

# INVESTISSEMENTS SOUS L'IMPULSION DES PAYS POUR TOUTES LES FEMMES, TOUS LES ENFANTS



Mobilisation des ressources  
intérieures point et perspectives  
pour les pays du GFF



GLOBAL  
**FINANCING**  
FACILITY



SUPPORTED BY

**WORLD BANK GROUP**

# Introduction

- Les 2 dernières réunions du GI :
  - Transitions financières et évolution du financement de la santé et de la RMNCAH par des ressources extérieures
  - Expériences des partenaires en matière de financement complémentaire
- Cette réunion présente : Mobilisation des ressources domestiques (MRD)
- 1<sup>ère</sup> Partie : Progrès vers un financement intelligent, à l'échelle et durable dans les pays du GFF, y compris les dépenses sur la RMNCAH
- 2<sup>ème</sup> Partie : Perspectives d'une MRD additionnelle
- 3<sup>ème</sup> Partie : Enseignements tirés de l'expérience à ce jour des pays du GFF

# Sources de données

- Base de données sur les dépenses mondiales de santé de l'OMS, reproduite dans les Indicateurs du développement dans le monde du Groupe de la Banque mondiale
- Indicateurs du développement dans le monde pour la croissance économique



# **1<sup>ère</sup> Partie : Progrès vers un financement intelligent, à l'échelle et durable dans les pays du GFF, y compris les dépenses dans la RMNCAH**

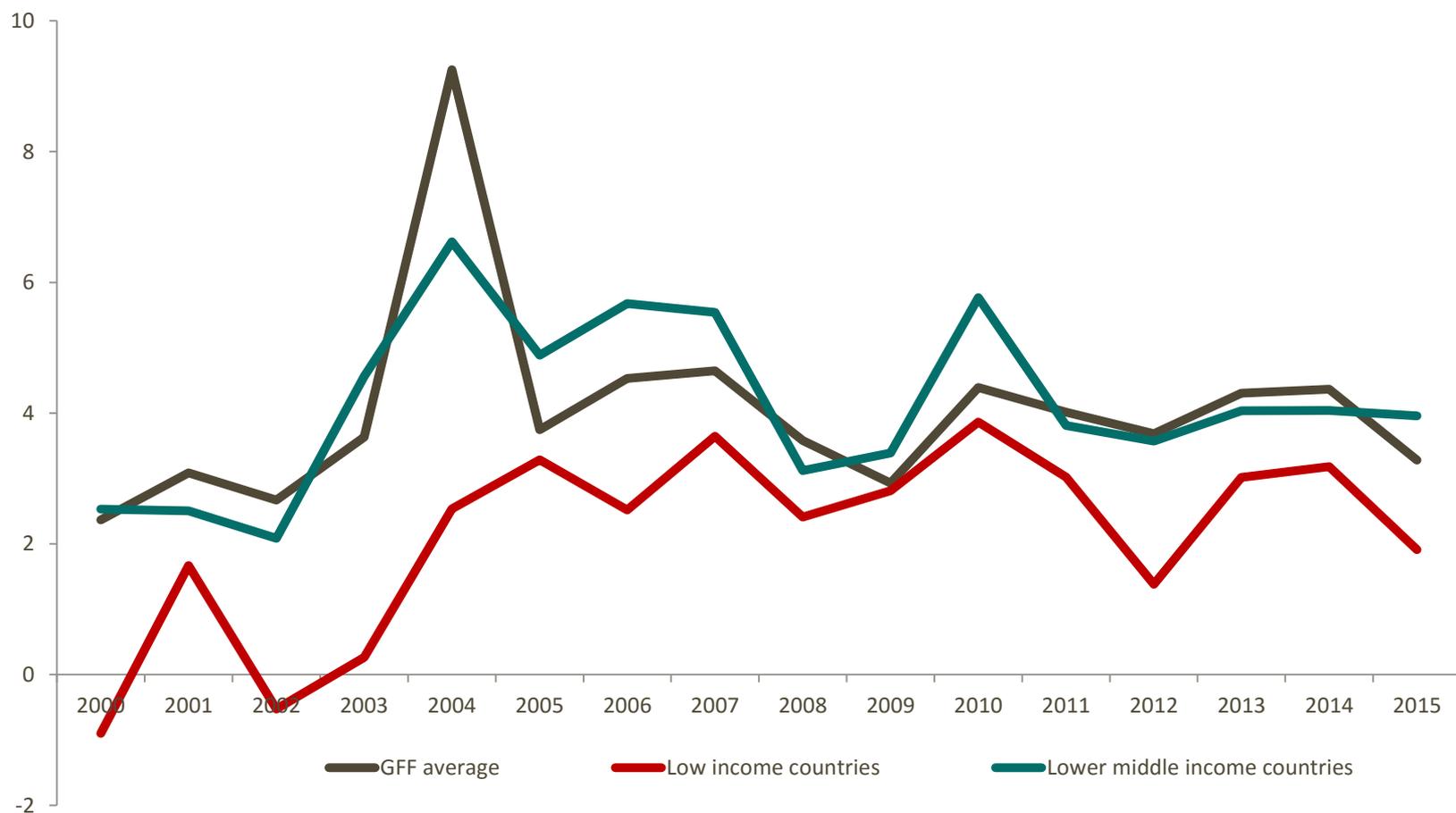
# Financement intelligent, à l'échelle et durable

- **Financement intelligent** : les interventions dont il est établi qu'elles ont un grand impact sont privilégiées et exécutées de manière efficace et dans une optique de résultats, tout en cherchant à réduire les inégalités de couverture.
- **Financement à l'échelle** : mobiliser des ressources additionnelles nécessaires auprès de sources nationales et internationales (publiques et privées), tout en réduisant le recours aux paiements directs.
- **Financement durable** : veiller à ce que le financement de la santé et de la RMNCAH bénéficie de la croissance économique et prenne en compte les difficultés auxquelles sont confrontés les pays en « transition ».

# Revenu national des pays du GFF

- 8 pays à faible revenu (PFR) : RDC, Éthiopie, **Guinée**, Libéria, Mozambique, **Sierra Leone**, Tanzanie, Ouganda
- 8 pays à revenu intermédiaire tranche inférieure (PRITI) : Bangladesh, Cameroun, **Guatemala**, Kenya, **Myanmar**, Nigéria, Sénégal, Vietnam
- Le PIB par habitant en 2015 (prix courants) variait de 456 dollars (RDC) à 3 904 dollars (Guatemala).
- En général, les pays sont plus pauvres que la moyenne des PFR et des PRITI respectivement :
  - Parmi les PFR, seuls la Tanzanie et l'Ouganda affichent un PIB/plafond supérieur à la médiane pour les PFR
  - Seuls le Guatemala et le Nigéria parmi les PRITI.

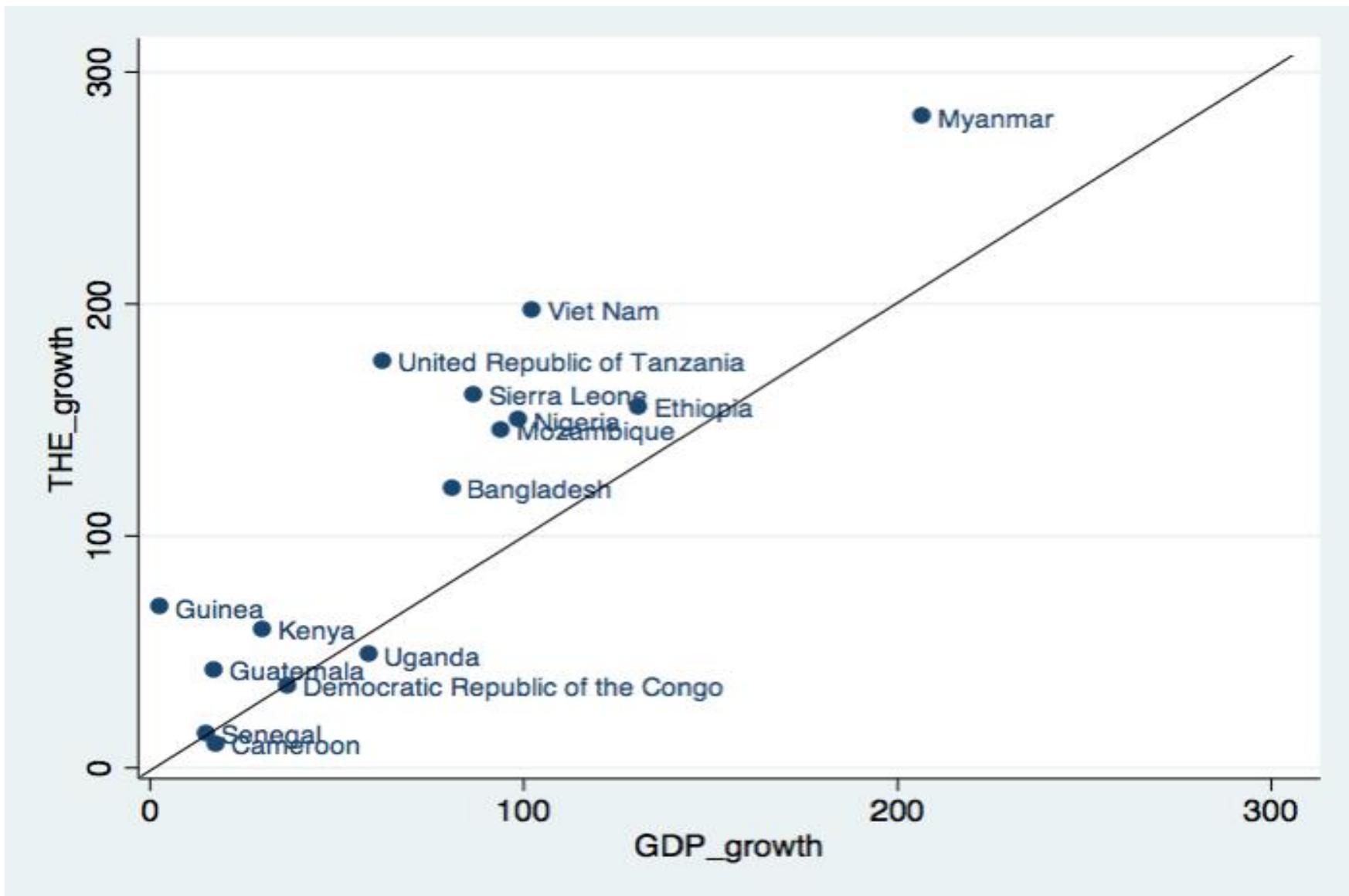
# Croissance réelle du PIB par habitant : GFF, PFR, PRITI (moyenne pondérée)



# Dépenses totales de santé (DTS) par habitant

- Données sur les dépenses de santé disponibles jusqu'en 2014 uniquement
- Les dépenses totales de santé par habitant ont également augmenté de 2000 à 2014 dans les pays du GFF pris comme groupe, atteignant 67,6 dollars par habitant en moyenne (prix courants pondérés) en 2014
- Grande hétérogénéité : elles varient de 19 dollars (en RDC) à 233 dollars (au Guatemala)
- Selon les estimations de McIntyre et Meheus : il fallait 89 dollars par habitant en 2014
  - 12 pays : trop peu de mesures prises pour assurer à la population l'accès à un ensemble de services de santé nécessaires :
  - 4 pays (Guatemala, Nigéria, Sierra Leone et Vietnam) ont dépensé plus de 89 dollars par habitant, mais on note une proportion élevée des dépenses directes des ménages au moment où ils ont besoin des services – nécessité d'accroître les financements prépayés et mis en commun

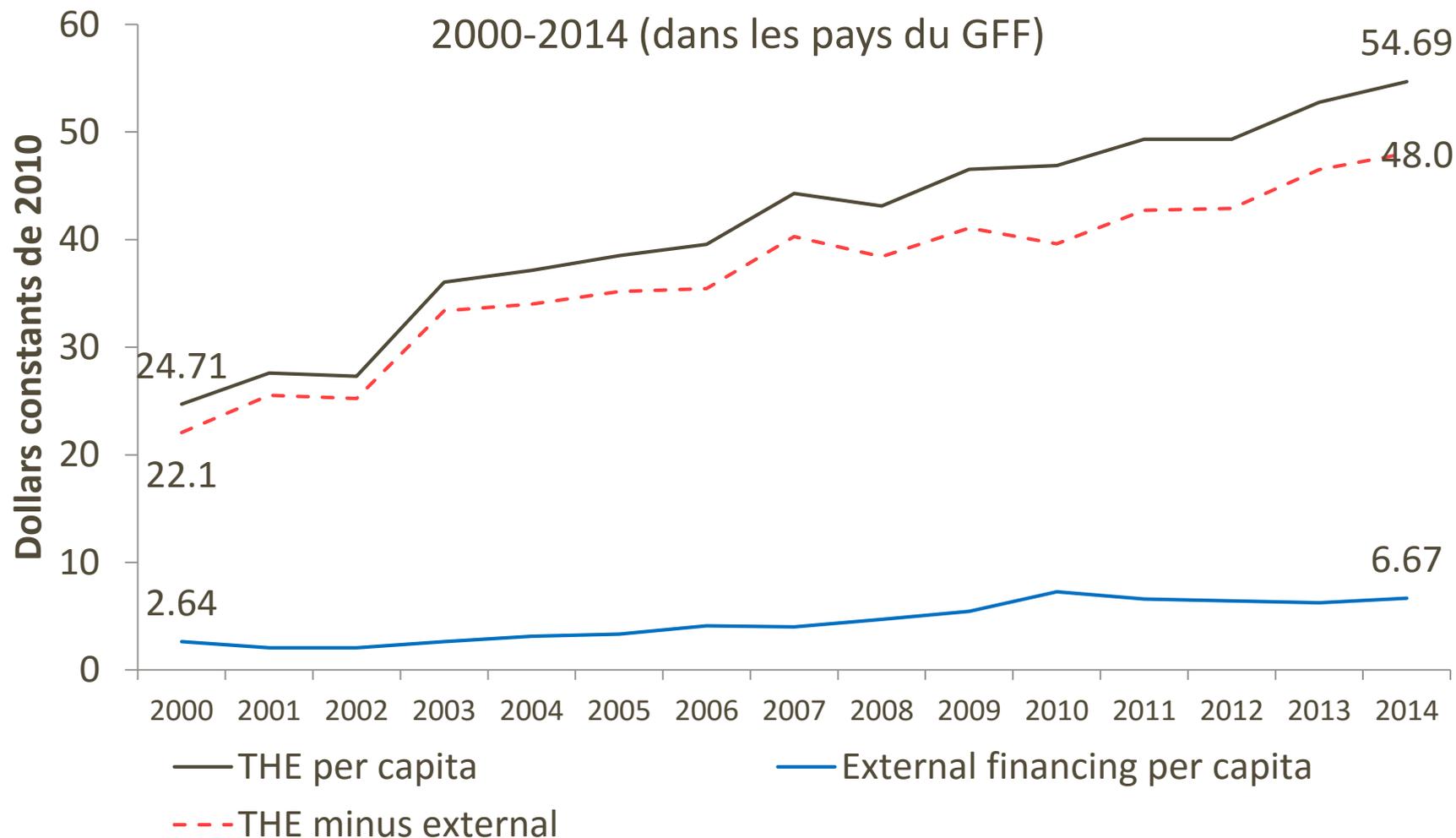
# Taux de croissance des DTS par habitant 2000-2014



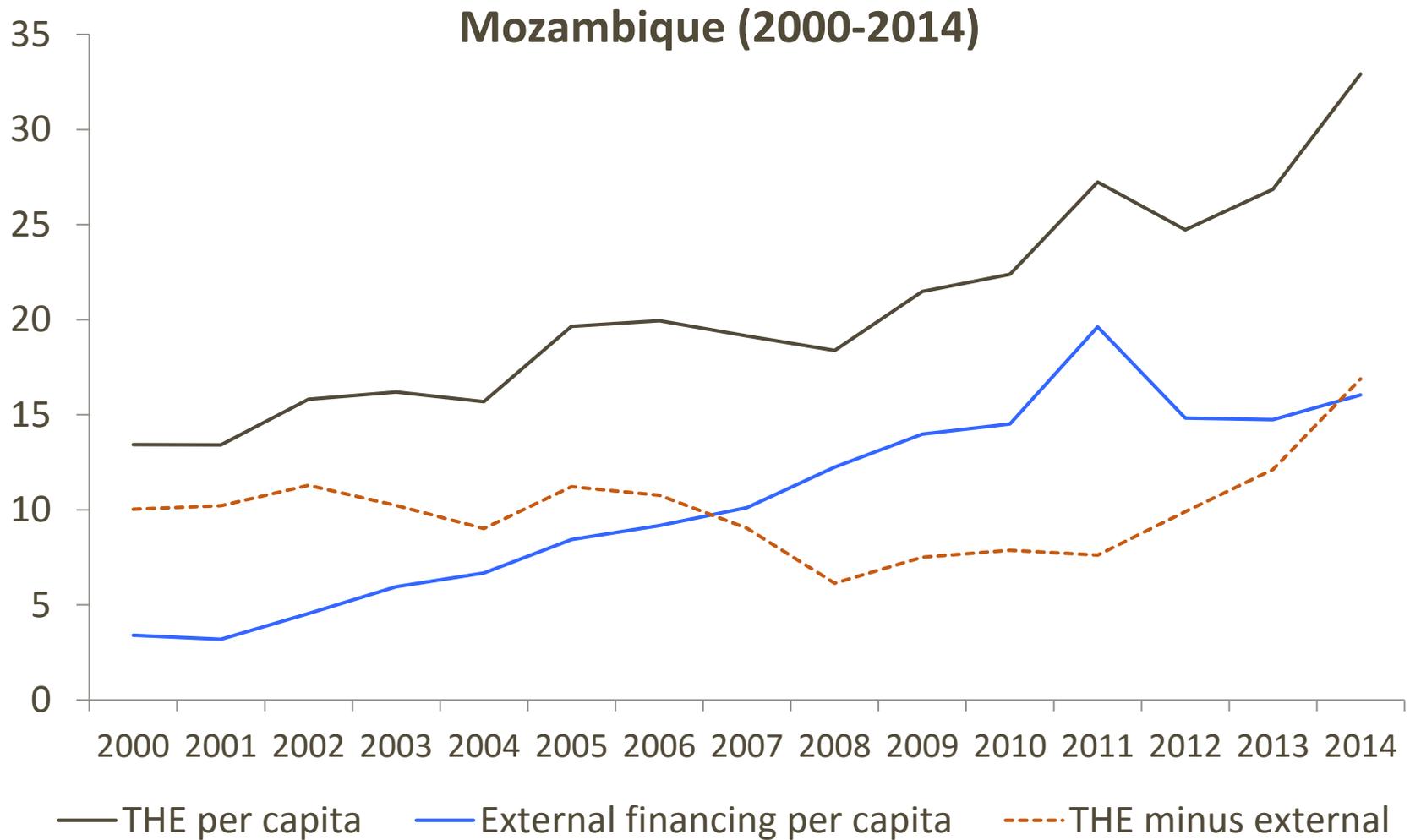
# Composantes de la croissance des dépenses de santé

- Les dépenses totales de santé par habitant peuvent être réparties entre les dépenses financées par des sources extérieures (aide au développement consacrée à la santé [ADS]) et les dépenses financées par des sources intérieures
- Dans un premier temps, nous considérons la croissance de l'ADS par rapport à celle des dépenses extérieures

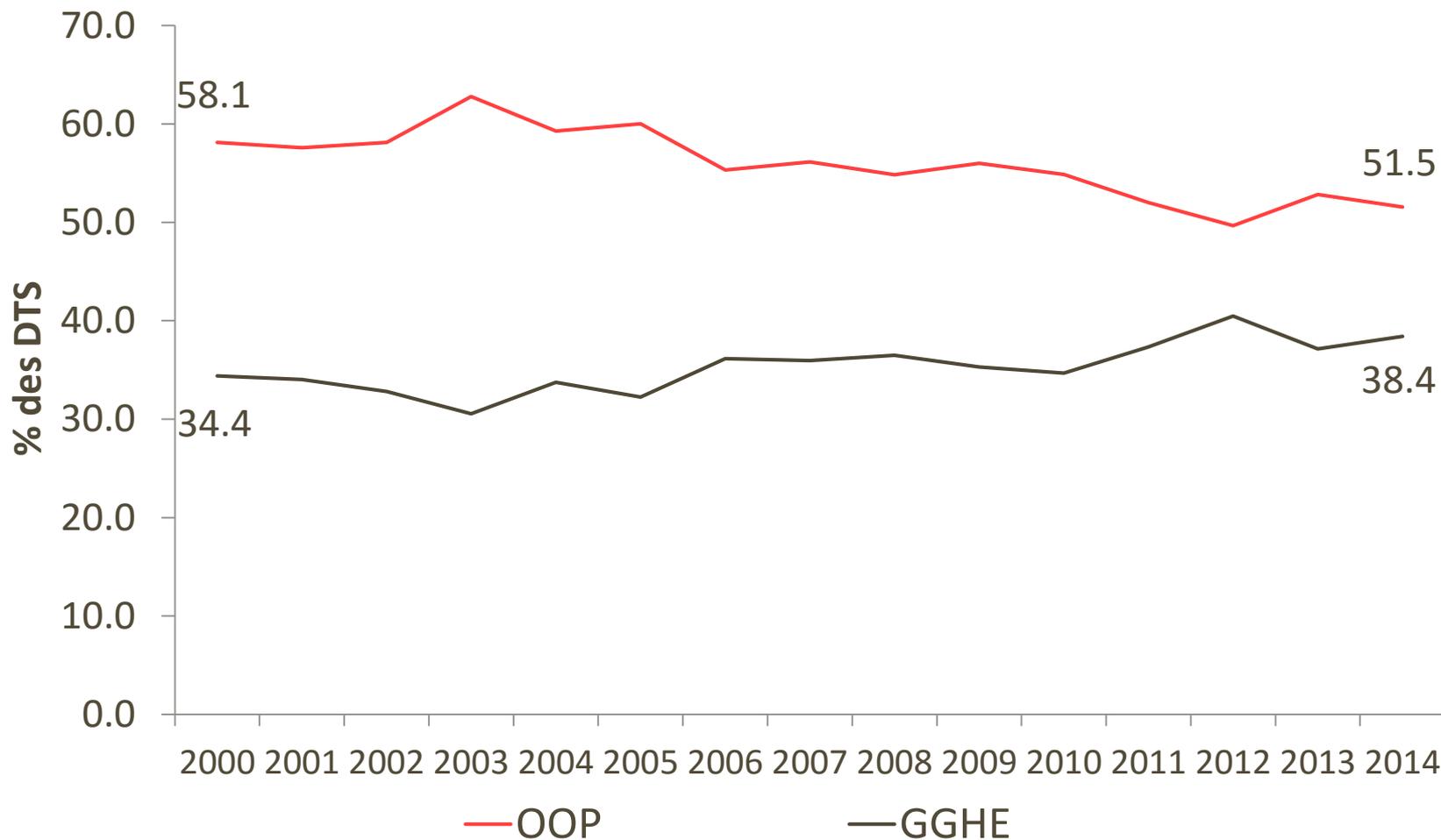
# Composantes de la croissance réelle des DTS par habitant : financement intérieur par rapport au financement extérieur



# Hétérogénéité du financement intérieur par rapport au financement extérieur

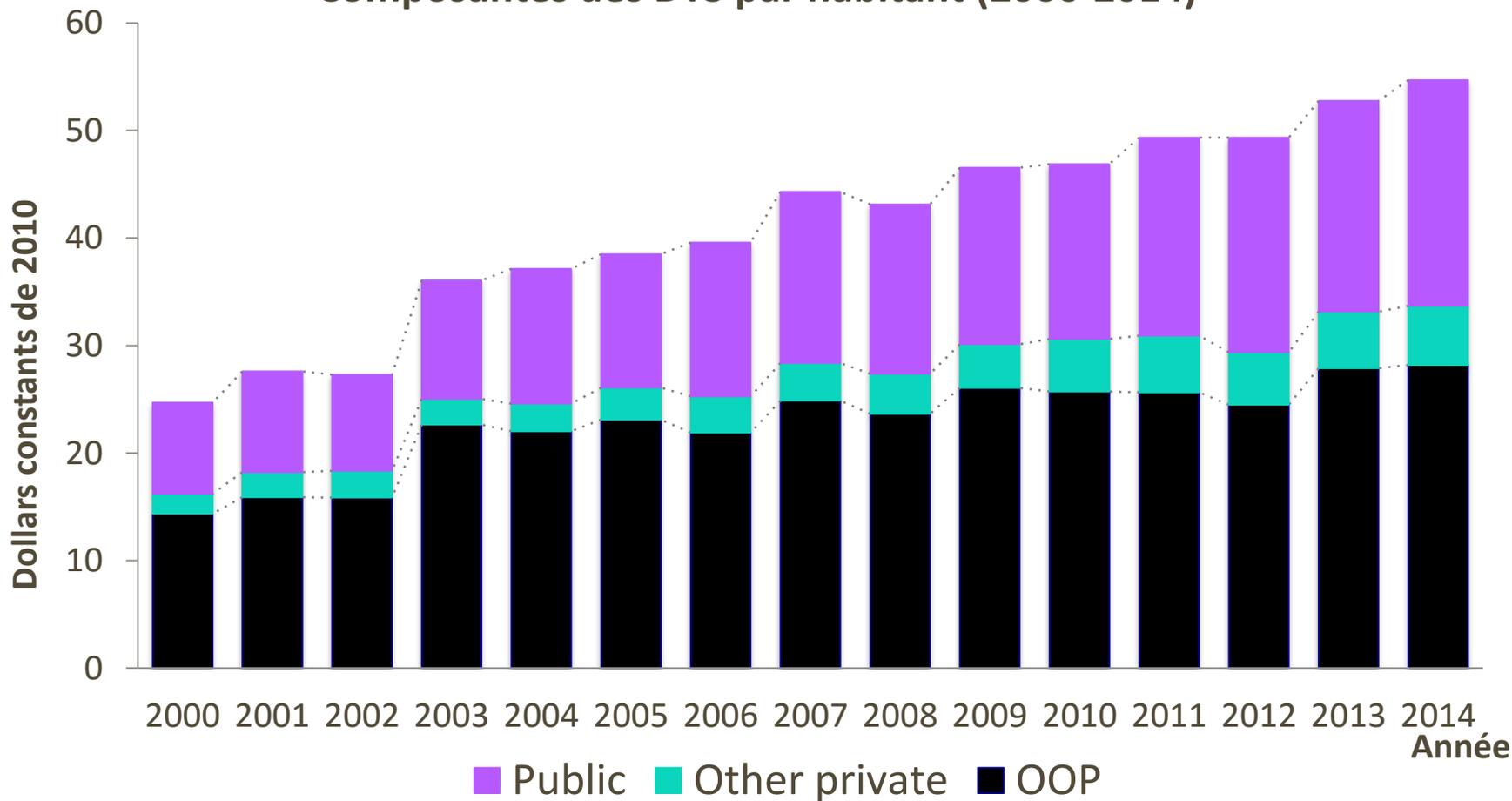


# Les dépenses directes se sont contractées et les DPSG ont augmenté en part des DTS



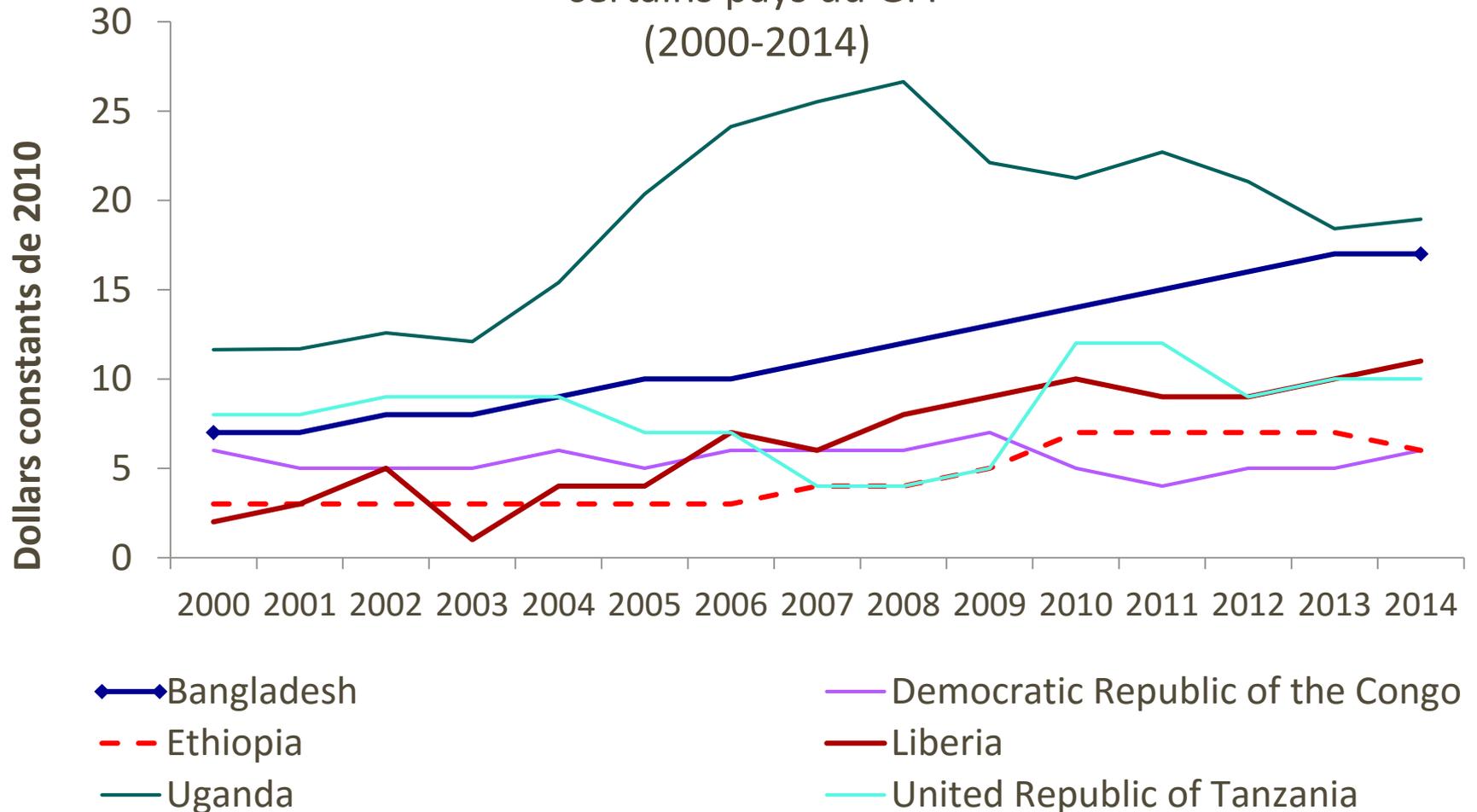
# Les dépenses directes réelles par habitant ont augmenté

## Composantes des DTS par habitant (2000-2014)



# Hétérogénéité des dépenses directes par habitant

Dépenses directes par habitant dans  
certains pays du GFF  
(2000-2014)



# Qu'en est-il des dépenses liées à la RMNCAH ?

- 34 pays ont produit des comptes spécifiques à des maladies – ont presque toujours inclus la santé de la reproduction (SR), mais pas toujours la santé de l'enfant (SE) (site web de l'OMS).
- Pas d'information sur A (Adolescents)
- Pays du GFF :
  - Données publiques sur les dépenses en SR et en SE dans 6 des 16 pays du GFF (Cameroun, RDC, Éthiopie, Sierra Leone, Tanzanie et Ouganda).
  - 3 pays l'ont fait, mais les données ne sont pas encore disponibles (Kenya, Mozambique et Vietnam)
  - Le processus est en cours dans 4 pays (Bangladesh, Libéria, Nigéria et Sénégal)
  - Il date d'au moins 2 ans dans 3 pays seulement (RDC, Éthiopie, Ouganda), pas nécessairement les mêmes années.

# Part des DTS consacrées à la SR et à la SE ?

- Part des dépenses de santé :
  - Santé de la reproduction (SR) : variait de 5 % environ à > 30 %
  - Santé de l'enfant (SE) : variait de 5 % à 40 %
- 12 pays (GFF et non-GFF) avec SR et SE :
  - SE > SR dans 8 pays
  - SR > SE dans 8 pays
- L'indicateur de la qualité des données s'améliore au fil du temps au fur et à mesure que les pays gagnent en expérience en matière de répartition des dépenses par maladie
  - La part des dépenses totales de santé qu'ils sont en mesure d'attribuer aux différentes maladies augmente.

## résumé

1. Très grande hétérogénéité entre les pays – implications sur le plan des politiques envisageables
2. Intelligent : les niveaux actuels de dépense sont trop faibles pour assurer un paquet essentiel
  - Pas grand-chose à tirer de ces données concernant l'efficacité
  - Pas grand-chose concernant l'équité : nécessité de creuser davantage
  - La santé de la reproduction et de l'enfant représente une part importante des dépenses nationales de santé : mais les données concernant de nombreux pays font défaut
3. A l'Echelle :
  - DTS par habitant en valeur réelle
  - Diminution des dépenses directes en part des DTS – mais augmentation des dépenses directes réelles par habitant prévue dans quelques pays,
  - Autres sources de dépenses privées encore très faibles
4. Durable :
  - Croissance économique appréciable
  - Augmentation des DTS plus rapide que celle du PIB global, mais pas dans tous les pays
  - Depuis 2000, l'ADS a augmenté plus rapidement que les dépenses de santé financées par des sources intérieures, mais les tendances sont très hétérogènes ; sur le long terme, une transition signifie que le financement de source intérieure augmente plus rapidement que l'ADS (ou que l'ADS recule) :

## **2<sup>ÈME</sup> PARTIE : Possibilités de MRD dans les pays du GFF**

# Importance de la mobilisation des ressources domestiques (MRD)

- Dans 12 pays du GFF, les dépenses de santé par habitant restent trop faibles pour assurer une couverture universelle avec un paquet de services sanitaires essentiels, y compris pour la RNMCAH
- Dans les 4 autres pays, les dépenses directes représentent une part des DTS
- Situation exacerbée par le recul des engagements et des décaissements au titre de l'ADS depuis 2012 (OCDE)
- Les stratégies de transition de la Gavi et du Fonds mondial, en plus du passage traditionnel des pays du statut de pays à faible revenu à celui de pays revenu intermédiaire, font que la MRD est plus importante dans ces pays

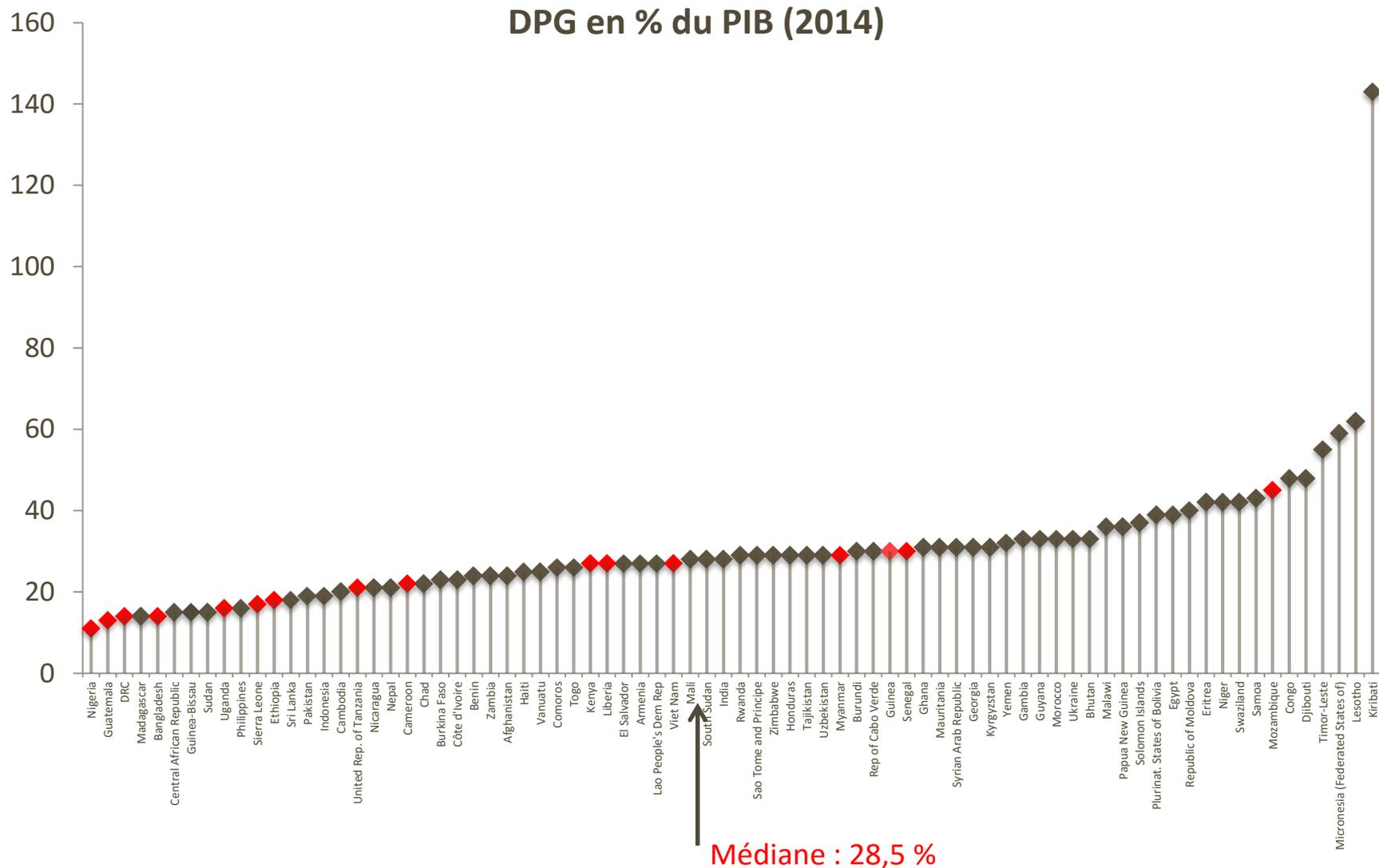
## MAIS

- Prévision d'une croissance favorable (bien que les projections de la croissance économique du FMI aient été révisées à la baisse) : pour les pays autres que ceux à revenu élevé, 4,1 % en 2016 ; 4,7 % en 2017 (*hétérogénéité*)

# Mécanismes de MRD

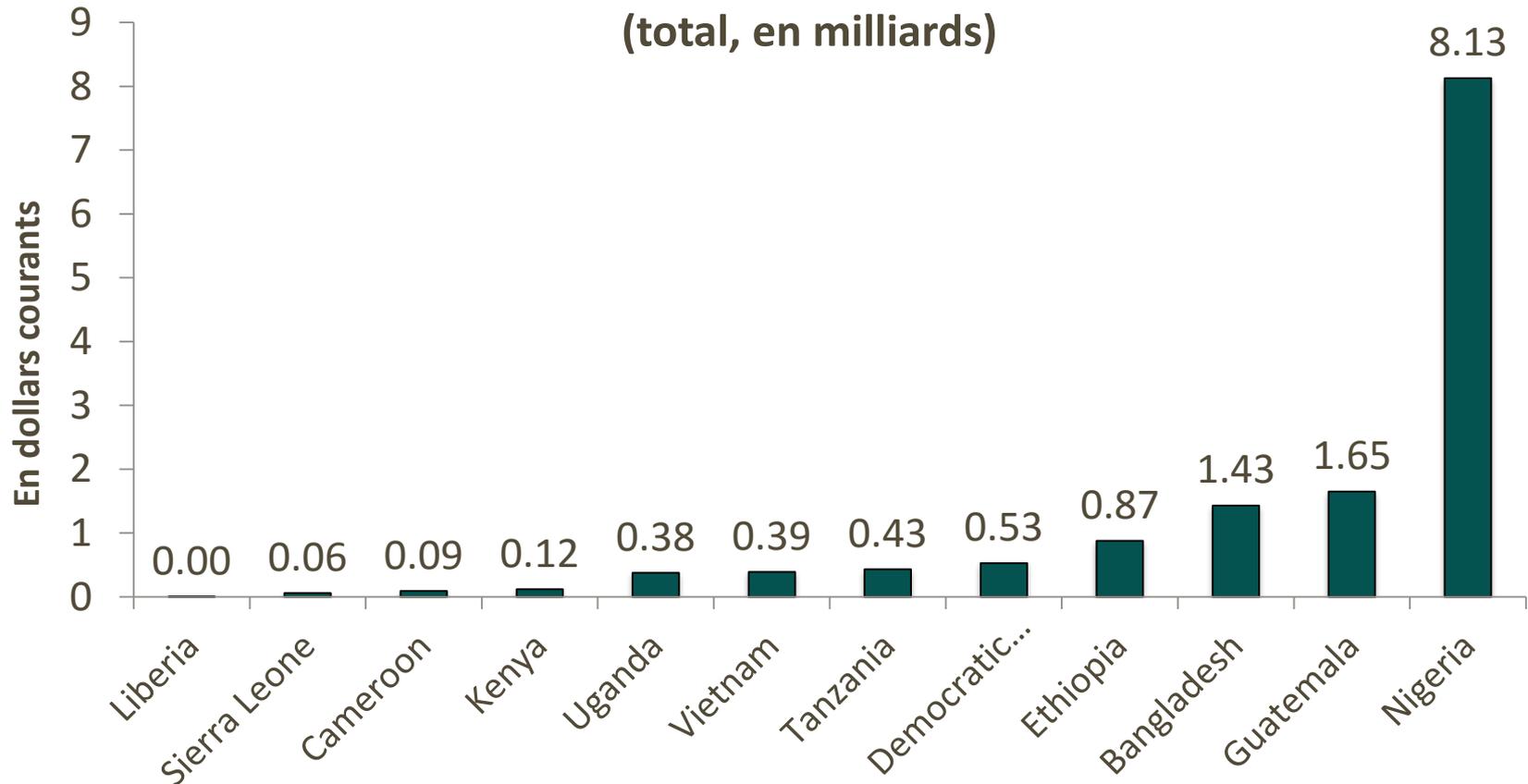
1. Lever plus de fonds – mettre l'accent sur les DPSG (dépenses prépayées obligatoires et mises en commun), étant donné qu'on veut éviter que les dépenses directes augmentent
2. Accorder une plus grande priorité à la santé dans les dépenses publiques
3. Accroître l'efficacité ou optimiser les ressources
  - Proposition d'examiner l'efficacité lors de la prochaine réunion du GI
  - Rôle du secteur privé à examiner dans l'avenir
  - Plus récemment : la bonne performance budgétaire est également considérée comme une source d'accroissement des dépenses, mais pas des recettes

# Dépenses publiques en part du PIB : PFR et PRITI



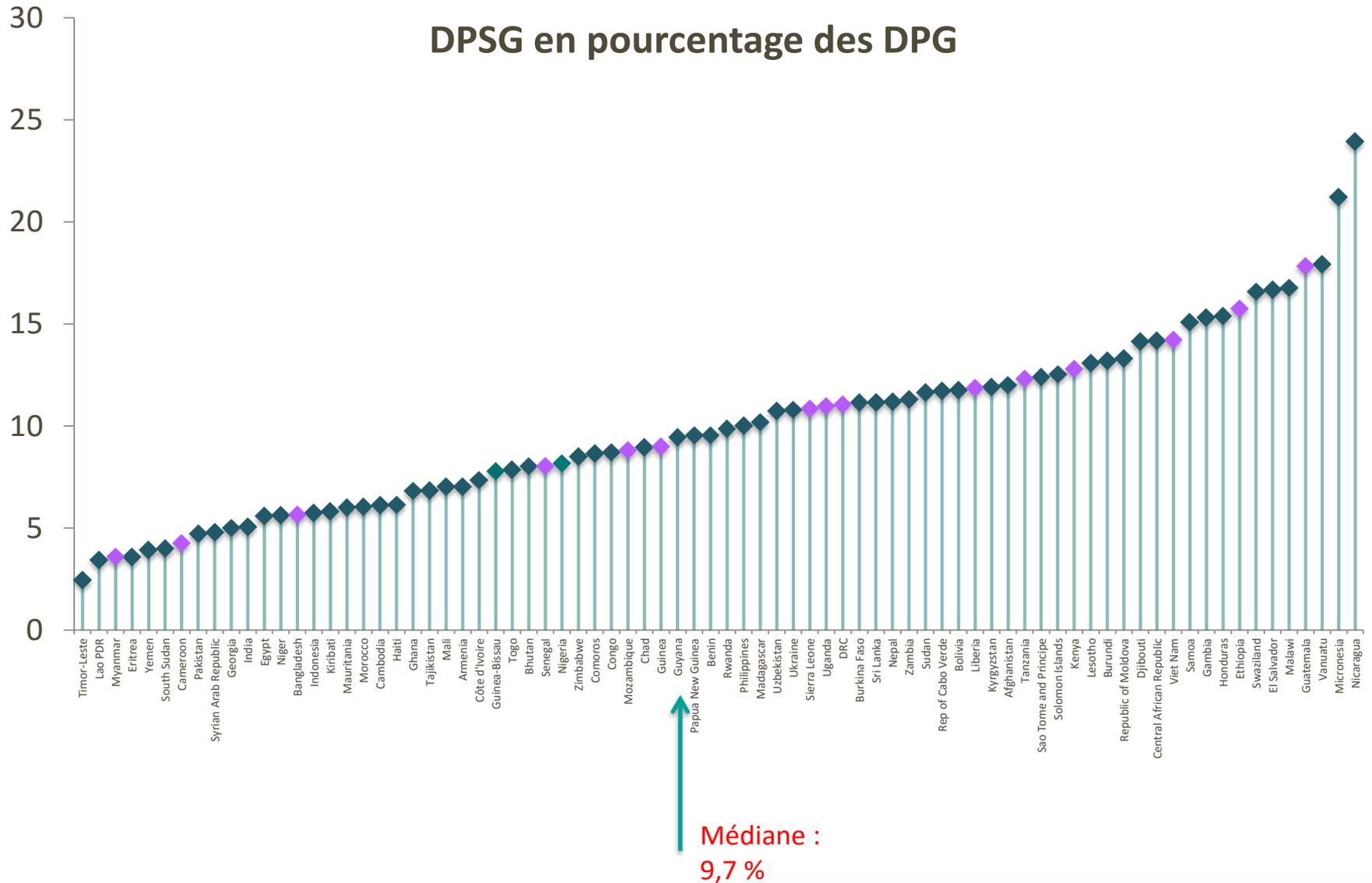
# Qu'advierait-il si le ratio DPG/PIB augmentait jusqu'au niveau médian ?

Ressources supplémentaires provenant de l'augmentation du ratio DPG/PIB par rapport à la médiane du ratio PFR/PRITI (total, en milliards)

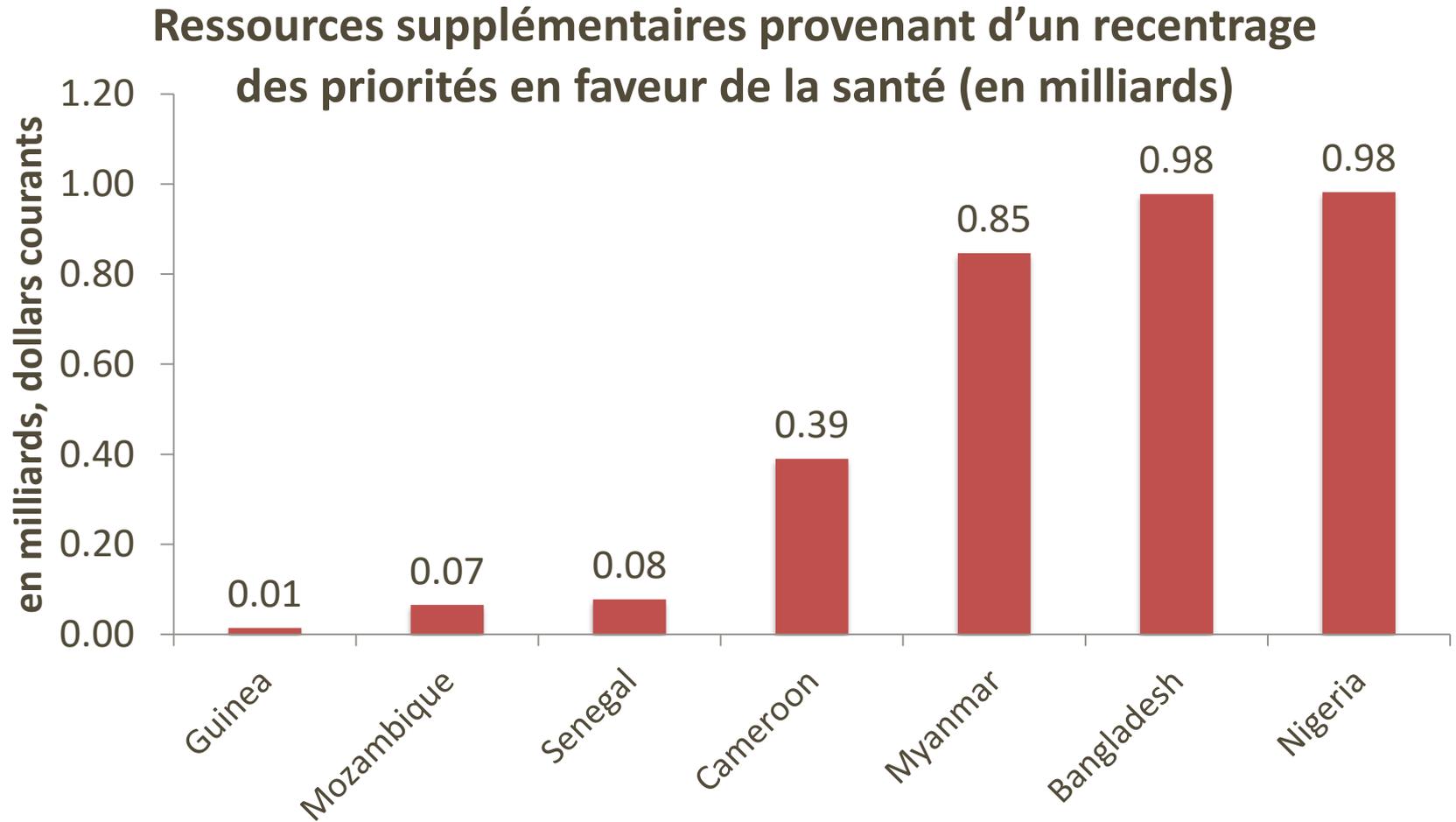


Total de 14,1 milliards de dollars de financement supplémentaire par an

# Priorité accordée par l'État à la santé : DPSG/DPG

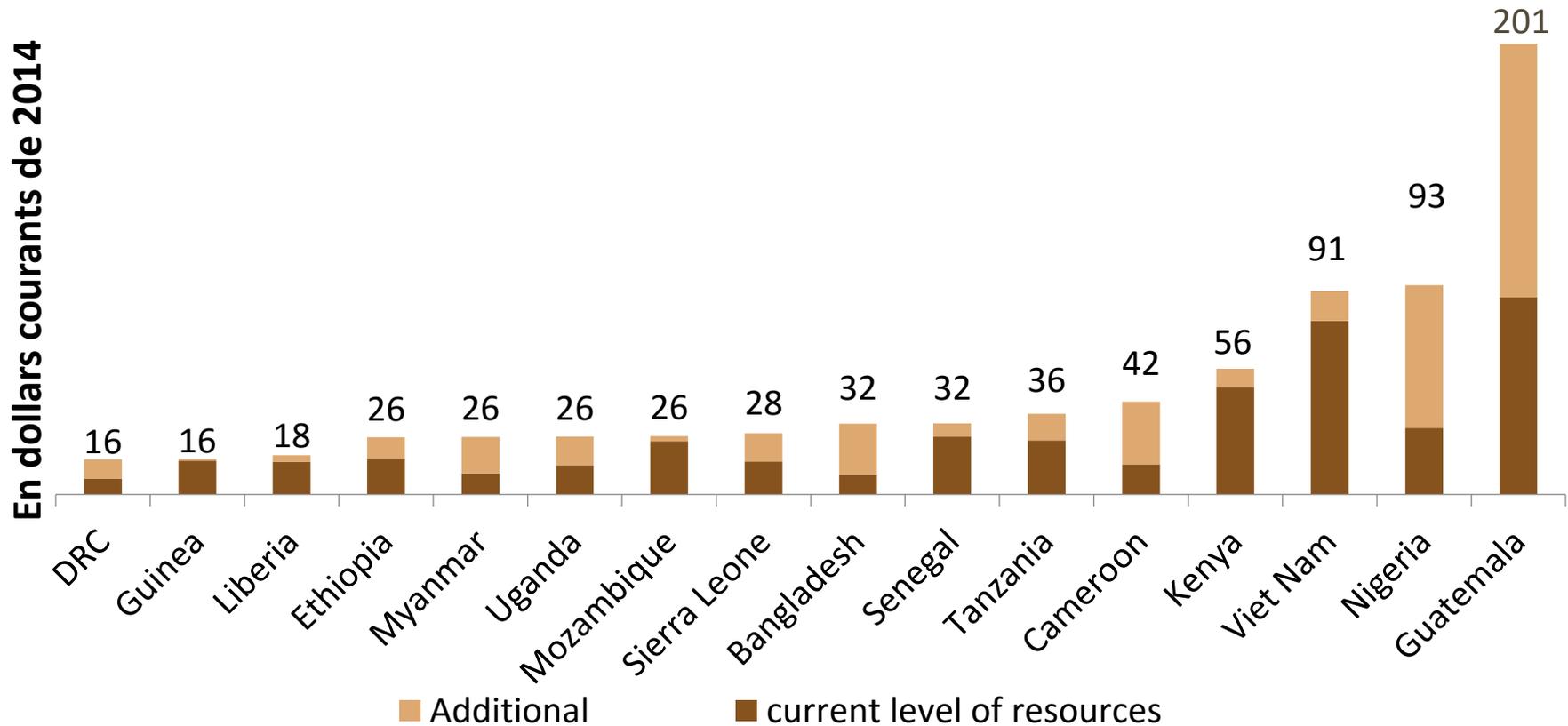


# Priorité accordée par l'État à la santé : porter le ratio DPSG/DPS au niveau médian



Total de 3,36 milliards de dollars de financement supplémentaire généré chaque année

# Soyons ambitieux : montant actuel + financement supplémentaire (en dollars)/habitant



1. Augmentation par les pays de leur ratio DPG/PIB à 30 % lorsqu'il est inférieur à ce seuil
2. Ensuite, les pays se situant à plus d'un point de pourcentage en dessous du ratio médian DPSG/DPG le porte à ce niveau
3. Les autres pays, à l'exception de l'Éthiopie et du Guatemala (déjà élevés) l'augmentent de 1 point de pourcentage.

- Un récent rapport de l'OMS, se fondant sur les Examens des dépenses publiques réalisés par la Banque mondiale, a souligné qu'un certain nombre de pays du GFF n'ont pas exécuté la totalité de leur budget de santé durant certains exercices :
  - La RDC (2013) ne l'a exécuté qu'à un peu plus de 40 %
  - La Guinée (2014) à moins de 70 %
  - L'Éthiopie (2013) à moins de 80 %
  - Le Mozambique (2014) à 90 %
- Des raisons complexes, mais de meilleurs résultats financiers pourraient permettre d'augmenter efficacement les dépenses dans certains pays

## **3<sup>ÈME</sup> PARTIE : Expérience des pays du GFF et conclusions**

# Appui du GFF à la mobilisation des ressources domestiques

- Besoin d'une hétérogénéité → significative pour des approches adaptées
- Trois principaux types de soutien :
  - **Évaluer** les meilleures formules de MRD : effectuer des analyses de l'espace budgétaire, estimer les possibilités de génération de recettes pour différentes formules de levée de ressources
  - **Élaborer des approches pour la MRD** : aider le gouvernement à préparer des stratégies de financement de la santé, soutenir la mise au point et le suivi des indicateurs liés au financement public
  - **Soutenir la mise en œuvre** : traduire les stratégies de haut niveau en plans de mise en œuvre, soutenir les réformes par l'assistance technique, le renforcement des capacités, le renforcement des institutions et le financement
- Le partenariat et le dialogue avec le **ministère des Finances et parfois avec le FMI sont parfois** indispensables

## Au Kenya, en collaboration avec des partenaires extérieurs, le GFF...

- A contribué à dynamiser le processus d'élaboration d'une stratégie de financement de la santé en :
  - Travaillant avec les pouvoirs publics à la mise en place d'une structure de coordination du processus d'élaboration de la (stratégie de financement de la santé) SFS qui assure l'adhésion des principaux acteurs et un dialogue fructueux avec le ministère des Finances
  - Fournissant une assistance technique intense pour l'élaboration de sections précises de la SFS
  - Formulant plusieurs séries de commentaires sur les orientations stratégiques proposées, qui ont débouché sur un meilleur ciblage de la mobilisation des ressources domestiques et permis d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé
- Fournira un appui à la mise en œuvre en mettant l'accent sur :
  - MRD : évaluation de la faisabilité de la génération de ressources pour la santé à partir des « taxes sur le vice », de prélèvements et cotisations d'assurance maladie en collaboration avec les experts en macroéconomie et les ministères de la Santé et des Finances
  - Défis de transition : évaluation de la viabilité institutionnelle et financière des programmes financés hors budget
  - Efficience : suivi des dépenses au niveau des pays pour analyser l'efficience, l'efficacité et l'équité des dépenses publiques et adoption de mesures visant à apporter des améliorations

# En RDC, en collaboration avec des partenaires extérieurs, le GFF...

- A contribué à dynamiser le processus d'élaboration de la stratégie de financement de la santé (SFS) en :
  - **Soutenant la Banque mondiale et les partenaires de développement dans l'aide apportée au gouvernement pour l'évaluation du système de financement de la santé prise en compte dans la préparation de la stratégie de financement de la santé.** Ce qui incluait une étude sur le coût du paquet minimum de services de santé et des analyses concernant les formules possibles de financement de l'élargissement de la CMU, y compris la RMNCAH.
  - **Soutenant le processus de finalisation de la SFS** piloté par le ministère de la Santé
- Fournira un appui à la mise en œuvre en mettant l'accent sur :
  - **Réformes visant l'efficacité** : le dossier d'investissement de la RDC fait fonds sur les « mesures à résultats rapides » adoptées récemment dans le pays avec le soutien de la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds : 1) le « contrat unique » au niveau provincial, qui vise à réduire la fragmentation des interventions des bailleurs de fonds ; 2) l'approche du FBR, qui vise à améliorer les capacités de gestion à tous les niveaux du système de santé ; 3) les recommandations à venir d'une étude sur la GFP visant à améliorer l'exécution du budget de santé.
  - **Réformes axées sur la MRD** : Le plan d'action de la stratégie de financement de la santé consiste à examiner une meilleure conformité fiscale en collaboration avec des experts en macroéconomie, le ministère des Finances et l'équipe du projet de gouvernance de la Banque mondiale.

# Résumé : point de la situation globale

- Les DTS ont augmenté plus rapidement que le PIB dans la plupart des pays du GFF
- L'ADS a augmenté plus rapidement que les sources intérieures, mais le financement intérieur est à l'origine de l'essentiel de l'augmentation en valeur réelle
- Les dépenses directes se sont contractées (et les DPSG ont augmenté) en part des DTS, MAIS les dépenses directes par habitant ont augmenté dans la plupart des pays

## Résumé : MRD

- Des possibilités considérables en matière de MRD dans la plupart des pays du GFF, principalement à travers le ratio DPG/PIB, mais aussi une plus grande priorité accordée à la santé dans certains pays
  - La Guinée et le Mozambique ont moins de marge de manœuvre pour cela
- Baisses récentes de la croissance économique et des recettes publiques
- Une certaine possibilité d'accroître les dépenses grâce l'efficacité budgétaire

# Enseignements et défis liés au financement de la santé dans le cadre du GFF

## Principaux enseignements tirés

- Points de départ différents d'un pays à l'autre
  - Certains pays ont adopté des stratégies pendant des années et/ou ont envisagé certaines réformes, d'autres n'ont jamais eu de stratégies/ont des capacités limitées
- L'accent est en train de se déplacer de la stratégie à la **mise en œuvre des réformes**
  - L'élaboration d'une stratégie n'est pas une **fin en soi** : il faut déterminer clairement les résultats escomptés et ensuite le meilleur moyen de les atteindre – pas toujours une stratégie (processus à caractère politique généralement compliqué et long)
- Un bon travail d'analyse ne conduit pas automatiquement à des réformes
  - Les considérations d'**économie politique** sont essentielles
- La collaboration avec les ministères en charge des finances est **inéegale**
- Le GFF peut **redynamiser le programme d'action** en fournissant un soutien intense : financement, assistance technique, apprentissage entre pairs, renforcement des capacités, rassemblement des partenaires, dont le ministère des Finances

## Défis actuels

- Le GFF a beaucoup stimulé le processus dans de nombreux pays, mais le changement a un caractère politique et demande du temps
- Expérience et compétences plus solides dans le domaine de l'analyse que dans celui de la mise en œuvre des réformes chez les partenaires
- La synchronisation des calendriers d'activités de financement de la santé entre tous les partenaires peut être complexe
- Le dialogue avec le ministère des Finances (et le FMI) est difficile avec le ralentissement économique

# En savoir plus

 [www.globalfinancingfacility.org](http://www.globalfinancingfacility.org)

 [GFF@worldbank.org](mailto:GFF@worldbank.org)

 [@theGFF](https://twitter.com/theGFF)

BILL & MELINDA  
GATES foundation

Canada



The Global Fund  
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Grand Challenges Canada™  
Grands Défis Canada™  
BOLD IDEAS FOR HUMANITY™



EVERY WOMAN  
EVERY CHILD



NORWEGIAN MINISTRY  
OF FOREIGN AFFAIRS

The Partnership  
for Maternal, Newborn  
& Child Health



RESULTS  
the power to end poverty

Safaricom



UKaid  
from the British people



unicef

USAID  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

World Health  
Organization

World Vision®

SUPPORTED BY  
WORLD BANK GROUP

