

# **National Choices in Health: their Functions, Costs and Social Effects**

**Suzanne Azar**

Longtemps négligé ou ignoré du public et des autorités politiques au Liban, la politique de santé est devenue un sujet d'actualité débattu à tous les niveaux et médiatisé à outrance.

La notion de santé reconnue comme droit à tout être humain depuis le début du siècle, est longtemps restée étrangère au discours politique libanais. En effet, l'analyse de ce discours notamment des déclarations de politique générale révèle que, la politique de santé idéale se limitait à assurer la gratuité des soins aux "pauvres", aux "classes populaires" à travers la construction de dispensaires et d'hôpitaux publics. Depuis le début des "années 90" ce discours s'est en quelque sorte transformé, on a commencé à parler d'organisation rationnelle du système de santé. Le gaspillage et l'inefficacité du système de santé sont devenus des sujets à la mode. Désormais, on crie à l'unanimité que ça va mal et on réclame des remèdes.

Or, depuis des décennies, la crise des systèmes de santé fait l'objet de débats dans les pays développés. Tout le monde convient que les systèmes de santé sont en crise, à des degrés divers certes, et on est en perpétuelle recherche de remèdes.

Ce document expose les principaux problèmes du système de santé au Liban et présente des grandes lignes d'une réflexion pour une nouvelle politique de santé. Dans une pareille entreprise, la modestie s'impose non seulement en raison de la gravité de ce problème et de son interaction complexe avec des considérations d'ordre politique, social, financière et économique, mais aussi et surtout, en raison des difficultés imposées par la spécificité du secteur de santé lui-même. En effet, les problèmes posés par l'organisation et le financement des systèmes de santé sont complexes et délicats car ils impliquent une interaction entre des finalités contradictoires d'amélioration de l'état de santé de la population et de limitation des dépenses publiques, entre des considérations de justice sociale et d'efficacité économique. Le secteur de la santé présente des caractéristiques spécifiques : la nature des services rend délicate toute réflexion d'ordre économique car la douleur et la vie sont en jeu, la valeur de la vie justifie le désir du demandeur à payer un prix infini pour elle, ou à faire payer les autres ; le producteur détermine lui-même le volume des dépenses vu l'asymétrie d'information entre lui et le consommateur, et la difficulté d'apprécier l'opportunité de l'action du producteur représente un obstacle majeur au contrôle des dépenses.

Afin de pouvoir poser des questionnements et entamer une réflexion, il convient de présenter une description de l'organisation du système de santé au Liban, ainsi qu'un aperçu sur les principaux types de systèmes de santé dans les pays industriels, leurs problèmes et les réformes entamées depuis le début des "années 80".

## **I. Systèmes de santé dans les pays développés**

### **1. crise et réforme continues**

La crise des systèmes de santé dans les pays développés se pose surtout au niveau de la croissance des dépenses. Dans les pays de L'OCDE, ces dépenses ont presque doublé entre 1960 et 1992 passant de moins de 4% du PIB à 8% en moyenne. Le secteur est accusé de dépenser trop ou de dépenser mal.

Dans la lutte pour maîtriser les dépenses de santé, on note deux orientations : D'une "maîtrise comptable" on est passé à une "maîtrise médicalisée". La première dont l'objectif principal est le retour à l'équilibre, fixe un taux d'évolution des dépenses compatible avec les ressources, la deuxième s'efforce de limiter les dépenses à celles médicalement justifiées au regard de règles de bonne pratique, avec l'idée qu'il existe des dépenses inutiles et des gaspillages.

En effet, les réformes entreprises dans la plupart des pays développés ont consisté à introduire des mesures macro-économiques de maîtrise des dépenses sous forme notamment de plafonds budgétaires. Les techniques utilisées varient selon les pays. Elles comportent essentiellement : le recours à des enveloppes budgétaires pour les hôpitaux publics, la limitation du nombre de nouveaux hôpitaux et d'équipements coûteux, la diminution du nombre de lits excédentaires, la réduction du volume des prestations et des taux de remboursement, le plafonnement des recettes globales des médecins et des autres professionnels de santé, la restriction du remboursement des produits pharmaceutiques, les incitations à utiliser les produits génériques meilleur marché, etc.

Compte tenu des limites de ces mesures, les réformes se sont orientées vers l'amélioration de l'efficacité micro-économique des systèmes de santé. Il s'agit d'améliorer les incitations grâce à l'introduction de mécanismes concurrentiels et de meilleures relations contractuelles entre les assureurs et les prestataires même dans des pays où le système de santé est extrêmement planifié.

### **2. Types d'organisation et problèmes**

Les modes d'organisation du système de santé sont souvent ramenés à l'alternative plan/marché. Cependant aucun système n'est parfaitement libéral ou planifié. Un système de santé libéral serait caractérisé par des consommateurs assurés auprès de compagnies d'assurance privées en versant des primes en fonction des risques, des biens et services médicaux vendus sur des marchés concurrentiels, des prix formés librement, et des offreurs guidés par la recherche du profit. A l'opposé, un système de santé centralisé serait caractérisé par des consommateurs déléguant les décisions à l'Etat, celui-ci gère et planifie l'offre, détermine les capacités de production et assure le financement par l'impôt. La couverture de la population serait totale, et le personnel exercerait en tant que salarié du secteur public. Le marché disparaît, les services étant gratuits ou quasi-gratuits. Une autre typologie classe les systèmes de santé en fonction de leur organisation suivant une inspiration Beveridgienne, Bismarckienne ou libérale. Le système Beveridgien est celui des pays du nord et du sud de l'Europe où les droits sociaux constituent un attribut de la citoyenneté et sont gérés sous le contrôle du parlement. C'est un système de solidarité nationale ayant pour principes l'universalité, l'unité et l'uniformité. Le Système Bismarckien est le système d'assurance sociale du centre de l'Europe où les droits sociaux sont liés à l'activité professionnelle, et gérés à parité par les partenaires sociaux responsables.

Les systèmes centralisés ont pu maîtriser la croissance des dépenses mais souffrent de problèmes relevant notamment de la qualité des soins et du rationnement. En effet le phénomène de listes d'attente est d'une ampleur considérable dans les pays qui ont adopté ce type de système. Le Service National de Santé en Grande Bretagne (National Health Service, NHS) est le modèle du système planifié et organisé sur la base du rationnement centralisé. Il est déconcentré en 14 autorités régionales (RHA), et 192 autorités de districts (DHA). Le gouvernement fixe chaque année le montant qui sera consacré à la santé, en fonction des dépenses de l'année précédente et d'un taux d'augmentation agréé. Cette enveloppe est répartie entre les régions au prorata de la population, calcul pondéré selon des critères d'ordre socio-économique. Les régions ventilent ensuite sur les médecins généralistes et sur les districts qui gèrent les hôpitaux publics. Le malade doit s'inscrire sur une liste d'un généraliste, qui devient son filtre d'accès à l'ensemble du système de soins.

Une réforme en quelque sorte révolutionnaire a été entamée en 1991<sup>1</sup>. Elle a réduit les prérogatives de l'administration et remplacé la régulation centralisée par une régulation

---

<sup>1</sup> réforme préconisée dans le livre blanc élaboré par une commission mise en place par le gouvernement de Margaret Thatcher : working for patients, the health service, caring for the 1990's, London 1989.

décentralisée de type contractuel selon laquelle l'argent doit suivre le patient. L'État s'est désengagé de son rôle d'entrepreneur de soins.

Cette réforme consiste essentiellement à déléguer des pouvoirs et des responsabilités au niveau local, donner la possibilité d'une indépendance financière et d'une autonomie de gestion aux hôpitaux publics et la liberté de négocier leurs services avec les autorités publiques et le secteur privé et à donner aux cabinets de groupe de généralistes la possibilité d'opter pour le statut de "fund holders" donc de gérer le budget des patients inscrits sur leurs listes<sup>2</sup>. Ce qui équivaut en effet à la création de marchés de la santé en mettant en place des acheteurs et des vendeurs de soins et en instaurant un pluralisme de l'offre et une mise en concurrence des différents types d'hôpitaux par deux types d'acheteurs : Les DHA et les cabinets de groupe de généralistes. Toutefois, des caractéristiques fondamentales de l'ancien système ont été maintenues : le financement fiscalisé, la gratuité des soins, l'accès universel, et la fixation du volume de la dépense globale de santé au niveau centralisé en fonction d'arbitrage budgétaires.

Quant au système libéral, il reste loin de la justice sociale et de l'égalité devant la maladie et se caractérise par un niveau élevé des prix. Le système de santé américain est l'un des plus libéraux au monde. Il est l'un de ceux qui coûte le plus directement à l'assuré, et celui qui dépense le plus. Les USA sont les champions des dépenses de santé qui ont dépassé le niveau record de 14 % du PIB. En dépit des divers systèmes d'assurance publique qui couvrent 24% de la population, 15% environ de cette la population ne bénéficient d'aucune assurance, ces personnes peuvent être soignées dans les hôpitaux publics, mais elles y reçoivent une quantité et une qualité de soins inférieures (OCDE).

A côté des compagnies d'assurance privée, il existe deux organismes publics Medicare et Medicaid. Le premier est un programme d'assurance sociale fédérale pour la vieillesse subventionné par l'Etat, il couvre les personnes âgées de plus de 65 ans. Le second est un programme réservé aux personnes économiquement faibles. Les modalités de fonctionnement, d'adhésion et de remboursement varient d'un Etat à l'autre. A partir des années 80, de nouvelles formules d'assurance privée se sont développées. Il s'agit des *Health Maintenance Organisations* (HMO)<sup>3</sup> et des *Preferred Providers Organisations* (PPO)<sup>4</sup>. Bien que les HMO font

---

<sup>2</sup> Le but de la réforme est annoncé par M. Tatcher dans la préface du livre blanc précité : "*we aim to extend patient choice, to delegate responsibility to where the services are provided and to secure the best value for money. All the proposals in this white paper put the needs for patients first, ... we believe that a national health service that can run better ... the patients needs will always be paramount*".

<sup>3</sup> Les HMO proposent un système intégré de services de santé de nature à répondre à tous les besoins des adhérents. Chaque organisation offre une gamme complète de services de santé en contrepartie d'une prime forfaitaire fixée annuellement en début de période. Les usagers adhèrent librement à une HMO, soit individuellement,

l'objet de critiques notamment au niveau de leur tendance au "rationnement" des soins, elles ont connu un succès notamment en matière de réduction des prix en conservant la qualité. La formule des PPO est plus récente, elle connaît à l'heure actuelle une expansion considérable aux USA. Ces deux formules inspirent depuis le début des années 90 plusieurs réformes entreprises mêmes dans les systèmes de santé les plus centralisés.

Enfin, le cas du système de santé français mérite d'être signalé. C'est un système d'assurance sociale d'inspiration Bismarkienne où la sécurité sociale est gérée par les partenaires sociaux et soumise à la tutelle de l'Etat. 98,5 % de la population résidant en France sont protégés par un système obligatoire d'assurance maladie qui prend en charge 91 % des dépenses d'hospitalisation, 56 % des soins ambulatoires, 45 % des biens médicaux. Pour tout ou partie de la part non remboursée, 85 % des personnes font appel à une assurance complémentaire<sup>5</sup>. Depuis le premier janvier 2000, l'accès à l'assurance maladie est devenu universel.

Le financement est fait par des prélèvements obligatoires sous forme de cotisations assises sur les salaires financées par les employeurs pour les deux tiers environ. A ces cotisations se sont ajoutées des prélèvements complémentaires ayant la nature d'un impôt sur le revenu<sup>6</sup>. Les usagers du système français bénéficient d'une quadruple liberté : liberté du choix du producteur de soins, liberté de s'adresser à des spécialistes ou généralistes sans que la demande ne doive être médiatisée par un offreur primaire spécifique, liberté de s'adresser à plusieurs producteurs, et liberté de choix de l'établissement de soins. Les principes d'exercice de la médecine sont de nature libérale, toutefois, la liberté de fixation des honoraires est entravée par la prise en charge des dépenses par la sécurité sociale.

Idéal pour le patient et pour les offreurs de soins, le système de santé français souffre de nombreux problèmes dont le déficit chronique de l'assurance maladie est une des manifestations. Il n'est ni totalement libéral ni totalement planifié, il emprunte des caractéristiques à ces deux modèles et tente par là de concilier l'inconciliable. En effet, le problème réside dans le fait que ce système retient un financement sur la base de la solidarité

---

soit par l'intermédiaire de leur employeur en mettant en concurrence diverses organisations et les compagnies d'assurance traditionnelles. Les HMO passent des contrats avec des hôpitaux en les mettant en concurrence.

<sup>4</sup> Le principe d'une PPO est celui d'une enchère. Les payeurs (un assureur ou une entreprise) négocient des contrats avec des offreurs de soins en contrepartie de réduction de prix. Les offreurs retenus sont qualifiés de préférés, les organismes payeurs incitent leurs adhérents à utiliser les services de ces producteurs en variant le taux de rémunération. En effet, les assurés qui choisissent de s'adresser à ces producteurs supporteront des tickets modérateurs plus faibles que ceux qu'ils doivent acquitter s'ils choisissent de s'adresser à d'autres producteurs.

<sup>5</sup> Centre de Recherches d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES).

<sup>6</sup> Il s'agit essentiellement de la Contribution Sociale Généralisée (CSG).

nationale sans restriction aux niveaux de l'accès et des décisions des offreurs, et accorde la liberté de choix des usagers sans responsabilité financière.

## **II. Le système de santé au Liban : organisation et dysfonctionnements**

### **1. L'offre des soins**

L'offre des soins au Liban relève essentiellement du secteur privé qui profite d'une large liberté. L'exercice de la médecine se fait dans le cadre libéral. Le code de la déontologie médicale définit les principes d'exercice : libre choix du médecin par les malades, liberté de prescription et liberté d'installation, entente directe en matière d'honoraires, et respect du secret professionnel. En matière d'honoraires, cette loi ne préconise en aucun cas la fixation de tarifs plafonds, mais interdit par contre aux médecins d'aller en deçà des tarifs minimaux fixés par l'Ordre des médecins.

L'effectif des médecins en croissance continue, est estimé à environ 8000, avec une densité de 2,8/1000 personnes (ce ratio varie entre 1 et 3,8/1000 dans les pays de l'OCDE), et un taux de spécialisation de 70%. Par ailleurs, les médecins sont concentrés à Beyrouth et au Mont-Liban (Beyrouth 32,6% ; Mont Liban 34,7%), les autres régions comptent ensemble 32,7% du total des médecins (Liban-Nord 15% ; Liban-Sud 11,2% ; Békaa 6,5%) (Ordre des médecins du Liban). L'effectif des dentistes est également en croissance, il est estimé à l'heure actuelle à 4000.

Quant au secteur hospitalier qui tenait à un certain degré du principe de complémentarité entre secteur privé et secteur public, il repose à l'heure actuelle presque exclusivement sur le secteur privé. Dans les "années 70", 26% du total des lits appartenaient au secteur public, on en est aujourd'hui à moins de 10%. Le parc hospitalier est composé de 14 hôpitaux publics ayant 500 lits (PNUD), et de 143 hôpitaux privés ayant 9000-10000 lits (Ordre des propriétaires des hôpitaux privés), ainsi, on compte environ 3,2 lits/1000 personnes (ce ratio varie entre 4,3 et 16,7/1000 dans les pays de l'OCDE), avec un taux d'occupation de 56% (contre 80% en moyenne dans les pays de l'OCDE). Quant aux lits contractuels avec le ministère de la santé, ils étaient en 1997, au nombre de 1800 relevant de 136 hôpitaux (Ministère de la santé)<sup>7</sup>. Par ailleurs, 30% environ des hôpitaux comportent moins de 50 lits chacun.

La première législation réglementant les hôpitaux privés a vu le jour avec la loi de 1962<sup>8</sup>, et ce après une implantation libre au cours d'une longue période. La construction d'un hôpital est

---

<sup>7</sup>A la réunion du Conseil des Ministres du 3/12/97, le ministre de la santé proposa la diminution du nombre d'hôpitaux contractuels de 16,5%.

<sup>8</sup>Loi amendée par le décret-loi 139 en date du 16/09/1983,

soumise à une autorisation du ministère de la santé, cependant les critères de l'octroi de cette autorisation ne prennent nullement en compte l'augmentation des capacités de production en fonction des besoins du pays. En effet de nombreuses études ont noté que les équipements lourds et onéreux pullulent et se caractérisant par de faibles taux d'utilisation. Les centres de dialyse par exemple, présentent des capacités d'accueil supérieures de 100% aux besoins, et le nombre moyen de cas en traitement est supérieur aux taux enregistrés ailleurs : 400 cas de dialyse pour 1million d'habitants contre 360 pour les pays industriels (PNUD).

En 1983, un rapport de l'O.M.S<sup>9</sup> a noté que : "le fait que la santé est considérée comme n'importe quelle marchandise, a amené à la prolifération de cliniques de qualités diverses incapables d'offrir des services semblables à ceux offerts par les grands hôpitaux. Ceci est une preuve que le système de santé au Liban basé sur le profit, est incompatible avec les besoins de la population".

Quant aux hôpitaux publics, ils sont régis par les statuts de l'administration publique et sont soumis à l'étroite tutelle du Ministère de la santé. Ayant conclu que les causes essentielles de la paralysie et de l'inefficacité de ce secteur sont liées à la forte centralisation administrative et financière, on a promulgué à partir de 1978, une série de législations, connue sous le nom de "décrets d'autonomie des hôpitaux publics", qui sont restées lettres mortes.

Pour ce qui concerne le médicament, il présente au sein du secteur de la santé au Liban le sujet le plus débattu depuis le début des "années 70". Le problème essentiel se pose au niveau de la hausse des prix résultant de la structure oligopolistique du marché. Cette structure est surtout favorisée par la législation commerciale qui accorde le droit de l'exclusivité de l'importation aux agents des sociétés et firmes vendant des marchandises de marques déposées. La hausse des prix résulte aussi de la politique suivie par les firmes multinationales. En effet, il est connu que l'industrie pharmaceutique est celle qui attire le plus de critiques. On dénonce le niveau très élevé des prix de ses produits et de ses profits, la très forte concentration qui caractérise ce secteur, ses méthodes de promotion, et la multiplication des produits sans avantages thérapeutiques et comportant souvent des risques pour la santé.

Les dépenses sur les médicaments estimées à 362 millions en 1997, représentent au Liban 30 à 40% du total des dépenses de santé<sup>10</sup>. Il existe sur le marché 6000 types de médicaments en plus des médicaments génériques (Ministère de la santé). Par ailleurs, 887 médicaments sur le

---

<sup>9</sup> WHO, Reconstruction of health sector in Lebanon, 1983.

<sup>10</sup> Chbarro Housni, Etude statistique du marché du médicament au Liban, 1997.

marché libanais ne sont pas enregistrés par la commission technique du ministère de la santé, et 86 sont retirés du marché dans les pays d'origine<sup>11</sup>.

Les mesures qui ont été prises pour trouver un remède au problème du médicament ont été vouées à l'échec. C'est le cas de la loi concernant "l'Office du Médicament" qui, depuis 1971, est restée lettres mortes<sup>12</sup>.

## **2. Le financement des dépenses de santé**

L'Etat a adopté toute la gamme des systèmes de financement des dépenses de santé connus dans le monde, abstraction faite de leur finalité ou de la philosophie qui les sous-tend. En effet, ce financement se présente selon trois modalités principales : publique ou fiscalisée, parapublique ou "socialisée", et privée.

### **2.1. Le financement public**

Les dépenses publiques en matière de santé c'est à dire celles relevant du budget de l'Etat émanent de plusieurs ministères et organismes autonomes : les Ministères de la santé, de la défense, de l'intérieur et des affaires sociales, la Mutuelle des fonctionnaires et le Conseil du Sud. L'Etat participe aussi au financement des prestations maladie et maternité de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

#### **2.1.1. Le ministère de la santé.**

Avec la création du ministère, plusieurs rôles lui ont été assignés<sup>13</sup> : "l'amélioration du niveau de la santé publique en assurant la prévention, le traitement des indigents et le contrôle des institutions sanitaires privées conformément aux législations concernant ces dernières ; la proposition de projets de loi relatifs à tous les secteurs de la santé". Ainsi, le traitement des indigents n'était nullement lié à des considérations de justice sociale ou de droit à la santé, mais au risque que représentaient les maladies des indigents pour la santé publique.

---

<sup>11</sup> Idem.

<sup>12</sup> Ce projet n'a jamais vu le jour. En 1972, la loi appliquée par le décret 3197, a prévu la création de "l'Office National du Médicament" permettant à l'Etat d'intervenir sur le marché en vue d'y introduire des mécanismes concurrentiels. Le décret 3195 du 13/05/1982 a renforcé encore ses prérogatives. Ce projet a été réactivé au début des "années 90", mais jusqu'à présent on n'a fait que nommer un conseil d'administration.

<sup>13</sup> Article 2 du décret 8377 en date du 30/12/1961, relatif à l'organisation de ce ministère.

Les activités du Ministère de la santé en matière de prestations maladie sont diversifiées. En plus des services de prévention<sup>14</sup>, le Ministère assure des soins hospitaliers dans les deux secteurs public et privé, des consultations médicales dans les dispensaires publics, et des biens médicaux composés essentiellement de médicaments. Cependant, l'analyse du budget de ce ministère révèle qu'il tient lieu à l'heure actuelle d'un organisme d'assistance publique, et encore sous une forme très particulière : une assistance fournie en quasi-totalité par le secteur privé. En effet, plus de 80% du budget de ce Ministère sont consacrés depuis quelques années à l'hospitalisation dans le secteur privé contractuel. Ces prestations sont attribuées à "tout libanais incapable de supporter les coûts d'hospitalisation, à condition qu'il ne soit pas adhérent à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, à la mutuelle des fonctionnaires, ou à tout autre organisme d'assurance maladie relevant du secteur public ou privé"<sup>15</sup>. Dans certains cas (dialyse, cancer et opérations cardio-vasculaires), tout libanais peut être pris en charge par le Ministère.

Les bénéficiaires sont traités en "3<sup>ème</sup> classe" dans un hôpital choisi parmi les hôpitaux contractuels, et supportent un ticket modérateur de 15% (certaines personnes en sont dispensées comme les blessés de guerre, les handicapés, etc.). La rémunération des hôpitaux, était faite sur base d'un prix de journée forfaitaire jusqu'en 1977, elle est désormais à l'acte.

### **2.1.2. Les Ministères de la défense et de l'intérieur**

Le Ministère de la défense et celui de l'intérieur accordent aux éléments des forces armées et de sécurité intérieure (en service effectif, invalidés et à la retraite) et à leurs ayant droits des prestations-maladie financées par le Ministère des finances sous forme de crédits figurant dans le budget de chacun de ces deux Ministères. Les prestations couvrent les services ambulatoires, hospitaliers et les biens médicaux. Les soins sont entièrement gratuits, et offerts dans les institutions médicales militaires ou civiles, publiques ou privées.

Par ailleurs, des prestations analogues sont accordées aux forces de Sécurité d'Etat à travers le budget alloué à la Présidence du Conseil des Ministres.

### **2.1.3. La Mutuelle des fonctionnaires.**

---

<sup>14</sup> Les crédits alloués à la prévention dépassent rarement 2% du budget du Ministère de la santé.

<sup>15</sup> Circulaire du ministère de la santé concernant "les droits et devoirs des malades hospitalisés pour le compte du Ministère de la santé" (1983).

La Mutuelle des fonctionnaires<sup>16</sup>, est une caisse autonome accordant des prestations sociales (maladie, mariage, décès, natalité, éducation) aux fonctionnaires de l'Etat et à leurs ayants droit "en attendant que la Caisse Nationale de Sécurité Sociale puisse en prendre la relève"<sup>17</sup>. Elle est financée par une cotisation des adhérents fixée à 1% de leur traitement brut de base, une contribution annuelle de l'Etat égale à 6% du total des traitements annuels de base des adhérents, des donations et des bénéfices des investissements effectués par la Mutuelle.

Les fonctionnaires de toutes les administrations publiques, de l'Université Libanaise et de la justice (sauf l'armée et les forces de sécurité intérieure) sont tenus d'y adhérer obligatoirement. L'adhésion des offices autonomes et des municipalités y est possible, après accord entre le conseil d'administration de la Mutuelle et chacune de ces institutions sur les modalités de l'adhésion.

Au cas d'une maladie ou accident causés par la fonction, le fonctionnaire a le droit d'être soigné dans un hôpital public, mais quand le traitement adéquat n'y est pas disponible, il a droit au remboursement à 100% de ses factures dans un hôpital privé. Au cas d'une maladie non causée par la fonction, le montant des aides, est fixé à : 90% du total des frais occasionnés par la maladie du fonctionnaire, de son conjoint ou de ses enfants, et 75 % pour les autres ayants droit. Par ailleurs, le niveau des prestations est hiérarchisé : les fonctionnaires des trois premières catégories ont droit à un lit de première classe, ceux de la quatrième catégorie à un lit de seconde classe, et ceux de la cinquième catégorie à un lit de troisième classe.

#### **2.1.4. Les participations au financement de l'assurance maladie et maternité**

En vertu du code de la Sécurité Sociale<sup>18</sup>, l'Etat participe au financement de la branche assurance maladie et maternité de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale en lui versant 25% du total des prestations annuelles.

#### **2.1.5. Le Ministère des affaires sociales**

Pour ce qui concerne le Ministère des affaires sociales, ses activités en matière de santé se font dans le cadre des centres médico-sociaux qu'il gère soit en coopération avec le secteur privé, soit indépendamment. Ces centres qui sont au nombre de quarante, offrent des services divers : consultations médicales, protection maternelle et infantile, lutte contre l'analphabétisme et éducation sanitaire. Le Ministère a élaboré un plan d'action selon lequel 80 centres médico-

---

<sup>16</sup> Créée par la loi appliquée par le décret 14273 en date du 29/10/1963.

<sup>17</sup> Article 4 du décret 14273.

sociaux seraient créés dans toutes les régions libanaises, desservant chacun une zone de 30000 à 40000 habitants. Ces centres devraient participer à la prestation de services de santé primaire en coopération avec le ministère de la santé et avec le secteur associatif dans le cadre de l'application du programme de soins de santé primaires en vue de la "santé pour tous".

En 1999 le budget du Ministère était de 684 milliards de L.L dont 6 milliards alloués à des "programmes sanitaires et sociales en coopération avec le secteur associatif", 500 millions au "Centre Médico-Social", et 200 millions au "Centre médico-Social pour handicapés".

#### **2.1.6. Le Conseil du Sud.**

Le Conseil du Sud a pour mission de venir en assistance à la population du Sud et de la Békaa-Ouest, à la suite des raids israéliens<sup>19</sup>. En matière de santé, il finance des dispensaires, et rembourse les frais d'hospitalisation aux habitants de ces régions, sans que ces derniers ne soient nécessairement blessés ou parents d'une victime. Selon les sources du Conseil, les informations concernant le montant de ces prestations ne sont pas disponibles vu que sa comptabilité ne fait pas l'inventaire détaillée des différentes prestations.

#### **2.2. Le financement parapublic**

Le financement parapublic se fait essentiellement à travers la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Il s'agit d'une institution autonome à caractère social, gérée par les partenaires sociaux, jouissant d'une autonomie financière et administrative et soumise à la tutelle du Conseil des Ministres et du Ministère du Travail. Créée en 1963 par la loi appliquée par le décret 13955 largement inspirée des législations françaises, elle comprend quatre branches financièrement autonomes : la caisse des allocations familiales, la caisse des indemnités de fin de service, la caisse d'assurance maladie et maternité et la caisse des accidents de travail et maladies professionnelles.

Le financement de la C.N.S.S, est assuré par des sources diverses : les cotisations supportées essentiellement par l'employeur, les revenus des fonds employés et les subventions exceptionnelles de l'Etat accordées en cas de catastrophe nationale entraînant un déficit de la Caisse.

L'assurance maladie obligatoire couvre les salariés libanais (et leurs ayants droit) travaillant dans une entreprise non agricole pour le compte d'un employeur libanais ou étranger, et les

---

<sup>18</sup> Article 73 alinéa 2.

salariés libanais (non fonctionnaires) de l'Etat, des municipalités ou de n'importe quelle autre institution publique quelle que soit la forme de leur contrat.

La loi de 1963 a prévu la généralisation de la couverture à toute la population selon trois étapes. La deuxième devrait débiter deux ans au plus après la mise en fonction de la dernière branche, et élargir la couverture à certaines catégories de la population. La troisième étape devrait débiter après deux ans au plus de l'application de la deuxième, et généraliser la couverture à toute la population. Or jusqu'à présent, la première étape n'est pas encore achevée puisque la branche accidents de travail et maladies professionnelles n'est toujours pas entrée en fonction. Cependant, à partir de 1972 la couverture par la caisse a été étendue à plusieurs catégories : les étudiants universitaires libanais, les médecins conventionnés, le personnel enseignant des écoles privées, les chauffeurs de taxi ainsi que les vendeurs de journaux.

Les prestations sont accordées en cas de maladie non causée par un accident de travail, et en cas de maternité. Elles comprennent : les soins ambulatoires (à l'exception de la médecine dentaire), les biens médicaux (médicaments et appareils de prothèse et d'orthopédie figurant sur la liste de la Caisse), et les soins hospitaliers. La Caisse couvre 70% des frais de soins ambulatoires et de biens médicaux en cas de maladie et 100% en cas de maternité. En cas d'hospitalisation, elle couvre 90% des frais. Par ailleurs, les bénéficiaires doivent être traités soit dans les hôpitaux publics, soit dans les hôpitaux privés contractuels, et par des médecins et des auxiliaires médicaux conventionnés, tenus à appliquer des tarifs fixés par la Caisse.

En 1999, l'effectif des entreprises adhérentes à la CNSS, s'élevait à 34536, en plus de 20 offices publics autonomes. Le nombre d'assurés à 372956 (à l'exception des étudiants universitaires). Quant au nombre de bénéficiaires, il est estimé à 1200000 soit le tiers environ de la population libanaise.

Signalons par ailleurs que les municipalités peuvent créer, gérer, participer ou aider à l'exécution de projets en matière de santé tels les dispensaires, hôpitaux et sanatoriums<sup>20</sup>. Toutefois, on est dans l'impossibilité de déterminer le nombre des bénéficiaires des prestations accordées par ces organismes, ainsi que le montant des dépenses.

### **2.3. Le financement privé**

---

<sup>19</sup> Décret-loi 14649 en date du 12/06/1970.

<sup>20</sup> en vertu du décret-loi 118 du 30 Juin 1977,

Le financement privé des dépenses de santé se fait soit directement par les ménages, soit indirectement par l'intermédiaire de contrats avec des compagnies d'assurance privées. Le secteur privé d'assurance maladie a connu un développement remarquable au cours des dix dernières années, favorisé par les défaillances du secteur public. 65 compagnies d'assurance privées sont actives dans le domaine de l'assurance santé dont les dépenses ont été estimées en 1997 à 250 millions de dollars. Par ailleurs, de grandes disparités géographiques s'observent au niveau de la couverture par ses compagnies : 73% des assurés résident à Beyrouth et au Mont-Liban (Association des compagnies d'assurance au Liban).

Par ailleurs, le secteur associatif, gère 75% des dispensaires<sup>21</sup> (500 environ) où sont dispensés des soins de médecine ambulatoire et des médicaments à des tarifs symboliques. Très actif pendant la guerre, ce secteur connaît à l'heure actuelle des difficultés dues au manque de fonds qui provenaient essentiellement des donations et aides des ONG internationales ainsi que des milices et partis politiques.

### **3. Dépenses de santé et étendue de la couverture sociale**

Les dépenses globales de santé au Liban représentent environ 9,2% du PIB, et s'élevaient en 1997 à 2231 milliards de L.L par an soit environ 1,5 milliard de dollars. Le financement de ces dépenses est assuré en grande partie par les ménages (53,8%). Les parts des autres sources de financement se présentent comme suit : les compagnies d'assurance privées 16,1% ; le Ministère de la santé 11,2% ; la Caisse Nationale de Sécurité Sociale 9% ; le Ministère de la défense 3,7% ; le Ministère de l'intérieur et la Sécurité d'Etat 3,1% ; la Mutuelle des Fonctionnaires 1,9%, et les différentes caisses mutuelles 1,3% (Institut des Recherches et Consultations cf. tableau 1 en annexe).

Par ailleurs, selon l'Administration Centrale de la Statistique, le montant des dépenses en 1997 s'élevaient à 1832 milliards de L.L dont 44% sont supportées par les ménages (cf. tableau 2 en annexe). Selon d'autres sources, les ménages supportent 62% des dépenses, le secteur public 31%, et les autres organismes 7% (PNUD 1997).

En 1998, les dépenses de santé financées par les fonds publics et par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'élevaient à 550666246000 L.L (soit 367110830 U.S \$). 75,5% de ces dépenses vont au secteur hospitalier. La part de l'hospitalisation dans le total des dépenses varient selon l'organisme financeur : Ministère de la santé 99,8% ; Mutuelle des fonctionnaires

---

<sup>21</sup> Ministère de la santé, Etude exhaustive sur la santé maternelle et infantile, 1996.

55,5% ; Ministère de la défense 85,6% ; Ministère de l'intérieur 64,8% et la CNSS 54,6% (cf. tableau 3 en annexe).

Au total, ces organismes auraient couvert en 1998, 333828 cas d'hospitalisation répartis sur 1358558 journées. La durée moyenne de séjour est de 4 jours et le coût moyen d'une journée de 332000 L.L. (cf. tableau 4 en annexe).

En 1999, les crédits alloués aux prestations de santé curative accordées par les différents ministères concernés (à l'exception du Ministère des affaires sociales) s'élevaient à 297730500000 L.L. Par ailleurs, les crédits alloués à cet effet aux Ministères de la défense, de l'intérieur et aux forces de sécurité d'Etat (par le biais du budget de la présidence du conseil des ministres) représentaient 36,7% du total des crédits alloués au Ministère de la santé et 45% de ceux alloués aux prestations de santé curative de ce dernier (cf. tableau 5 en annexe).

Pour ce qui concerne l'étendue de la couverture du risque maladie, on estime à 58,2% les ménages ne bénéficiant d'aucune couverture. Les assurances relevant du secteur public couvrent 13,1% des ménages, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale 15,2%, et les compagnies d'assurance privée 13,8% (Direction Centrale de la Statistique, cf. tableau 5 en annexe).

Selon la Banque Mondiale, 20% de la population libanaise sont couverts par une assurance relevant du secteur public, 28% par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, 8% par les compagnies d'assurance privées et les autres types d'assurance, et 44% de la population ne bénéficient d'aucune couverture.

#### **4. Les dysfonctionnements et problèmes du système**

Avec des dépenses de l'ordre de 10% du PIB, une gamme complexe de régime de couverture qui exclue 58% des ménages, quel serait l'impact du système de santé?

La mesure des résultats du système et de son effet sur l'état de santé de la population s'avère une tâche difficile voire même impossible. Le recours à certains indicateurs de l'état de santé comme l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile, et à des comparaisons internationales ne semble guère adéquat. Les études ont montré que, d'une façon générale, la corrélation de ces indicateurs avec les dépenses médicales est faible et que les services de soins accaparent une grande part des ressources alors que leur contribution à l'amélioration de l'état de santé est relativement faible. Par contre l'influence des facteurs sociaux, environnementaux et culturels dans ce domaine reste déterminante.

Les problèmes du système de santé au Liban relèvent d'une part de facteurs qui lui sont externes notamment d'ordre économique et politique, et d'autre part, ils sont inhérents à son organisation.

Le système politico-économique est proche du libéralisme sauvage où dominent des groupes d'intérêts, et se caractérise par des relations qui relèvent du clientélisme. La santé fait partie de la gamme de "services" auxquels le citoyen devrait normalement avoir droit mais ne peut y accéder compte tenu des structures du système. Dans ce contexte, les aides en matière de santé représentent un domaine privilégié pour l'action des politiques et de ceux qui aspirent à des postes notamment parlementaires. Par ailleurs, la crise économique dans laquelle sombre le pays depuis quelques années a renforcé la paupérisation de la population et aggravé les inégalités sociales. L'écart entre les prix des soins de santé et le niveau de revenu<sup>22</sup> s'est élargi, surtout que les prix de ces services ont augmenté à un rythme supérieur à l'indice général des prix (cf. graphique 1 en annexe).

L'analyse des modalités de financement révèle que la santé représente pour l'Etat une préoccupation considérable. En effet, il intervient en tant qu'employeur pour couvrir les dépenses de santé de ses fonctionnaires, il intervient ensuite au profit des salariés du secteur privé en imposant une couverture sociale et en participant à son financement (25% des prestations maladie de la CNSS), il intervient finalement pour prendre en charge le financement des dépenses d'hospitalisation des personnes ne profitant d'aucune couverture sociale. Toutefois, l'impact de cette politique ne semble pas être positif sur les plans social et économique.

Le système de financement public de couverture du risque maladie est le fait d'une dizaine de régimes parfaitement cloisonnés. Cette fragmentation entraînant la croissance de frais administratifs, ajoutée à la faiblesse du contrôle sur les établissements conventionnés de production de soins, ont favorisé des comportements pervers maximisateurs de revenu et amené à un gaspillage des ressources. Ce gaspillage a été favorisé notamment par le système de rémunération à l'acte<sup>23</sup>. La durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les patients couverts par

---

<sup>22</sup> Un exemple banal peut illustrer la situation : le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en 3<sup>ème</sup> classe financé par les organismes publics est estimé à environ 330000 L.L. Ce montant est supérieur au salaire minimum mensuel au Liban, ce qui signifie qu'un employé rémunéré sur la base du salaire minimum, devrait déboursier plus que son salaire mensuel pour pouvoir passer une journée à l'hôpital.

<sup>23</sup> La rémunération des hôpitaux contractuels était faite sur base de prix de journée jusqu'en 1977, avec l'introduction de la rémunération à l'acte, la durée moyenne de séjour dans ces hôpitaux a diminué de 39% en 1979, et de 13,3% en 1982. Le coût moyen par patient, abstraction faite de l'inflation, a connu une progression considérable due surtout à la multiplication des actes (O.M.S).

une assurance publique ou par la Sécurité Sociale est estimée à 4 jours. Cette durée varie entre 6 et 14 jours dans les pays de l'OCDE.

Le financement des soins hospitaliers dans le secteur privé par le Ministère de la santé tend de plus en plus à dévorer la quasi-totalité du budget du Ministère. Selon un rapport de l'O.M.S établi en 1983<sup>24</sup>, le secteur privé *“est riche et puissant en termes de personnel, d'équipements et de ressources. Il opère dans un contexte d'absence de tout contrôle. Les tarifs fixés officiellement ne sont point appliqués et il existe des preuves substantielles sur des factures gonflées et falsifiées, comprenant souvent des tarifs pour des services fictifs”*. Des obstacles techniques administratives et politiques ont empêché le Ministère de profiter de la position de force dont il dispose théoriquement face aux hôpitaux privés. Cette position devrait lui assurer des conditions contractuelles plus favorables avec un secteur hospitalier privé dont les revenus dépendent principalement des fonds publics.

Par ailleurs, le système de financement public supposé garantir la justice sociale, représente lui-même une source d'injustice. Il laisse à l'écart une large proportion de libanais. En plus, les personnes qui bénéficient d'une couverture sociale acquittent des cotisations, bénéficient de prestations et participent aux frais de ces prestations à des taux qui diffèrent selon l'organisme de couverture. En plus, il faut s'interroger théoriquement au sujet de la philosophie d'un financement fiscalisé qui n'assure pas une couverture universelle. Cette question reste à débattre vu les caractéristiques inégalitaires du système fiscal au Liban.

Pour ce qui concerne les prestations de l'assistance publique, l'annulation en 1972 du “certificat d'indigence” requis pour pouvoir en profiter, n'exclue pas le caractère humiliant de la procédure qui relève toujours de l'assistance plus que du droit à l'accès aux soins. Aussi, est-il légitime de s'interroger sur la qualité des soins fournis à ces personnes connues dans le secteur sous l'appellation péjorative de “malades du ministère”.

Pour ce qui concerne le système de Sécurité Sociale, les modalités de prélèvements ne sont pas instaurées dans une optique redistributive, les cotisations étant calculées sur une tranche plafonnée du revenu. En plus, certaines conditions de couverture ont amené à certaines situations caricaturales. En effet, à l'heure actuelle, un directeur général d'une entreprise ou d'une banque au Liban bénéficie d'une assurance sociale, tandis que sa bonne n'en bénéficie point. De même, un assuré mis au chômage, serait automatiquement exclu et dans un délai de trois mois, quelle que soit la raison pour laquelle il a perdu son travail. Par ailleurs, selon les

sources de la Caisse, on estime à 50% environ, les entreprises qui échappent encore à la souscription à la caisse laissant leurs employés sans couverture médicale.

Signalons enfin que, la couverture du risque maladie n'est souvent que théorique. En effet, les médecins et hôpitaux conventionnés appliquent des tarifs supérieurs à ceux fixés par les différents organismes de prise en charge. Le malade se trouve souvent contraint à déboursier bien plus que le ticket modérateur prévu.

Bref, le système de santé au Liban résulte d'une compilation de décisions fragmentaires prises en réponse à des problèmes immédiats et souvent à des intérêts d'ordres divers plutôt que d'une planification visant des objectifs déterminés.

C'est un système à deux vitesses, qui malgré l'organisation d'une prise en charge collective des dépenses, reste très loin du principe du droit d'accès universel aux soins. Il est proche de la décentralisation sauvage où l'intérêt de la collectivité est subordonné à celui des agents fournisseurs de soins. L'organisation et la gestion du système l'inclinent à fonctionner dans l'intérêt des offreurs. Ces derniers qui sont en même temps prescripteurs bénéficient d'une large liberté ce qui permet toutes les manipulations qu'elles soient conscientes ou non. L'augmentation des capacités des hôpitaux sans rapport avec les besoins de la population, le recours croissant à des technologies sophistiquées génératrices de profits et la pléthore de médecins formés à l'utilisation de ces méthodes coûteuses engendrent une croissance des dépenses. Les modalités de financement et de rémunération renforcent le lien pervers entre le revenu des prestataires et le volume des soins et incitent à l'accroissement de ce volume. Enfin, le médicament est vendu sur un marché libre loin de toute régulation et où les activités ont une finalité unique : la recherche du profit maximum.

## **5. Pour une nouvelle politique de santé.**

Compte tenu des problèmes essentiels du système de santé au Liban, l'objectif de toute nouvelle politique de santé serait de rechercher plus d'efficacité du système et plus d'équité sociale en garantissant le droit à la santé.

La notion d'équité sociale reste vague et son interprétation varie suivant le système de valeurs, cependant elle ne signifie en aucun cas, offrir des services gratuits aux pauvres -comme le laisse entendre le discours politique au Liban- mais plutôt, assurer à tous le droit d'accéder à

---

<sup>24</sup> WHO, Reconstruction of health sector in Lebanon, 1983.

des soins de bonne qualité en respectant la dignité humaine. En d'autres termes, droit à la santé ne signifie point assistance publique et charité.

Comme on l'a déjà signalé plus haut, élaborer une nouvelle politique de santé suppose une grande modestie car les limites de toute réflexion se dessinent très vite. Comment réclamer une responsabilité accrue en matière de santé à un Etat pauvre, endetté et doté d'une administration inefficace? Comment réclamer un désengagement de l'Etat de son rôle de financeur aveugle du système dans le contexte politico-économique actuel? Quel rôle doit (ou peut) avoir l'Etat dans le domaine de la santé, et jusqu'où va sa responsabilité quant à la santé des Libanais? Comment résoudre l'équation : assurer l'accès universel aux soins et l'équité sociale en matière de santé par une solidarité nationale et une intervention de l'Etat, avec un système fiscal extrêmement loin de cette finalité?

En effet, pour entamer une réflexion en vue d'une nouvelle politique de santé, il est indispensable de partir de certains constats :

1. Un système de santé idéal n'existe pas ou n'existe nulle part jusqu'à cette date. Tous les systèmes font face à des problèmes dont la gravité est appréciée en fonction des systèmes de valeur et des choix politiques. Il s'agit donc de chercher par quel type d'organisation arriver à un minimum d'inconvénients.
2. Le système de santé fait partie du système politique économique et social global et est façonné par ces systèmes, la difficulté de réformer le système de santé relève moins de la stérilité des idées que des possibilités concrètes de leur réalisation.
3. Pour dépenser mieux, il faut mieux savoir ce que l'on dépense, comment et pour qui. Or à l'heure actuelle, l'information dont nous disposons est loin d'être suffisante.
4. Pour penser à de nouveaux modèles d'organisation de soins, il faut savoir à quoi on a affaire, quels types de maladies caractérisent le plus notre société? Une étude globale sur la morbidité de la population est à ce niveau indispensable. Aussi, serait-il indispensable de savoir à qui on a affaire, en d'autres termes, repérer les attitudes et le système de valeurs des libanais concernant cette question en plus de leur capacité de participation au financement des soins, et engager de larges consultations avec les agents concernés.

Par ailleurs, il est indispensable de banaliser le vocabulaire concernant la santé et arriver à le dénuder du halo démagogique qui l'entoure. Le secteur de la santé est un secteur économique parmi d'autres, le patient est un demandeur et un consommateur de soins, et le secteur médical est un prestataire qui offre des soins en contrepartie d'une rémunération. Il est surtout important

de reconnaître que le système de santé est un lieu où les intérêts des différents agents sont en conflit : le patient peut avoir une tendance à la surconsommation quand il profite d'une couverture sociale, le médecin, comme tous les agents économiques, peut avoir tendance à favoriser la surconsommation, puisque son revenu est corrélé positivement avec la croissance de la consommation, les gestionnaires publics peuvent avoir d'autres finalités que la poursuite d'un intérêt général, etc. Bref, pour penser à une régulation en vue d'une meilleure efficacité, il faut reconnaître que les agents concernés ne sont pas désintéressés et donc n'agissent pas uniquement dans le sens de l'intérêt général.

Face à cette situation, deux voies sont traditionnellement proposées. La première qui consiste à renforcer le contrôle s'avère difficile et onéreuse. En effet, si l'on admet que des représentants du corps médical peuvent apprécier jusqu'à un certain degré l'opportunité de l'action des producteurs, il reste que les dispositifs à mettre en place seraient très complexes puisqu'on risque d'entrer dans le cercle de contrôle des contrôleurs. La seconde voie consiste à rechercher des modes d'organisation et de financement fondés sur les incitations. En d'autres termes, il s'agit de mettre en place des mécanismes qui, tout en reconnaissant les intérêts des agents concernés, les incitent à agir autant que possible dans le sens de l'intérêt de la collectivité.

En effet, dans un pays comme le Liban où la production de soins est laissée presque exclusivement à l'initiative privée, la volonté de renforcer un contrôle centralisé par une administration qui souffre de problèmes graves et chroniques, relève logiquement de l'utopie même si la part du financement public est considérable.

Dans l'objectif de concilier efficacité et accès aux soins, et s'inspirant des orientations de réformes actuelles dans le monde, on pourrait imaginer pour le Liban un schéma qui repose sur les principes suivants :

1. assurance maladie obligatoire pour tous les Libanais,
2. désengagement de l'Etat de son rôle de financeur de prestations et de producteur de soins, et renforcement de son rôle régulateur,
3. introduction d'une organisation basée sur des mécanismes incitatifs,
4. participation de l'Etat aux cotisations et primes d'assurance pour une "protection optimale" de tous les Libanais,
5. grande part de responsabilisation des consommateurs.

L'assurance maladie obligatoire pourrait être proposée soit par des compagnies d'assurance privées, soit par des caisses d'assurance-maladie décentralisées et autonomes, gérées par les partenaires sociaux sous la tutelle de l'Etat et basées sur le principe de solidarité. Ces caisses pourraient être créées à l'initiative d'associations de catégories professionnelles ne faisant pas partie du système de sécurité sociale actuel. Le dernier cas est certes préférable compte tenu de la difficulté de régulation du marché privé d'assurance, toutefois il comporte des faiblesses, car étant à but non lucratif, les incitations à une meilleure efficacité de gestion au sein de ce secteur restent limitées.

Ces compagnies ou caisses d'assurance, auraient pour rôle d'intervenir non seulement comme financeurs mais comme acheteurs et intermédiaires entre offreurs et demandeurs. Chaque compagnie ou caisse prendrait en charge des assurés qui y adhèrent librement moyennant une prime annuelle forfaitaire, et leur assure toute la gamme de soins (soins ambulatoires, soins hospitaliers et pharmacie). Les caisses ou compagnies d'assurance s'associeraient avec des médecins (généralistes et spécialistes), les généralistes ou les médecins de famille agiraient comme médecins de première ligne et comme filtre d'accès aux autres producteurs de soins. Les médecins associés supporteraient les risques financiers avec la compagnie d'assurance, ils seraient ainsi incités à éviter la surconsommation et à maintenir leurs assurés en bonne santé. Les compagnies négocient et passent des contrats avec les hôpitaux sur base de la qualité et des prix, selon des mécanismes d'appels d'offre et des modes de tarification inspirés des formules en passe d'être appliquées dans tous les pays développés (tarification par cas).

Bref, il reviendrait à chaque compagnie ou caisse de s'organiser de la manière la plus efficace et présenter les meilleures offres pour attirer de la clientèle. Des mécanismes de concurrence dans ce secteur seraient mis en place : les compagnies d'assurance par les assurés, et les producteurs de soins par les compagnies ou caisses d'assurance.

Si ce mécanisme est susceptible d'assurer "théoriquement" une meilleure efficacité en comprimant les prix et en préservant la qualité des soins, il reste à trouver les moyens pour assurer un accès universel aux soins. Dans cet objectif, L'Etat pourrait, avec les ressources qu'il consacre aux prestations de santé curative, participer au paiement d'une proportion des primes permettant une protection minimale pour tous Libanais, quel que soit son niveau de revenu. La protection optimale comporterait essentiellement les soins ambulatoires, les médicaments, et les soins hospitaliers en 3<sup>ème</sup> classe, avec la possibilité laissée aux personnes d'opter pour une assurance supplémentaire. Idéalement, la participation de l'Etat devrait être plus importante

pour ce qui concerne les faibles revenus, toutefois, ça risque de compliquer la procédure et d'alourdir les charges administratives.

En vue de l'application de ce schéma, L'Etat devrait suspendre les prestations publiques en matière de santé curative (dans une première étape la Caisse Nationale de Sécurité Sociale qui couvre environ le tiers des Libanais continuerait à fonctionner), et transférer les crédits alloués à cet effet au Ministère de la santé au sein duquel serait créé un département responsable de gérer ces fonds. Ce département versera aux compagnies ou caisses d'assurances, des participations forfaitaires aux primes en fonction du nombre de leurs adhérents et de leur répartition par âge. Ce forfait serait fixé par le Ministère après estimation d'une prime moyenne pour une "protection optimale". Par ailleurs, L'Etat devrait réglementer le fonctionnement de ces compagnies et caisses d'assurances en veillant notamment à interdire tout écrémage de la clientèle, et définir les moyens d'arbitrage et de médiation pour la résolution des conflits éventuels entre assureurs et assurés. Une commission spéciale pourrait être mise en place à cet effet (le secteur traditionnel d'assurance privée pourrait continuer à fonctionner).

L'application de ce schéma comporte des avantages aussi bien que d'inconvénients. Ce système présente l'avantage d'une gestion simple et n'exige nullement de bouleversements ni au niveau de l'infrastructure ni à celui des capacités de financement. En effet, le mode d'exercice de l'infrastructure en place est compatible avec ce schéma, les politiques allant dans le sens de l'expansion du rôle du secteur public en vue d'assurer une concurrence avec le secteur privé ne sont nullement réalistes.

Ce système aurait l'avantage d'assurer à tous les Libanais l'accès à une protection minimale de santé, de bonne qualité, avec le maintien d'une grande part de responsabilité du côté des consommateurs. L'imposition d'une assurance de santé obligatoire devraient résulter en une baisse de la valeur moyenne des primes. Cette tendance serait renforcée par la jeunesse de la population libanaise : 29% de cette population ont moins de 15 ans, et 7% ont plus de 65 ans<sup>25</sup>. Par ailleurs, l'implantation de ce système ne devrait pas susciter trop de résistances de la part des agents. Du côté des consommateurs, il est clair qu'ils ne sont attachés outre mesure au système en place, et du côté des offreurs, ça leur assurerait en quelque sorte un marché protégé.

---

<sup>25</sup> Enquête du Ministère des Affaires Sociales en 1996.

Cependant, trois obstacles majeurs restent à craindre. Le premier est représenté par la capacité effective des Libanais à payer des primes d'assurance même avec les subventions de l'Etat<sup>26</sup>.

En effet, dans le souci d'assurer une gestion simple, ce schéma ne prévoit pas une subvention de l'Etat favorisant les détenteurs de faibles revenus. Dans le cas où cet obstacle s'avère important, il faudrait rechercher les moyens pour y faire face. Une des alternatives possibles serait de mettre en place un dispositif permettant aux Libanais qui le désirent de s'inscrire sur les listes des dispensaires gérés soit par le Ministère de la santé soit par le Ministère des Affaires Sociales pour pouvoir bénéficier des soins ambulatoires et de pharmacie, et de bénéficier de subventions de l'Etat pour souscrire à une assurance pour le gros risque (soins hospitaliers) auprès d'une caisse d'assurance.

Le second obstacle réside dans la difficulté de régulation en cas de marché d'assurance privée notamment pour ce qui concerne la sélection de la clientèle. L'Etat ne peut interdire cette sélection qu'en assurant en contrepartie des ajustements en faveur des compagnies ayant une clientèle à haut risque. Vu que les mécanismes d'ajustement seraient très complexes, il incomberait à l'Etat de prendre en charge certains soins lourds relatifs à des maladies chroniques.

Le troisième problème est représenté par les prix du médicament. En effet les tentatives de régulation du marché depuis trente ans ont toutes été vouées à l'échec, vu qu'elles porteraient atteinte aux bénéfices de groupes d'intérêts puissants.

Quant au rôle du secteur public hospitalier au sein de ce schéma, il reste à étudier. La possibilité d'application des décrets d'autonomie pourrait rendre certains hôpitaux capables de jouer un rôle actif. Ils pourraient soit vendre leurs services aux caisses d'assurance, soit appliquer une politique qu'envisagerait l'Etat notamment en faveur des catégories défavorisées incapables de payer les cotisations ou les primes d'assurance.

---

<sup>26</sup> En 1997, le pourcentage des ménages ayant un revenu inférieur à 500000 LL était important et variait largement avec les régions : Beyrouth 14,3% ; Mont-Liban 11,4%, Békaa 20,5% ; Liban-Sud 33,2%, Banlieue de Beyrouth 12,4%; Liban-Nord 25,5% ; Nabatieh 21,5% (Administration Centrale de la Statistique).

## **Bibliographie**

- ⇒ Mougeot Michel, Systèmes de santé et concurrence, Economica, Paris, 1995.
- ⇒ OCDE, Nouvelles orientations dans la politique de santé, Etudes de politique de santé n° 7, Paris, 1995.
- ⇒ OCDE, La réforme des systèmes de santé, analyse comparée de sept pays de l'OCDE, Paris, 1992.
- ⇒ Azar Suzanne, La politique de santé au Liban depuis 1945, Anthologie, Beyrouth, 1995.

## ANNEXE

- ⇒ *Tableau 1 : Répartition des dépenses de santé selon la source de financement (1997).*
  - ⇒ *Tableau 2: Répartition des dépenses de santé selon la source de financement (1997).*
  - ⇒ *Tableau 3 : Dépenses publiques en matière de santé et dépenses de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale telles que présentées au Ministère des la santé en 1998 par les organismes de prise en charge (en L.L).*
  - ⇒ *Tableau 4 : Nombre de cas hospitalisés financés par les fonds publics et la CNSS en 1998, et durée moyenne de séjour*
  - ⇒ *Tableau 5 : Crédits alloués aux prestations maladie des différents ministères en 1999*
  - ⇒ *Tableau 6 : Taux de couverture des ménages par les divers types d'assurance maladie*
  - ⇒ *Tableau 7 : Evolution de l'effectif des assurés de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale entre 1992 et 1999*
- 
- ⇒ *Graphique 1 : Evolution de l'indice des prix et de l'indice des prix des soins de santé*