



Independent observer
of the Global Fund

Déterminer, analyser et accroître le financement intérieur de la santé

Le rapport publié par le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) ([Rapport consultatif sur le rôle et l'approche du Fonds mondial en matière de financement national de la santé \(FNS\)](#)) a été examiné par mes soins dans l'article 4. J'ai critiqué ce rapport parce qu'il ne contenait pas de données sur le FNS ni de discussions sur les différentes formes de FNS et qu'il témoignait d'un manque de compréhension de la complexité du sujet. Pour ceux qui s'intéressent au FNS, le présent article décrit les principales formes de FNS, explique certaines des difficultés rencontrées dans l'analyse du sujet et suggère des approches que le Fonds mondial pourrait adopter pour promouvoir l'augmentation du FNS dans les pays de son portefeuille.

Absence de données complètes, cohérentes et fiables

La première difficulté majeure est l'absence de données nationales complètes, cohérentes et fiables. La majorité des personnes intéressées se rendront probablement d'abord sur le site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais pour ceux d'entre nous qui ne travaillent pas avec l'OMS, l'accès à sa base de données sur le financement de la santé est quasiment impossible. Si vous êtes assez persévérant et chanceux pour accéder à la base de données, il est extrêmement compliqué et fastidieux d'y naviguer et son contenu est limité. Par conséquent, pour y accéder plus aisément, j'utilise la base de données en ligne de la Banque mondiale qui fournit, pour chaque pays et pour chaque année, les données suivantes:

- Dépenses courantes de santé (% du PIB)
- Dépenses courantes de santé par habitant (dollars US courants)
- Dépenses courantes de santé par habitant, PPP (dollars internationaux courants)

- Dépenses publiques intérieures générales pour la santé (% des dépenses courantes de santé)
- Dépenses publiques intérieures générales pour la santé (% du PIB)
- Dépenses publiques intérieures générales pour la santé (% des dépenses publiques générales)
- Dépenses publiques intérieures en matière de santé par habitant (en dollars courants)
- Dépenses publiques intérieures pour la santé par habitant, PPP (dollars internationaux courants)
- Dépense privée intérieure pour la santé (% de la dépense courante de santé)
- Dépense privée intérieure pour la santé par habitant (en dollars courants)
- Dépenses privées intérieures pour la santé par habitant, PPP (dollars internationaux courants)
- Dépenses personnelles (% des dépenses courantes de santé)
- Dépenses personnelles par habitant (en dollars courants)
- Dépenses personnelles par habitant, PPA (dollars internationaux courants)
- Population totale

À partir de ces données annuelles, il est possible de calculer les totaux estimés: (a) des dépenses courantes de santé; (b) des contributions des bailleurs de fonds; et (c) des trois composantes du FNS: gouvernementales, paiements directs et autres types de dépenses de santé non gouvernementales.

Ces données sont utiles à des fins de comparaison au fil du temps, mais, comme expliqué ci-dessous, elles ne sont ni complètes ni précises. Elles doivent donc être traitées avec prudence.

Quelques données pertinentes de l'OMS

Relativement aux critiques que j'ai formulées plus haut au sujet de la base de données de l'OMS sur le financement de la santé, je dois, en toute honnêteté, préciser que l'OMS publie un rapport annuel informatif sur les dépenses mondiales de santé. En ce qui concerne le FNS, il convient de souligner certains des messages clés du rapport 2021 de l'OMS sur la santé mondiale. On peut y lire qu'au cours de la période 2000-2019:

- Les dépenses de santé dans les pays à faible revenu ont été financées principalement par les paiements directs (44%) et l'aide extérieure (29%).
- L'aide extérieure a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies. Dans les pays fortement dépendants de l'aide extérieure, la priorité accordée à la santé dans les dépenses publiques a diminué au même rythme que l'augmentation de l'aide.
- Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, deux tiers en moyenne de l'aide extérieure pour la santé ont été consacrés aux maladies infectieuses, tandis que les dépenses publiques de santé étaient réparties de manière égale entre les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles.
- Près de la moitié des dépenses en soins de santé primaires (SSP) et hors SSP dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont été financées par des sources privées. Dans les pays à faible revenu, le reste était financé par l'aide extérieure (un tiers des dépenses totales en SSP et un cinquième des dépenses totales hors SSP) et par des sources gouvernementales (un cinquième des dépenses totales en SSP et un tiers des dépenses totales hors SSP).
- Le même rapport de l'OMS indique également que la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales a diminué en 2020 dans 15 des 22 pays pour lesquels des données sont disponibles.

Dépenses d'investissement contre dépenses courantes

Vous noterez dans les indicateurs de financement de la santé de la Banque mondiale énumérés ci-dessus l'utilisation de l'adjectif "courant". Ce terme est lié à la comptabilité publique qui sépare normalement les dépenses "courantes" des dépenses "d'investissement". En ce qui concerne la santé, je définis ces types de dépenses comme suit:

- Les dépenses courantes concernent les sorties financières à des fins opérationnelles pour le personnel, les médicaments, les autres biens et services consommés pendant l'année en cours et qui doivent être effectuées de manière récurrente pour soutenir la production et la prestation des services de santé.
- Les dépenses d'investissement concernent les sorties financières destinées à acquérir, améliorer et, dans certains cas, entretenir des actifs physiques tels que des biens immobiliers, des bâtiments, des laboratoires, des ambulances et des équipements médicaux majeurs. Ces dépenses ne sont pas comptabilisées dans les revenus de l'année au cours de laquelle elles sont engagées; elles sont plutôt enregistrées (ou "capitalisées") dans le bilan et leur valeur est étalée sur la durée de vie utile des différentes catégories d'actifs fixes.

Je vous prie de m'excuser pour le jargon de la comptabilité, mais j'essaie d'être clair et précis.

Les ministères sont normalement tenus de préparer deux séries de budgets: une pour les dépenses courantes et une pour les dépenses d'investissement. En supposant qu'il n'y ait eu aucun changement dans les circonstances économiques, sociales ou sanitaires et qu'un gouvernement ait entièrement dépensé son budget de santé actuel au cours d'une année, dans ce cas, son budget de dépenses courantes pour l'année suivante serait probablement le même. Toutefois, le budget des dépenses d'investissement varierait parce que les besoins d'acquisition, de modernisation et de gros entretien des actifs varient d'une année à l'autre.

La difficulté pour la plupart des gouvernements est qu'ils ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour répondre à tous les besoins en matière de dépenses d'investissement dans tous les secteurs; et beaucoup ont du mal à répondre aux besoins en dépenses courantes; et la pression sociale et politique a pour effet la priorisation des dépenses courantes. C'est la raison pour laquelle de nombreuses dépenses d'investissement sont souvent reportées; et, dans le secteur de la santé, cela a des répercussions sur l'étendue des services que les établissements de santé peuvent offrir et sur le développement du secteur. La production de rapports sur les dépenses d'investissement dans le domaine de la santé et les besoins non satisfaits ne font pas l'objet d'une attention suffisante.

Nécessité de se concentrer sur les dépenses réelles et non sur les budgets

Si vous avez lu des articles et des rapports sur le financement de la santé, vous avez peut-être remarqué la tendance de nombre d'entre eux à se référer aux budgets gouvernementaux. Dans la plupart des cas, les dépenses réelles du gouvernement en matière de santé sont inférieures – et parfois même largement

inférieures – au budget. Les dépenses courantes, qui doivent couvrir les frais de personnel, les services publics et autres frais de fonctionnement, sont susceptibles d'être proches du budget, à moins que les salaires ne soient payés en retard. Les dépenses d'investissement quant à elles doivent attendre que le gouvernement dispose des fonds nécessaires, soit par le biais de la collecte des impôts, soit par des emprunts.

Par ailleurs, les dépenses publiques pour la santé ne sont pas toujours engagées par/à travers le ministère de la Santé. D'autres ministères peuvent disposer de leurs propres infrastructures médicales (par exemple, le ministère de la Défense) et les budgets des ministères peuvent comporter des rubriques santé telles que les primes d'assurance. Par conséquent, il est rarement évident de savoir si les dépenses publiques pour la santé couvrent tous les ministères ou si elles ne concernent que le ministère de la Santé.

Je vous conseillerais d'ignorer les chiffres du budget, excepté pour les comparer aux dépenses réelles, et de vous concentrer sur les chiffres réels. Cela dit, il est parfois difficile d'obtenir des données réelles, notamment sur les dépenses d'investissement.

Types de FNS et champ d'application du rapport

Les différentes composantes du FNS ne sont pas toujours entièrement comprises, communiquées ou prises en compte de manière adéquate. Nous pouvons en citer les quelques exemples suivants:

Les dépenses publiques devraient faire référence à ce que le gouvernement a financé. Toutefois, le financement des bailleurs de fonds est traité différemment selon les pays. Certains prennent soin de rendre compte séparément des dépenses de santé financées par les bailleurs de fonds; d'autres incluent le financement des bailleurs dans les dépenses publiques lorsque ce financement a transité par le gouvernement. Dans ce dernier cas, la contribution du gouvernement au financement de la santé est donc surestimée.

Les gouvernements ont parfois recours à des prêts de sources extérieures pour financer les dépenses de santé. Les prêts peuvent être destinés à des projets/programmes de santé spécifiques ou au soutien économique (comme ceux du Fonds monétaire international) obtenus pour couvrir les dépenses publiques générales. On pourrait soutenir que les prêts externes devraient tous être traités comme des emprunts; mais on peut également faire valoir que les prêts spécifiques à un secteur devraient être traités comme un financement externe pour ce secteur, et pas simplement comme un emprunt global du gouvernement.

À terme, les prêts doivent être remboursés. En fin de compte, c'est la population qui paiera les impôts qui serviront à effectuer les remboursements. Pour cette raison, on pourrait faire valoir que les prêts représentent une forme temporaire de FNS. Cela peut sembler logique, mais ce n'est pas tout à fait rationnel. Tout d'abord, si des prêts externes sont contractés et que ces fonds sont utilisés au cours d'un

exercice particulier pour couvrir les dépenses de santé, alors ces prêts représentent une forme de financement externe et non un FNS au cours de cette période. C'est au cours de périodes ultérieures que les prêts, ainsi que les intérêts et les frais administratifs associés sont remboursés; et les gouvernements traitent alors ces remboursements en tant que service de la dette. En outre, l'avenir est incertain et il peut arriver qu'un gouvernement ne rembourse pas un prêt ou bénéficie d'un allègement de la dette. En définitive, la raison pour laquelle les prêts externes reçus ne sont pas considérés comme une forme de FNS est que, s'ils le sont, les remboursements devront être traités comme un FNS négatif (ce qui, bien entendu, ne se produira pas).

Les dépenses personnelles sont souvent sous-estimées, et les raisons varient d'un endroit à l'autre. Les faiblesses des systèmes de gestion et de comptabilité de la santé peuvent entraîner le non-enregistrement et/ou la non-déclaration des paiements directs. Toutefois, une raison commune est l'incidence des pratiques de corruption, notamment : les frais d'utilisation des services de santé qui ne sont pas déclarés, les surfacturations et les prestataires de services qui font payer aux patients des services et des médicaments qui devraient être gratuits. Il est difficile de s'attaquer à ces pratiques lorsqu'elles se sont enracinées et/ou lorsque le personnel médical et autre est sous-payé ou ne reçoit pas son salaire à temps. Si vous êtes familier avec le système de santé d'un pays donné, vous saurez si les paiements directs déclarés sont susceptibles (ou non) d'être sous-estimés de manière significative.

Si, à l'aide des données de la Banque mondiale, nous déduisons les paiements directs des dépenses privées totales pour la santé, il nous reste les "autres" formes de FNS. Ces "autres" formes de FNS et leur importance varient considérablement d'un pays à l'autre.

Dans de nombreux pays, il n'est pas clair si les primes d'assurance sont considérées comme des paiements directs ou si elles sont incluses dans les "autres" FNS. Nous avons tendance à supposer que c'est le cas, mais cette hypothèse est peut-être erronée. Il serait utile d'indiquer la valeur totale estimée des primes d'assurance et de préciser la part de la catégorie "autres" qui provient des compagnies d'assurance.

Il est également nécessaire de faire la distinction entre les régimes d'assurance obligatoire parrainés par l'État et l'assurance maladie volontaire privée.

L'incertitude règne également sur les dépenses du secteur privé de la santé. Certains pays disposent d'un système qui régleme le secteur privé, mais il en existe d'autres où la réglementation est faible et/ou n'est pas appliquée, de sorte que les données sur les revenus et les dépenses des établissements privés sont incomplètes. La médecine traditionnelle n'est pas réglementée et les dépenses dans ce secteur ne sont pas déclarées.

On parle rarement des employeurs; pourtant, ils jouent également un rôle variable dans le financement de la santé. Dans l'optique d'embaucher et de conserver un personnel compétent dans des pays où le niveau de vie est faible, certains employeurs peuvent décider de payer une assurance médicale ou de

prendre en charge les frais médicaux encourus par leurs employés et, éventuellement, les membres de leur famille. Dans les pays dont le système de santé est faible, certains employeurs de grande envergure mettent en place et financent leurs propres cliniques médicales. Là encore, il est souvent difficile de savoir si ces dépenses sont incluses dans le FNS.

Enfin, les dons et/ou le coût des services fournis par les organisations non gouvernementales (ONG) locales et nationales peuvent être inclus ou non dans le FNS déclaré.

En résumé, le FNS comprend:

Gouvernement	Paiements directs	Secteur privé – hôpitaux et cliniques	Employeurs – soutien aux employés et aux familles	ONG locales et nationales
Dépenses courantes de santé	Primes d'assurance privée	Services d'ambulance	Contributions aux régimes d'assurance maladie privés/publics	Contributions aux programmes de santé/ Projets / fonds
Dépenses d'investissement pour la santé	Contributions au régime national d'assurance maladie	Pharmacies	Frais de santé du personnel remboursés	Hôpitaux et cliniques
Cotisations au(x) régime(s) national(aux) de santé	Frais de services de santé officiels	Tradipraticiens	Cliniques internes gérées par des particuliers	
	Frais de services de santé non officiels	Dons individuels aux programmes de santé publique Dons aux programmes de santé publique		

En ce qui concerne les rapports sur le FNS, je voudrais mentionner le tableau de bord de l'Afrique sur les financements nationaux de la santé. Il s'agit d'un outil de plaidoyer que les États membres peuvent utiliser pour la planification financière et le suivi des dépenses. Toutefois, c'est un outil utilisé uniquement pour mesurer les dépenses liées au SIDA, à la tuberculose et au paludisme, et il n'est destiné à mesurer que l'objectif de la Déclaration d'Abuja en matière de santé, à savoir 15 % des dépenses publiques totales.

Différences au niveau de l'exercice comptable

Si vous examinez les rapports des bailleurs de fonds relatifs à leurs subventions aux pays et que vous comparez les montants déclarés avec les rapports des gouvernements sur les contributions des bailleurs de fonds à la santé, il est rare que vous puissiez rapprocher les deux. L'un des facteurs clés de cette situation réside dans le fait que les organisations ont des exercices comptables différents, qui ne coïncident souvent pas avec l'année civile. Cela complique davantage la compilation des données et masque les erreurs, notamment les omissions.

Nécessité de mettre en place des comptes annuels de la santé

Les sources de financement de la santé doivent être beaucoup plus claires. L'OMS a élaboré et publié "Un système de comptes de la santé 2011" qui fournit une méthodologie intégrée et complète pour le [suivi des dépenses de santé à travers un ensemble de comptes uniformes comparables entre pays](#). Le cadre, qui est axé sur la consommation finale, permet de suivre les flux de ressources à travers le système de santé: depuis ses sources (sources de financement, arrangements financiers), ses schémas de prestations de service (prestataires et facteurs de prestation), jusqu'à son utilisation (fonctions de soins de santé, maladies/programmes). Il est dommage que la plupart des pays bénéficiant de l'appui du Fonds mondial n'appliquent pas cette méthodologie alors qu'ils préparent et publient de manière systématique des comptes annuels de la santé. S'ils le faisaient, cela leur permettrait d'utiliser une méthodologie et un format de rapport communs, ce qui pourrait alléger le fardeau des rapports multiples à l'intention des différents bailleurs de fonds.

Augmentation du FNS

La tendance générale en matière de dépenses de santé n'est pas positive, surtout si l'on considère les dépenses de santé par habitant d'une année à l'autre. Je peux prédire avec certitude que la couverture santé universelle (CSU) ne sera pas atteinte tant que les dépenses de santé par habitant n'auront pas augmenté de manière significative.

La question qui se pose alors est la suivante: que doit faire le Fonds mondial pour stimuler l'augmentation des dépenses de santé par habitant?

L'intérêt du Fonds mondial pour le FNS réside principalement dans le fait de s'assurer que les gouvernements des pays bénéficiaires contribuent au financement des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et que, dans la mesure de leurs possibilités, ils prennent progressivement en charge le financement total. Parallèlement, le Fonds mondial collabore avec d'autres partenaires du secteur de la santé pour promouvoir et contrôler le FNS. À cet effet, le Fonds mondial et ses partenaires doivent encourager les pays à produire systématiquement des comptes nationaux de la santé. Cette action permettrait d'obtenir trois résultats importants. Premièrement, elle fournirait de bien meilleures informations à la fois sur les sources de financement et sur la façon dont l'argent a été dépensé. Deuxièmement, elle permettrait d'établir un lien entre les données relatives aux dépenses et l'évolution des indicateurs de santé, offrant ainsi une meilleure assurance quant à l'utilisation appropriée et efficace des financements disponibles. Troisièmement, et ce point est le plus important, elle contribuerait à renforcer la gouvernance et la redevabilité.

Ce qu'il faut, c'est que les gouvernements investissent davantage dans la santé. Pour aider à convaincre les gouvernements de l'importance d'augmenter leurs investissements dans la santé, le Fonds mondial et ses partenaires doivent saisir toutes les opportunités pour leur expliquer la notion de retour sur investissement et l'importance de la santé pour le développement économique et social. Il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur les avantages de l'investissement dans la santé et les résultats doivent être diffusés par le biais de médias qui atteindront les politiciens et les dirigeants des communautés locales et permettront de créer un large consensus en faveur de l'augmentation du financement public de la santé.

Mise en garde

Je dois conclure par une mise en garde, car je sais que certains observateurs suggéreront que la conception et l'adoption de nouveaux mécanismes financiers et la promotion du développement du secteur privé constituent des opportunités d'augmentation du FNS. C'est peut-être vrai, mais il en résulterait une inégalité accrue, ce qui impliquerait de dire adieu à l'objectif de parvenir à la CSU.

* Oliver Campbell White est un expert-comptable britannique à la retraite et un consultant en gestion ayant plus de 40 ans d'expérience dans plus de 50 pays.

[Read More](#)
