurs types d'institutions et pour résoudre plusieurs types de questions. Malgré la diversité de ces institutions et de ces questions, des cadres généraux existent et peuvent être pertinents pour la plupart d'entre elles. La Responsabilité pour la Raisonabilité (RR) est un cadre de ce genre, largement accepté pour garantir la légitimité des décisions.^{5, 97} Ce cadre tient sérieusement compte du fait qu'il y a souvent un désaccord raisonnable au sujet des valeurs et de leur importance relative. Les gens ont des points de vue différents au sujet des valeurs qui sont importantes, sur la manière dont elles doivent

être interprétées, et sur la manière dont elles doivent être mises en balance. Des désaccords raisonnables existent entre les pays et au sein de chaque pays. Les choix politiques nécessaires pour réaliser la CSU devraient par conséquent être faits à travers un processus reconnu comme légitime par tous les citoyens. Un tel processus devrait être transparent; les décisions et leurs justifications devraient être rendues publiques; et le public - grâce à une participation accrue - devrait avoir des opportunités réelles et suffisantes d'influencer les résultats du processus. Plus spécifiquement, le cadre de Responsabilité pour la Raisonabilité présente quatre conditions à remplir. Ces conditions sont décrites dans l'encadré 7.2. Le cadre de Responsabilité pour la Raisonabilité a été exploré dans divers contextes^{5,97} et peut être très utile pour faciliter la mise en œuvre d'un processus de décision équitable et légitime en vue de réaliser la CSU.

Encadré 7.2 Les quatre conditions du cadre de la Responsabilité pour la Raisonabilité⁹⁷

- *Condition d'information publique:* Les décisions concernant les limites directes et indirectes à la satisfaction des besoins de santé et leurs justifications doivent être accessibles au public.
- *Condition de pertinence:* Les justifications des décisions concernant l'établissement des limites devraient fournir une explication raisonnable de la distribution et de l'efficacité de l'allocation des ressources par le système de santé, en fonction des besoins des populations particulières et de la limitation des ressources. Plus spécifiquement, une justification sera "raisonnable" si elle fait appel à des faits, des raisons et principes qui sont considérés comme pertinents par les individus disposés à identifier les termes de la coopération qui sont équitables et acceptables par tous. Si possible, la pertinence des raisons doit être approuvée par les parties prenantes - une contrainte plus facile à exécuter dans les institutions publiques que privées.
- *Conditions de révisions et d'appel:* Des mécanismes sont nécessaires pour résoudre les conflits et les contestations concernant les décisions au sujet de l'établissement des limites. Plus généralement, les citoyens doivent disposer d'opportunités pour réviser et améliorer les politiques à la lumière de nouveaux arguments ou de nouvelles informations.
- *Condition de réglementation:* Des réglementations volontaires ou publiques doivent encadrer la bonne marche du processus en vue de garantir le respect des conditions 1-3.

Conclusion

Réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable exige de prendre des décisions politiques difficiles. Des décisions raisonnables et leur mise en œuvre peuvent être facilitées par des mécanismes garantissant la responsabilité des acteurs et des institutions ainsi qu'une participation publique accrue. Ces mécanismes sont indispensables à l'élaboration des politiques publiques et à l'établissement des priorités, particulièrement en ce qui concerne les trois principaux choix qui surviennent dans le processus conduisant à la CSU et les compromis potentiels entre les dimensions de progrès. La responsabilité et la participation publiques sont également étroitement liées à la communication au sujet des politiques publiques, de même qu'au suivi et à l'évaluation. Pour que les mécanismes de responsabilité et de participation soient réellement solides, ils doivent être institutionnalisés, et la conception d'institutions légitimes peut s'inspirer du Cadre de Responsabilité pour la Raisonabilité.



Indicateurs de progrès

Tous les pays doivent disposer des informations sur la performance du système de santé. Ces informations sont indispensables pour évoluer vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Bien qu'il soit impossible de saisir toute la complexité de la couverture, un bon ensemble d'indicateurs peuvent orienter les politiques et faciliter la réalisation juste et progressive de la CSU. A cet effet, les pays doivent choisir minutieusement un ensemble d'indicateurs, investir dans les systèmes d'information nécessaires, puis utiliser efficacement les indicateurs sélectionnés pour l'élaboration des politiques publiques.¹⁹⁹

Plusieurs efforts récents et en cours ont visé à délimiter le cadre optimal pour le suivi et l'évaluation des politiques visant à réaliser la CSU.^{129, 200-202} Toutefois, pour favoriser un progrès substantiel, les préoccupations de justice et d'équité doivent avoir une place centrale, particulièrement dans la sélection des indicateurs.^a A la lumière des chapitres précédents, certaines recommandations peuvent être faites concernant cette sélection.

Sélection des indicateurs

Lors de l'élaboration d'un système de suivi et d'évaluation, les pays devraient sélectionner un ensemble d'indicateurs facilitant au mieux la réalisation progressive de la CSU. Au moins quatre considérations sont essentielles:

- **Le but du suivi et de l'évaluation :** L'investissement dans les systèmes d'informations ne peut être intéressant que si le suivi et l'évaluation peuvent guider l'élaboration des politiques locales, régionales et nationales, éclairer les débats publics, et aider les pays à comparer les performances au sein de leur système de santé en comparaison avec les systèmes d'autres pays aussi développés qu'eux.
- **Objectif de la couverture sanitaire universelle:** Les indicateurs devraient aussi être étroitement liés à l'objectif de la CSU. Cela suggère que l'ensemble d'indicateurs doit refléter le degré d'accès à une gamme exhaustive de services de santé essentiels et de qualité, de même que le degré de protection

a L'OMS a entrepris un travail en collaboration avec la Fondation Rockefeller, en vue d'identifier un ensemble d'indicateurs des déterminants sociaux relatifs à la santé, au sexe, et aux droits de l'homme. Ces indicateurs doivent servir à évaluer les progrès vers la CSU. Le projet vise spécifiquement à faire le suivi des barrières à la CSU et des déterminants de santé qui ont un impact différencié entre les populations. Le projet met également l'accent sur les domaines d'actions intersectorielles qui contribuent à l'avancement d'une couverture universelle et progressive ; c'est-à-dire les réformes en vue de la CSU qui profitent aux populations défavorisées au moins autant qu'elles profitent aux populations les mieux nanties.

financière relatif à ces services. Toutefois, une focalisation trop étroite sur le secteur de santé en lui-même ou le système de santé pourrait entraver la réalisation plus large des objectifs relatifs à l'amélioration et la distribution des résultats en termes d'état de santé. Des indicateurs de résultats rapportant l'état de santé des populations sont donc également nécessaires.

- **Disponibilité et qualité des données:** Idéalement, les indicateurs devraient être basés sur des données déjà disponibles. Toutefois, le manque cruel de données dans beaucoup de pays, et les changements rapides dans la couverture exigent de recourir à un vaste ensemble d'indicateurs qui vont au-delà des données disponibles actuellement. Pour beaucoup de pays à revenus faibles ou moyens, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les Enquêtes de Santé dans le Monde (ESM) désormais désuètes, sont les principales sources de données. Les investissements dans des systèmes permettant une collecte de données plus exhaustive et de haute qualité sont bien entendu nécessaires.
- **Types d'indicateurs:** Les objectifs de la CSU et les moyens utilisés pour y parvenir peuvent être suivis et évalués. Une approche globale requiert des indicateurs d'au moins quatre types: des indicateurs relatifs aux processus d'établissement des priorités, des indicateurs d'accès, des indicateurs de protection contre le risque financier, et des indicateurs de la santé des populations. Pour les trois derniers types d'indicateurs, il est indispensable de mesurer non seulement résultat agrégé ou moyen, mais également la distribution des résultats entre les groupes concernés.

Indicateurs d'évaluation du processus

Tel que décrit dans les chapitres précédents, il est crucial d'établir les priorités avec précaution pour réaliser la CSU de manière équitable et progressive. Le processus d'établissement des priorités est difficile à évaluer avec des mesures quantitatives, mais des indicateurs qualitatifs peuvent être utiles.^{34, 192, 203, 204} Parmi ces indicateurs, il y a ceux qui reflètent l'existence :

- de listes disponibles publiquement décrivant les services de haute priorité, et la manière dont ils sont financés (mettant particulièrement l'accent sur les paiements directs)
- d'une institution ou d'une entité au sein d'une institution (au sein du ministère de la santé) chargée d'analyser et d'évaluer les faits scientifiques pertinents pour l'établissement des priorités ;
- ou de structures de prises de décisions qui impliquent les citoyens et les parties prenantes dans l'établissement des priorités et qui fournissent les justifications de leurs décisions
- des critères d'établissement des priorités disponibles publiquement.

Ces indicateurs servant à évaluer le processus d'établissement des priorités peuvent être utiles pour renforcer la responsabilité des institutions et les débats publics, un aspect qui a été traité au chapitre 7.

Indicateurs de couverture

Les données disponibles ne permettent pas aux pays de surveiller parfaitement la couverture de tous les services importants. Les pays doivent par conséquent choisir les services sur lesquels les indicateurs devront porter. En vue de faciliter cette tâche, les pays peuvent classer les services en catégories plus ou moins prioritaires, tel que

décrit au chapitre 3. Etant donné les critères de sélection présentés dans ce chapitre, il est probable qu'un ensemble similaire de services de prévention et de soins soient reconnus comme des services de haute priorité dans la plupart des pays. Cet ensemble inclut les services traitant les maladies transmissibles, la santé reproductive, et la nutrition, de même que d'autres maladies non transmissibles (MNT) - y compris les troubles mentaux - et les blessures.

L'OMS et le Groupe de la Banque Mondiale (GBM) ont développé un cadre conjoint pour le suivi des progrès vers la CSU au niveau de chaque pays de même qu'au niveau mondial.²⁰² Sur la base de ce cadre, une liste d'indicateurs concernant la couverture des services indispensables et une liste d'indicateurs concernant la couverture de services supplémentaires ont été définies à titre d'illustration. La liste exacte des services auxquels devraient s'appliquer les indicateurs reste une question très controversée et la liste finale doit être sensible au contexte de chaque pays, comme on l'a déjà souligné. Le Tableau 8.1 offre malgré tout une liste illustrative des indicateurs concernant la couverture des services indispensables qui ciblent ensemble une gamme variée de maladies.

Tableau 8.1 Liste illustrative des indicateurs concernant la couverture des services indispensables

| Maladies | Indicateurs relatifs à | Niveau/ distribution |
|--|--|-------------------------|
| Maladies transmissibles et problèmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, et infantile | 1. Vaccination | +/+ |
| | 2. Traitement antibiotique pour une pneumonie suspectée | +/+ |
| | 3. Besoins de contraception satisfaits | +/+ |
| | 4. Soins obstétricaux et néonataux de base avec accouchement assisté par un professionnel de la santé qualifié | +/+ |
| | 5. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets | +/+ |
| | 6. Prévention de la transmission mère - enfant (PTME) | +/+ |
| | 7. Antirétroviraux pour le VIH/SIDA | +/+ |
| | 8. Diagnostic et traitement de la tuberculose | +/+ |
| | 9. Moustiquaires imprégnées (le cas échéant) | +/+ |
| | 10. Prévention de la malnutrition | +/+ |
| Maladies non transmissibles | 11. Soins et traitement de la schizophrénie et la dépression | +/+ |
| | 12. Prévention médicale primaire de l'AVC (risque > 35%) | +/+ |
| | 13. Campagnes de réglementation du tabac/alcool mises en œuvre | |
| | 14. Dépistage du cancer du col de l'utérus | +/+ |
| Blessures | 15. Réglementation et législation liées au trafic routier | +/- |

Comme on peut le voir dans le tableau 8.1, les problèmes de santé mis en avant vont au-delà des maladies transmissibles et des maladies relatives à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNE).^{21, 202} Ils incluent aussi les maladies non transmissibles et les blessures. Les services requérant une couverture universelle concernent tous ces types de problèmes de santé. Il est important de noter, toutefois, qu'il manque généralement des données pertinentes sur les MNT et les blessures.

Les pays déjà plus avancés dans le processus conduisant à la CSU pourront trouver une liste d'indicateurs concernant la couverture de services supplémentaires, également pertinents pour l'élaboration des politiques publiques. Une telle liste est illustrée au Tableau 8.2.

Tableau 8.2 Liste illustrative des indicateurs concernant la couverture de services supplémentaires

| Maladies | Indicateurs relatifs à | Niveau/ distribution |
|--|---|-------------------------|
| Maladies transmissibles et problèmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, et infantile | 1. Hospitalisation pour des complications graves liées à l'accouchement, la septicémie, la pneumonie, le paludisme et à d'autres infections | +/+ |
| Maladies non transmissibles | 2. Traitement du diabète de type 1 | +/+ |
| | 3. Traitement préventif du diabète de type 2 | +/+ |
| | 4. Hospitalisation pour infarctus du myocarde | +/+ |
| | 5. Traitement médical de l'accident vasculaire cérébral aigu | +/+ |
| | 6. Traitement de l'épilepsie | +/+ |
| | 7. Traitement de l'insuffisance rénale aiguë | +/+ |
| | 8. Traitement du cancer du col de l'utérus | +/+ |
| | 9. Traitement du cancer du sein | +/+ |
| | 10. Traitement du cancer de l'estomac | +/+ |
| | 11. Traitement de la leucémie, chez les adultes et chez les enfants | +/+ |
| | 12. Soins palliatifs | |
| Blessures | 13. Prévention des blessures | +/+ |
| | 14. Chirurgies essentielles | +/+ |
| | 15. Soins intensifs pour blessures graves | +/+ |

Les informations concernant chacun des services, si disponibles, sont généralement présentées sous forme de taux de couverture, c'est-à-dire, la proportion de l'ensemble de la population couverte par le service en question. Comme on l'a suggéré ci-dessus, les pays devraient également collecter des données désagrégées qui permettent d'exposer la distribution de la couverture entre les groupes pertinents, notamment entre les quintiles de richesse.²⁰⁰ De telles données sont illustrées dans l'Encadré 8.1.

Ici, les taux de couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié pour chaque quintile sont présentés pour cinq pays. Les variations entre les quintiles de richesse sont prononcées. En Ethiopie par exemple, la couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié est de 46% pour le quintile de plus élevé et de seulement 2% pour le quintile le plus bas.

Encadré 8.1. Taux de couverture par quintile, inégalité (indice de concentration) et l'indice de couverture ajustée à l'inégalité pour la couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié dans cinq pays.¹³¹

| | Quintile 1 | Quintile 2 | Quintile 3 | Quintile 4 | Quintile 5 | Inequality (CI)* | Average (%) | Inequality-adjusted coverage |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------------|-------------|------------------------------|
| Ethiopia | 1.7 | 2.9 | 3.2 | 7.4 | 45.6 | 0.607 | 10.0 | 3.9 |
| India | 19.6 | 32.4 | 49.7 | 67.5 | 89.1 | 0.293 | 47.3 | 33.4 |
| Rwanda | 61.2 | 63.5 | 66.7 | 72.6 | 85.9 | 0.067 | 69.0 | 64.4 |
| Colombia | 84.4 | 96.8 | 98.8 | 99.4 | 99.5 | 0.036 | 94.9 | 91.5 |
| Vietnam | 58.2 | 86.2 | 95.1 | 97.1 | 99.7 | 0.101 | 85.2 | 76.6 |

* IC = Indice de Concentration (champ 0-1). Dans une égalité parfaite, l'IC prend une valeur 0

L'indice de concentration (IC) est un indicateur de distribution largement utilisé. Les données sur le niveau de distribution d'un service ou d'un ensemble de services peuvent également être fusionnées en un indicateur de synthèse.^{205, 206} Un tel indicateur représente la couverture ajustée à l'inégalité et incorpore le niveau moyen entre les groupes de même que la distribution de la couverture du service.²⁰⁷ Cela se calcule comme suit: Couverture ajustée à l'inégalité = $\mu(1-CI)$, selon lequel μ est le taux de couverture du service de la population dans son ensemble et l'IC est l'indice de concentration. La couverture ajustée à l'inégalité peut différer de façon significative des taux de couverture non-ajustée car la première est directement liée à distribution de la couverture. De tels indicateurs peuvent par conséquent contribuer à faciliter la réalisation de la CSU de manière progressive et néanmoins équitable.

Il est toutefois important de noter que la distribution entre les groupes socio-économiques n'est pas le seul élément qui importe. La distribution de la couverture des services entre des groupes ayant d'autres caractéristiques, tels que le sexe et la zone d'habitation devrait également faire l'objet de suivi.

Indicateurs de la protection financière

The goal of UHC pertains not only to access; UHC is also centrally concerned with affordability and financial protection beyond their role as barriers to access. It is therefore crucial to monitor and evaluate the extent to which the health system offers such protection.^{4, 14, 129, 200, 201, 205} The following three measures are found particularly relevant and are strong indicators of financial risk linked to out-of-pocket payments:²⁰²

- *Le pourcentage de la population totale confrontée à des dépenses de santé catastrophiques due aux paiements directs* : Les dépenses de santé sont généralement considérées comme pouvant avoir des conséquences catastrophiques pour un ménage si elles dépassent un certain seuil, par exemple, 40% des dépenses non alimentaires annuelles du ménages.²⁰⁰ Dans plusieurs pays, les informations nécessaires sont disponibles grâce aux enquêtes sur les dépenses des ménages. Le niveau total ainsi que la

distribution des risques entre les groupes doivent faire tous deux l'objet d'un suivi.

- *Le pourcentage de la population totale appauvri à cause des paiements directs* : Il se définit comme étant la proportion de la population dont les dépenses annuelles de santé les poussent en dessous du seuil de pauvreté. Dans plusieurs pays, les informations nécessaires sont disponibles grâce aux enquêtes sur les dépenses des ménages. Encore une fois, le pourcentage total et la distribution de l'appauvrissement entre les groupes doivent faire l'objet d'un suivi.
- *La proportion des paiements directs* : Elle se définit comme étant la proportion des paiements directs par rapport aux dépenses totales de santé. Dans plusieurs pays, les informations nécessaires sont disponibles dans les comptes nationaux de santé. La proportion des paiements directs est liée à la protection contre le risque financier car il existe une corrélation élevée et bien connue entre l'importance de ces paiements directs et l'augmentation des dépenses catastrophiques de santé et de l'appauvrissement. Les faits suggèrent que les paiements directs doivent généralement être réduits à moins de 15-20% des dépenses totales de santé pour que la fréquence des dépenses de santé ayant des conséquences catastrophiques et le taux d'appauvrissement tombent à des niveaux négligeables.⁴

Toutes ces mesures peuvent être des indicateurs utiles de la protection contre le risque financier.^b

Indicateurs de l'état de santé

Parmi les motivations principales de la CSU se trouve l'amélioration de l'état de santé des populations et la promotion d'une distribution équitable de l'état de santé dans la société. Par conséquent, les indicateurs évaluant les résultats des politiques publiques sur l'état de santé des individus peuvent également représenter des informations pertinentes pour mesurer la progression des États vers une CSU. Ces indicateurs sont d'autant plus importants que beaucoup de déterminants de la santé se trouvent hors du système de santé, notamment les divers déterminants sociaux. Les indicateurs mesurant les résultats des politiques sur l'état de santé peuvent refléter le niveau et la distribution de ces déterminants sociaux, mais ils peuvent également refléter les déséquilibres dans les efforts des différents pays à prendre en compte ces différents déterminants. Par exemple, s'il y a un déséquilibre entre les efforts pour améliorer le système de santé et les efforts pour améliorer, l'éducation des femmes ou les infrastructures d'eau potable, un tel déséquilibre peut se refléter dans les résultats de santé globaux, au moins à long terme.

Les mesures de synthèse les plus pertinentes pour évaluer de manière agrégée les résultats des politiques publiques sur l'état de santé des individus sont l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS). Parmi les autres indicateurs importants, on retrouve la mortalité maternelle, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, le retard de croissance et autres mesures de la malnutrition. Tel que suggéré dans les chapitres précédents, les inégalités dans la distribution de ces

^b Veuillez noter que ces indicateurs ont des limites. Par exemple, les deux premiers indicateurs ne sont pas directement sensibles à la consommation insuffisante des services de santé due aux contraintes financières des individus.

problèmes de santé est cruciale. En conséquence, si un indicateur de l'état de santé tel que l'EVAS est utilisé, la distribution de l'EVAS devrait également être rapportée. Les méthodes possibles pour rendre compte de la distribution incluent les mesures bi-variée et uni-variée de l'inégalité en matière de santé.²⁰⁸ Certaines de ces mesures ont été développées et discutées dans le contexte des Rapports sur le Développement Humain.^{209, 210}

Conclusion

Le suivi et l'évaluation des politiques publiques et de leur mise en œuvre sont indispensables pour réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. A cet effet, les pays doivent choisir minutieusement un ensemble d'indicateurs, investir dans les systèmes de collecte d'information sur la santé, et intégrer efficacement les informations dans l'élaboration des politiques publiques. Plusieurs efforts récents ont cherché à délimiter le cadre optimal pour suivre et évaluer les résultats des politiques en matière de santé, dans le contexte de la CSU.

Pour garantir un progrès réel et substantiel vers une Couverture de santé universelle (CSU), les questions de justice et d'équité doivent occuper une place centrale, particulièrement dans la sélection des indicateurs. La sélection des indicateurs devrait être étroitement liée aux objectifs de la CSU. Dans la plupart des cas, cela signifie qu'il faut inclure au moins quatre types d'indicateurs : des indicateurs relatifs au processus d'établissement des priorités, des indicateurs relatifs à l'accès, des indicateurs de protection contre le risque financier et des indicateurs de l'état de santé de la population. Les trois derniers types d'indicateurs devraient refléter les niveaux agrégés ou moyen, mais aussi la distribution.

Références

1. Ministry of Health Uganda. Health Sector Strategic Plan 2010/11 – 2014/15. Kampala: MoH, 2010.
2. WHO. Table of key indicators, sources and methods by country and indicators. [Global Health Expenditure Database] 2013 [January 2014]; Available from: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84671.
3. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9. Epub 2008/11/11.
4. Kwesiga B, Zikusooka CM, Ataguba JE. Assessing catastrophic and impoverishing effects of health care payments in Uganda. [Paper in preparation]. 2014.
5. María Isabel Rodríguez (Health Minister). La Reforma de Salud en El Salvador: hacia la cobertura universal, el acceso a la atención integral y la equidad en salud. Washington DC: Ministry of Health of El Salvador, 2013 (presentation available in Spanish only at: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1352&Itemid=99999999). 2013.
6. Ministry of Health of El Salvador and PAHO/WHO. Aportes de la Reforma de Salud en El Salvador al desarrollo del Sistema de Salud y los objetivos de la Cobertura Universal y Diálogo Político para la Sostenibilidad de los logros. San Salvador: PAHO, 2013 (available in Spanish only at: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1308&Itemid=99999999). 2013.
7. Constitution of the World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.
8. Smith P. Universal health coverage and user charges. *Health Economics, Policy and Law*. 2013. Epub August 2013.
9. WHO. Declaration of Alma-Ata. 1978.
10. WHO. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. 2005.
11. WHO. World Health Report. Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.

12. WHO. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Plan of Action. Geneva: World Health Organization; 2011.
13. Bangkok Statement on Universal Health Coverage. 2012.
14. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380:917-23.
15. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
16. UNDP. Human Development Index (HDI). Website of UNDP. United Nations Development Programme; 2014. Available from: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/> [28.04.14].
17. WHO. Draft twelfth general programme of work. World Health Organization; 2013.
18. The Global Thematic Consultation on Health. Health in the post-2015 agenda: report of the Global Thematic Consultation on Health. 2013.
19. Network SDS. Health for all. 2013 [December 2013]; Website of the SDSN. Available from: <http://unsdsn.org/thematicgroups/tg5/>.
20. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012;380(9845):933-43. Epub 2012/09/11.
21. Giedion U, Alfonso EA, Diaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington D.C.: 2013 Contract No.: 25.
22. Chan M. Universal coverage is the ultimate expression of fairness. 2012 [cited 2013 13 June]; Acceptance speech at the Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, Switzerland, 23 May 2012]. Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120523/en/index.html.
23. WHO. Universal Health Coverage: Supporting Country Needs. 2013.
24. WHO. Social health insurance: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. 2005.
25. World Health Report. Financing for universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
26. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
27. Culyer AJ, Wagstaff A. Need, Equity and Equality in Health and Health Care. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University; 1992.
28. Culyer AJ. Need: the idea won't do--but we still need it [editorial]. *Social Science & Medicine*. 1995;40:727-30.
29. Sen A. Why health equity? *Health Economics*. 2002;11(8):659-66.
30. Dolan P, Kahneman D. Interpretations of utility and their implications for the valuation of health. *Econ J*. 2008;118(525):215-34.

31. Nussbaum MC. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge, Mass.: Belknap Press; 2011. xii, 237 p. p.
32. Saloner B, Daniels N. The ethics of the affordability of health insurance. *J Health Polit Policy Law*. 2011;36(5):815-27. Epub 2011/11/09.
33. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380(9845):917-23. Epub 2012/09/11.
34. Sen A. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
35. UNDP. Human Development Index (HDI). 2013 [cited 2013 13 June]; Available from: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>.
36. Bundy D. *Rethinking School Health: A Key Component of Education for All*. Washington, D.C.: World Bank, 2011.
37. WHO. Education: shared interests in well-being and development. 2011 Contract No.: 2.
38. WHO. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. 2001.
39. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Dev*. 2004;32(1):1-13.
40. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. 1993.
41. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. *Global health 2035: a world converging within a generation*. *Lancet*. 2013.
42. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.
43. UN General Assembly. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. 1966.
44. Tobin J. *The Right to Health in International Law*. Oxford: Oxford University Press; 2012. xxiii, 416 p. p.
45. Potts H. *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. Human Rights Centre, University of Essex. . 2008.
46. WHO. *Equitable access to essential medicines: a framework for collective action*. 2004.
47. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan*. 2013;28(7):692-704.
48. Peabody JW, Taguiwalo MM, Robalino DA, Frenk J. *Improving the Quality of Care in Developing Countries*. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 259-70.
49. Mate KS, Sifrim ZK, Chalkidou K, Cluzeau F, Cutler D, Kimball M, et al. Improving health system quality in low- and middle-income countries that are expanding health coverage: a framework for insurance. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013. Epub 2013/08/21.

50. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
51. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. [Background paper for the global symposium on health systems research]. 2010.
52. United Nations Children's Fund. National health insurance in Asia and Africa: Advancing equitable Social Health Protection to achieve universal health coverage. 2012.
53. Thiede M, Koltermann KC. Access to health services - Analyzing non-financial barriers in Ghana, Rwanda, Bangladesh and Vietnam using household survey data: A review of the literature. [Maternal, Newborn and Child Health Working Paper]. United Nations Children's Fund. 2013.
54. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000. 215 p. p.
55. WHO. The World Health Report 2006: Working together for health. 2006.
56. Campbell J, Others. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:853-63.
57. WHO. Intersectoral Action on Health: A path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health. In: The WHO Centre for Health Development, editor. Kobe: World Health Organization; 2011.
58. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S, editors. Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013.
59. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
60. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil. 19–21 October 2011. 2011.
61. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2144-62. Epub 2012/12/19.
62. WHO. World Health Statistics 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.
63. Ooms G, Hammonds R, Van Damme W. The international political economy of global universal health coverage. Background paper for the global symposium on health systems research ed2010.
64. Gostin LO, Friedman EA. Towards a framework convention on global health: a transformative agenda for global health justice. Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics. 2013;13(1):1-75.

65. Knaul FM, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Garcia-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Llorens M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259-79. Epub 2012/08/21.
66. UHC Forward. UHC Forward: Towards Universal Health Coverage. [Website of UHC Forward] 2013 [November 2013]; Website of UHC Forward]. Available from: <http://uhcforward.org/>.
67. WHO. Providing for health: Success stories. [Website of the WHO] 2013 [November 2013]; Available from: http://www.who.int/providingforhealth/p4h_success_stories/en/.
68. World Bank. Universal Health Coverage Study Series. [Website of the World Bank] 2013 [November 2013]; Available from: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series>.
69. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*. 2012;380(9845):924-32. Epub 2012/09/11.
70. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. The political economy of universal health coverage. Background paper for the global symposium on health systems research. 2010.
71. Reich MR. The Political Economy of Health Transitions in the Third World. In: Chen L, Kleinman A, Ware NC, editors. *Health and Social Change in International Perspective*. Boston: Harvard School of Public Health; 1994.
72. Campbell JL. Ideas, Politics, and Public Policy. *Annual Review of Sociology*. 2002;28:21-38.
73. Kingdon JW. The Reality of Public Policy Making. In: Danis M, Clancy C, Churchill LR, editors. *Ethical Dimensions of Health Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
74. Rawls J. *A Theory of Justice*. Revised ed. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
75. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ*. 1993;12(4):431-57.
76. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics, Volume 1*: Elsevier; 2000.
77. Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy*. 1999;47(3):207-23. Epub 1999/10/28.
78. Chopra M, Campbell H, Rudan I. Understanding the determinants of the complex interplay between cost-effectiveness and equitable impact in maternal and child mortality reduction. *J Glob Health*. 2012;2(1).
79. Lancet Commission on Investing in Health. Forthcoming report. 2013.
80. Bleichrodt H, Doctor J, Stolk E. A nonparametric elicitation of the equity-efficiency trade-off in cost-utility analysis. *J Health Econ*. 2005;24(4):655-78.
81. World Health Organization. *Investing in Maternal, Newborn and Child Health*. Geneva: World Health Organization; 2009.

82. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, Pfaffmann J, Ribaira E, O'Connell T, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet*. 2012;380(9850):1341-51. Epub 2012/09/25.
83. James C, Carrin G, Savedoff W, Hanvoravongchai P. Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Analysis*. 2005;13(1):33-51. Epub 2005/05/14.
84. Anand S. The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:485-7.
85. Norheim OF. A note on Brock: prioritarianism, egalitarianism and the distribution of life years. *J Med Ethics*. 2009;35(9):565-9. Epub 2009/09/01.
86. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health care rationing. *Journal of Medical Ethics*. 2000;26(5):323-9.
87. Otsuka M, Voorhoeve A. Why it matters that some are worse off than others: an argument against the priority view. *Philosophy and Public Affairs*. 2009;37(2):171-99.
88. Brock DW, Wikler D. Ethical Issues in Resource Allocation, Research, and New Product Development. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 259-70.
89. Daniels N. Four Unsolved Rationing Problems. A Challenge. *Hastings Center Report*. 1994;24(4):27-9.
90. Robberstad B, Norheim OF. Incorporating concerns for equal lifetime health in evaluations of public health programs. *Soc Sci Med*. 2011;72:1711-6.
91. Johansson K, Norheim OF. Problems With Prioritization: Exploring Ethical Solutions to Inequalities in HIV Care. *American Journal of Bioethics*. 2011;11(12):32-40.
92. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goal of 3 by 5. *Lancet*. 2005;366(9480):169-71.
93. Parfit D. *Equality or Priority?* Kansas: University of Kansas; 1995. 42 p. p.
94. Brock DW. Priority to the worse off in health-care resource prioritization. In: Rhodes R, Battin MP, Silvers A, editors. *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 362-72.
95. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*. 1997;6(2):117-32.
96. Wolff J. *The human right to health*. New York: W.W. Norton & Co.; 2012. xv, 192 p. p.
97. Ottersen T. Lifetime QALY prioritarianism in priority setting. *Journal of Medical Ethics*. 2013;39:175-80.
98. Gutmann A. For and against Equal Access to Health Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 1981;59(4):542-60.
99. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*. 2008;7(4).

100. Ord T. The moral imperative towards cost-effectiveness. [Draft]. 2013.
101. Chisholm D, Evans D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Background paper to World Health Report 2010. 2010 Contract No.: 28.
102. Williams A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics*. 1992;18:7-11.
103. Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB, et al., editors. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization; 2003.
104. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta DC, Geneau R, et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*. 2013;381(9866):575-84. Epub 2013/02/16.
105. Glassman A, Chalkidou K. *Priority-Setting in Health: Building institutions for smarter public spending*. Washington, DC: Center for Global Development, 2012.
106. UHC Forward. Compare: Benefits package. [Website of UHC Forward] 2013 [cited 2013 June 5]; Website of UHC Forward]. Available from: <http://uhcforward.org/reforms/compare/benefits>.
107. Daniels N, Sabin JE. *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
108. Kilner JF. *Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection*. New Haven: Yale University Press; 1990.
109. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373(9661):423-31.
110. Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(3):172-9.
111. Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet*. 2012;380(9859):2063-6. Epub 2012/12/19.
112. Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health. *Annu Rev Public Health*. 2002;23:115-34. Epub 2002/03/23.
113. WHO. CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE). Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2012 15 August]; Available from: <http://www.who.int/choice/en/>.
114. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006.
115. Teerawattananon Y, Mugford M, Tangcharoensathien V. Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand. *Value in Health*. 2007;10(1):61-72. Epub 2007/01/31.

116. DCP3. DCP3: Disease Control Priorities: Economic evaluation for health. 2013 [cited 2013 June 6]; Website of Disease Control Priorities 3]. Available from: <http://www.dcp-3.org/>.
117. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. More money for health, and more health for the money. Final report of the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. Final report of the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. 2009.
118. Norheim OF, Johri M, Chisholm D, Nord E, Baltussen R, Brock DW, et al. Guidance on Priority Setting in Health Care (GPS Health). 2012.
119. Nord E. Cost-Value Analysis in Health Care: Making Sense Out of QALYs. New York: Cambridge University Press; 1999. 157 p.
120. Dolan P, Shaw R, Tsuchiya A, Williams A. QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Economics*. 2005;14(2):197-208.
121. Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Tropical Medicine and International Health*. 2009;14(8):930-9.
122. Dolan P, Tsuchiya A. It is the lifetime that matters: public preferences over maximising health and reducing inequalities in health. *Journal of Medical Ethics*. 2012;38(9):571-3.
123. Olsen JA. Priority Preferences: "End of Life" Does Not Matter, But Total Life Does. *Value in Health*. 2013;16(6):1063-6.
124. Norheim OF, Asada Y. The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*. 2009;8:40.
125. van de Wetering EJ, Stolk EA, van Exel NJA, Brouwer WBF. Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *European Journal of Health Economics* [Internet]. 2011.
126. Dworkin R. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: Knopf; 1993.
127. Smith P. Incorporating financial protection into decision rules for publicly financed healthcare treatments. *Health Economics*. 2013;22:180-93.
128. Hoel M. What should (public) health insurance cover? *J Health Econ*. 2007;26(2):251-62. Epub 2006/09/19.
129. Soderlund N. Possible objectives and resulting entitlements of essential health care packages. *Health Policy*. 1998;45(3):195-208. Epub 1999/05/29.
130. Tappenden P, Jones R, Paisley S, Carroll C. Systematic review and economic evaluation of bevacizumab and cetuximab for the treatment of metastatic colorectal cancer. *Health Technol Assess*. 2007;11(12).
131. Garside R, Round A, Dalziel K, Stein K, Royle P. The effectiveness and cost-effectiveness of imatinib for chronic myeloid leukaemia: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2002;6(33):(Report).

132. Knight C, Hind D, Brewer N, Abbott V. Rituximab (MabThera®) for aggressive non-Hodgkin's lymphoma: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2004;8(37):(Report).
133. National Centre for Pharmacoeconomics. A review of the cost-effectiveness of Sunitinib (Sutent®) under the high tech drug scheme in Ireland. Dublin: National Centre for Pharmacoeconomics, Ireland, October, 2006, 2006.
134. Reed SD, Anstrom KJ, Li Y, Schulman KA. Updated Estimates of Survival and Cost Effectiveness for Imatinib versus Interferon-alpha Plus Low-Dose Cytarabine for Newly Diagnosed Chronic-Phase Chronic Myeloid Leukaemia. *Pharmacoeconomics.* 2008;26(5):435-46.
135. Verguet S, Laxminarayan R, Jamison DT. Universal Public Finance of Tuberculosis Treatment in India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis. *Disease Control Priorities in Developing Countries, 3rd Edition, Working Paper.* 2012.
136. Verguet S, Murphy S, Anderson B, Johansson KA, Glass R, Rheingans R. Public finance of rotavirus vaccination in India and Ethiopia: An extended cost-effectiveness analysis. *Vaccine.* 2013;31(42):4902-10.
137. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet.* 2009;373(9661):423-31. Epub 2009/02/03.
138. Johri M, Norheim OF. Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. *Int J Technol Assess Health Care.* 2012;28(2):125-32. Epub 2012/04/13.
139. Evans DB, Saksena P, Elovainio R, Boerma T. Measuring Progress towards Universal Health Coverage. Draft. Geneva: World Health Organization, 2013.
140. Central Statistical Agency. Ethiopia Demographic and Health Survey 2011. Addis Ababa: Central Statistical Agency, 2012.
141. World Bank. Health Equity and Financial Protection Datasheets. 2013 [December 2013]; Available from: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:23159049~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>.
142. Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, França GVA, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *The Lancet.* 2012;379:1225-33.
143. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan M, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet.* 2013;381:585-97.
144. Profamilia. Encuesta Nacional De Demografia Y Salud 2010: Colombia. 2011.
145. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06: India: Volume I and II. Mumbai: 2007.
146. Hunt P, Bustreo F, al. e. Women's and children's health: evidence of impact of human rights. Geneva: World Health Organization, 2013.

147. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12.
148. Victora C, Barros A, Axelson H, Bhutta Z, Chopra M, França G, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *The Lancet*. 2012;380:1149-56.
149. Mkandawire T. Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2005.
150. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362(9379):233-41. Epub 2003/07/30.
151. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*. 2011;377(9784):2160-1.
152. Hanson K, Worrall E, Wiseman V. Targeting services towards the poor: a review of targeting mechanisms and their effectiveness. In: Bennett S, Gilson L, Mills A, editors. *Health, Economic Development and Household Poverty: From understanding to action*. New York: Routledge; 2008.
153. United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General Comment 14 on the Right to Health. UN, 2000.
154. Gilson L, Russell S, Buse K. The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*. 1995;7(3):369-401.
155. Ridde V, Robert E, Meessen B. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 2012, 12:289. 2012;12(289).
156. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*. 2004;364(9441):1273-80. Epub 2004/10/07.
157. Moene KO, Wallerstein M. Targeting and political support for welfare spending. *Economics of Governance*. 2001;2:3-24.
158. Moreno-Serra R, Millett C, Smith PC. Towards improved measurement of financial protection in health. *PLoS Med*. 2011;8(9):e1001087. Epub 2011/09/13.
159. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 114-37.
160. Wagstaff A. *Measuring Financial Protection in Health*. Washington: World Bank, 2008.
161. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012.
162. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 1963;53:941-73.

163. WHO. The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization, 2010.
164. Elovainio R, Evans DB. Raising and Spending Domestic Money for Health. Centre on Global Health Security Working Group Papers. Chatham House. 2013.
165. Jamison D, Summers L, Alleyne G, Arrow K, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013;382:1895-955.
166. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Securing Access to Health Care: The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services. Washington D.C.: 1983.
167. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356(9235):1093-8. Epub 2000/09/29.
168. Dworkin R. Taking rights seriously. Cambridge: Harvard University Press; 1977. xv, 293 p. p.
169. Yamin AE. Will we take suffering seriously? Reflections on what applying a human rights framework to health means and why we should care. *Health and human rights*. 2008;10(1):45-63.
170. Schedler A. Conceptualizing accountability. In: Schedler A, Diamond L, Plattner MF, editors. The self-restraining state: power and accountability in new democracies. Boulder, CO: Lynne Rienner; 1999.
171. Rowe G, Frewer LJ. A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*. 2005;30:251-90.
172. Bishop P, Davis G. Mapping Public Participation in Policy Choices. *Australian Journal of Public Administration*. 2002;61(1):14-29.
173. Blair H. Participation and accountability at the periphery: Democratic local governance in six countries. *World Dev*. 2000;28(1):21-39.
174. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan*. 2004;19(6):371-9.
175. Emanuel EJ, Emanuel LL. What is accountability in health care? *Ann Intern Med*. 1996;124(2):229-39.
176. Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Soc Sci Med*. 2003;57(2):239-51.
177. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*. 2009;91(3):219-28.
178. Yamin AE. Beyond Compassion: The Central Role of Accountability in Applying a Human Rights Framework to Health. *Health and Human Rights*. 2008;10(2):1-20.
179. Potts H. Accountability and the right of the highest attainable standard of health. University of Essex, 2008.

180. Gutmann A, Thompson D. Just deliberation about health care. In: Danis M, Clancy C, Churchill LR, editors. *Ethical Dimensions of Health Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 77-94.
181. Fleck LM. *Just Caring: Health Care Rationing and Democratic Deliberation*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
182. Elster J, editor. *Deliberative democracy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
183. Yamin AE. Toward Transformative Accountability: A Proposal for Rights-Based Approaches to Fulfilling Maternal Health Obligations. *Sur: An International Journal on Human Rights*. 2010;7:95-121.
184. Yamin AE. Suffering and Powerlessness: The Significance of Promoting Participation in Rights-Based Approaches to Health. *Health and human rights*. 2009;11:5-22.
185. Farmer P. *Pathologies of power: Health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
186. Gutmann A, Thompson D. *Why Deliberative Democracy?* Princeton, NJ: Princeton University Press; 2004.
187. Shah A, editor. *Participatory budgeting*. Washington: World Bank; 2007.
188. Wampler B. *Participatory budgeting in Brazil : contestation, cooperation, and accountability*. University Park, Pa.: Pennsylvania State University Press; 2007. xvi, 312 p. p.
189. UN-HABITAT. *72 Frequently Asked Questions about Participatory Budgeting*. United Nations Human Settlements Programme, 2004.
190. Goldfrank B. Lessons from Latin America's Experience with Participatory Budgeting. In: Shah A, editor. *Participatory budgeting*. Washington: World Bank; 2007.
191. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, R. T, for NICE. *Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework*. London: Health Development Agency, 2005.
192. Pearson SD, Rawlins MD. Quality, innovation, and value for money: NICE and the British National Health Service. *Jama*. 2005;294(20):2618-22.
193. Abelson J, Giacomini M, Lehoux P, Gauvin FP. Bringing 'the public' into health technology assessment and coverage policy decisions: from principles to practice. *Health Policy*. 2007;82(1):37-50.
194. Banta D. What is technology assessment? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2009;25(Supplement 1):7-9.
195. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria Decision Analysis for Including Health Interventions in the Universal Health Coverage Benefit Package in Thailand. *Value in Health*. 2012;15:961-70.
196. Haider H, Mcloughlin C, Scott Z. *Topic Guide on Communication and Governance*. Governance and Social Development Resource Centre (GSDRC), International Development Department, College of Social Sciences, University of Birmingham, UK 2011.

197. Commission on information and accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results: Commission on information and accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization; 2011. 31 p. p.
198. OECD, Eurostat, WHO. A system of health accounts. 2011 edition. OECD Publishing, 2011.
199. Ham C, Coulter A. International experience of rationing. In: Ham C, Robert G, editors. Reasonable rationing International Experience of Priority Setting in Health Care. Buckingham: Open University Press; 2003.
200. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service. Buckingham: Open University Press; 1996.
201. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013;382:65-99.
202. Daniels N, Light D, Caplan RL. Benchmarks of fairness for health care reform. New York: Oxford University Press; 1996. vii, 198 p.
203. Haas S, Hatt L, Leegwater A, El-Khoury M, Wong W. Indicators for Measuring Universal Health Coverage: A Five-Country Analysis. Draft. Bethesda, MD: 2012.
204. Irene Agyepong I, Gordon G Liu G, Reddy K. Health in the framework of sustainable development. Technical Report for the Post-2015 Development Agenda. Prepared by: Thematic Group V: Health For All. 2013.
205. WHO, WBG. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework. Joint WHO / World Bank Group Discussion Paper 1. December 2013. 2013.
206. Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000;78(6):740-50.
207. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*. 2007;82(1):78-94.
208. Honingsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmström S. Priority Setting Processes for Healthcare in Oregon, USA; New Zealand; the Netherlands; Sweden; and the United Kingdom. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1995.
209. World Bank. Health Equity and Financial Protection Datasheet. Washington D.C: World Bank. Washington DC: World Bank, 2012.
210. Wagstaff A. Inequality aversion, health inequalities and health achievement. *J Health Econ*. 2002;21(4):627-41.
211. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington DC: The World Bank, 2008.
212. Wolfson M, Rowe G. On measuring inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(553-60).
213. UNDP. Human development report 2006: Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis. UNDP. New York: UNDP, 2006.

214. Grimm M, Harttgen K, Klasen S, Misselthorn M. A Human Development Index by Income Groups. *World Development*. 2008;36(12):2527-46.



Organisation
mondiale de la Santé

Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle

Rapport final du Groupe Consultatif
de l'OMS sur la Couverture Sanitaire
Universelle et Equitable

