



DEPENSES DE SANTE EN HAÏTI CE QUE REVELENT LES COMPTES DE SANTE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

L'ANALYSE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN HAÏTI PERMET CERTAINS CONSTATS : UN ENGAGEMENT INSUFFISANT DE L'ÉTAT EN FAVEUR DE LA SANTE, UNE PART TROP IMPORTANTE DES DEPENSES DIRECTES DES MENAGES EN SANTE, LA VOLATILITE DES FINANCEMENTS EXTERNES ET LE « CONTOURNEMENT » DE L'ÉTAT. LA STRATEGIE NATIONALE DU FINANCEMENT DE LA SANTE EN COURS D'ELABORATION DOIT VISER LA CORRECTION DE CES CONSTATS POUR FAVORISER LES PROGRES VERS LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE.

INTRODUCTION

Le rapport sur la santé dans le monde de 2010 [1] a rappelé l'importance du financement des systèmes de santé pour les politiques nationales visant la couverture sanitaire universelle (CSU). En avril 2015, le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) de la République d'Haïti et quelques-uns de ses partenaires ont mis en place un comité technique chargé d'élaborer la stratégie nationale du financement de la santé [2].

Analyser les dépenses de santé (compositions, niveaux et tendances) est une étape incontournable du diagnostic d'un système de financement de la santé [3]. L'unité d'études et de programmation (UEP) du MSPP vient de publier la troisième édition des comptes nationaux de santé [4] [5] [6]. Cependant, les séries chronologiques les plus anciennes sur les dépenses de santé en Haïti sont celles de l'observatoire mondial de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [7].

METHODE

Les données utilisées sont celles de l'observatoire mondial de la santé : Financement santé / Système de santé / Haïti (encadré). Elles couvrent la période 1995-2013 et comportent l'avantage d'être comparable d'un pays à l'autre.

Puisque la note vise aussi à encourager l'utilisation des données des systèmes d'information sanitaire, l'analyse visuelle des figures produites à partir de séries chronologiques est la principale méthode utilisée.

ENCADRE : VARIABLES UTILISEES [7]

DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT EN DOLLARS INTERNATIONAUX (PPP)

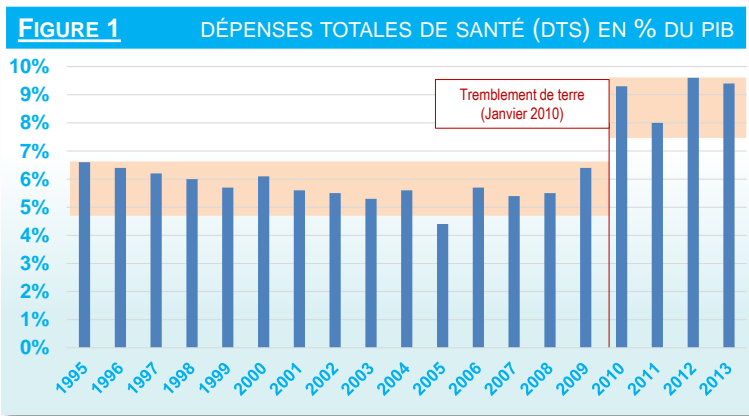
- DEPENSES TOTALES SANTE (DTS) / HABITANT
- DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE (DPS) / HABITANT

RATIOS DES DEPENSES DE SANTE

- DTS EN % DU PRODUIT INTERIEUR BRUT (PIB)
- DPS EN % DES DEPENSES PUBLIQUES TOTALES
- DPS EN % DES DTS
- DEPENSES DE SECURITE SOCIALE EN SANTE EN % DES DPS
- DEPENSES PRIVEES DE SANTE EN % DES DTS
- DEPENSES DIRECTES DES MENAGES EN SANTE EN % DES DTS
- DEPENSES DIRECTES DES MENAGES EN SANTE EN % DES DEPENSES PRIVEES DE SANTE
- FINANCEMENT EXTERNE EN % DES DTS

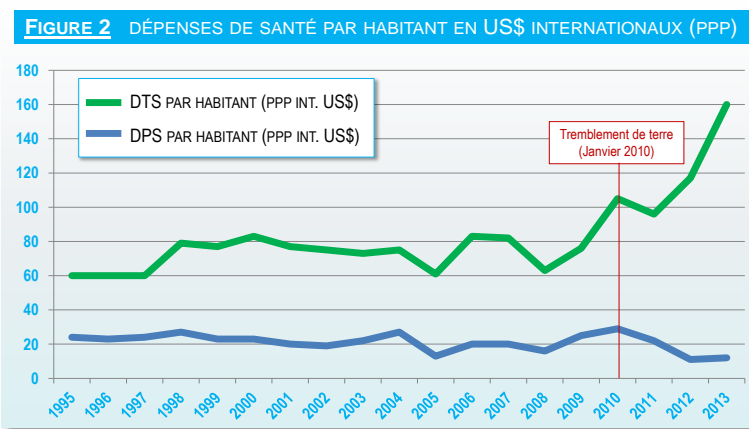
RESULTATS

1. AUGMENTATION RECENTE DE LA PART DES DEPENSES TOTALES DE SANTE DANS LE PRODUIT INTERIEUR BRUT



La part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (figure 1) est restée comprise entre 5,3 et 6,4% de 1995 à 2009 à l'exception des 4,4% de 2005 (minimum). Elle est montée depuis 2010 à des niveaux compris entre 8 et 9,6%.

2. AUGMENTATION DES DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT MALGRE LE FAIBLE ENGAGEMENT DE L'ÉTAT



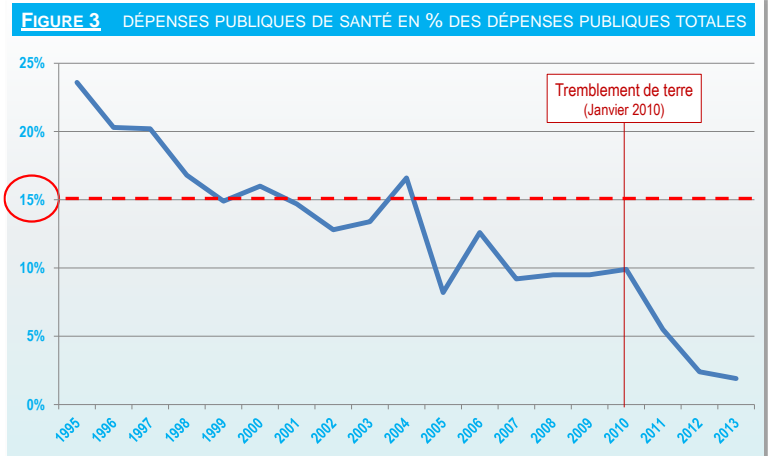
Les dépenses totales de santé par habitant sont restées comprises entre 60 et 83 dollars internationaux¹ de 1995 à 2009 (figure 2). Elles augmentent de manière importante depuis 2010 pour atteindre 160 dollars internationaux en 2013.

Les dépenses publiques de santé par habitant naviguent entre 19 et 29 dollars internationaux de 1995 à 2011 (à l'exception des 13 et 16 dollars internationaux en 2005 et 2008) et descendent à 11 et 12 dollars

internationaux en 2012 et 2013. Ainsi la contribution relative de l'État (**DPS**) suit une tendance séculaire à la baisse. Elle était comprise entre 30 et 40% dans la seconde moitié des années 90, elle se situait globalement entre 20 et 30% de 2000 à 2011, elle est inférieure à 10% en 2012 (9%) et 2013 (8%). L'augmentation des dépenses totales de santé (**DTS**) par habitant est donc imputable² à l'augmentation importante et continue des dépenses privées de santé passant de 60% des DTS en 1995 à plus de 90% en 2013.

L'évolution des dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales confirme le manque d'engagement de l'État dans la santé (figure 3).

Elles sont passées progressivement de plus de 20% au milieu des années 90 à 5% et moins depuis 2011.

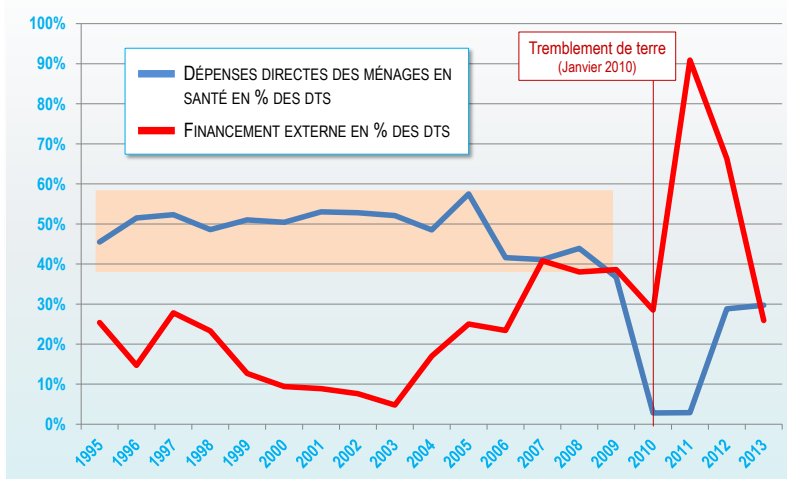


¹ Les coûts dans les unités de monnaie locale sont convertis en « dollars internationaux » en utilisant la parité de pouvoir d'achat (PPA) des taux de change. Cette méthode est plus rigoureuse et représentative de la réalité de l'évolution des volumes financiers.

² Dans la base de données utilisée, les DTS se décomposent en deux grandes familles mutuellement exclusives, les dépenses publiques et les dépenses privées de santé. Ces dépenses publiques et privées de santé ne distinguent pas l'origine interne ou externe des fonds.

3. VOLATILITE DES FINANCEMENTS EXTERNES ET CONTOURNEMENT DE L'ÉTAT

FIGURE 4 FINANCEMENT EXTERNE ET DÉPENSES DIRECTES EN % DES DTS



L'évolution du financement de la santé par des sources externes est très volatile (figure 4). Le faible appui financier de 2000 à 2003 correspond à une période qualifiée « d'embargo virtuel » [8] de la part de la communauté internationale du fait de la tension avec le régime politique en place en Haïti. Le pic de 2011 est une réponse proportionnelle à l'ampleur de la catastrophe de 2010.

Ces données mises en parallèle avec celles de la figure 2 montrent que les fonds externes de santé sont principalement dépensés par le privé et non par l'État.

4. ABSENCE TOTALE DE PROTECTION FINANCIERE CONTRE LE RISQUE MALADIE

La part des dépenses de sécurité sociale en santé dans les dépenses publiques de santé est systématiquement nulle. A contrario, sauf conditions particulières, telle la situation créée par les événements de 2010, la part des dépenses directes des ménages en santé est extrêmement élevée, comprise entre 40 et 60%, et même supérieure à 50% plus d'une année sur deux (figure 4). Cela illustre l'absence totale de protection financière contre le risque maladie en dehors de crises majeures. On note néanmoins que la part de ces paiements directs est inversement proportionnelle à celle du financement externe du secteur (figure 4). Le financement externe réussit donc à diminuer les dépenses de santé des ménages.

ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES

LIMITES. Les effets produits par le « tremblement de terre » (2010) sur le financement de la santé en Haïti sont exceptionnellement importants et potentiellement trompeur. L'analyse des dépenses de santé de 1995 à 2013 (n=19 années) doit en tenir compte.

RETABLIR LA SANTE AU NIVEAU DES PRIORITES NATIONALES.

Des dépenses totales de santé de 5 à 7% du PIB sont des niveaux que l'on retrouve dans beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire [7]. Cependant, pour la part des dépenses publiques de santé dans le total des dépenses publiques, en baisse depuis 20 ans, il ne reste maintenant plus qu'un seul pays dans le monde, en dessous d'Haïti : la Birmanie [7]. De même en valeur absolue, seule la Birmanie de nouveau, fait moins bien que les 12 et 11 dollars de dépenses publiques de santé par habitant du gouvernement haïtien en 2012 et 2013 [7]. Ces derniers montants ne correspondent pas à une situation particulière. Ce sont des ordres de grandeur que l'on constate depuis la fin des années 90 à l'exception de 2009, 2010 et 2011. Ainsi, la santé n'est pas une priorité dans le budget national de l'État haïtien malgré l'objectif de 15% de dépenses publiques en santé fixée en 2012 (figure 3) [9].

MAINTENIR ET « POTENTIALISER » L'ENGAGEMENT IMPORTANT DES PARTENAIRES

Dans ces conditions, la population a besoin d'un financement externe important. L'extraordinaire générosité des partenaires en santé pourraient gagner en efficacité à moyen et long terme i) en basant le niveau d'engagement sur les besoins prioritaires (définis par le gouvernement) ; ii) en rendant les engagements plus prévisibles et plus durables pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé et iii) en privilégiant le partenariat avec l'État afin de favoriser son engagement, son renforcement et sa responsabilisation dans le secteur santé.

URGENCE A DEVELOPPER UNE STRATEGIE LIMITANT LE PAIEMENT AU POINT DES PRESTATIONS DE SERVICES

Il est démontré que 20 à 30% de dépenses directes des ménages en santé dans les dépenses totales de santé signifie l'inaccessibilité des services de santé pour une partie importante de la population. L'objectif de CSU consiste à « assurer l'accès de tous aux services de santé nécessaires (notamment la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation) et de qualité suffisante, tout en veillant à ce que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières » [1]. Autrement dit, pour offrir à tous le droit à la santé sans risque de s'appauvrir, il est important de rendre obligatoire les contributions des personnes qui peuvent payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance et de trouver les moyens que l'Etat puisse payer les institutions prestataires de services pour les plus démunis. Cela nécessite l'introduction ou le renforcement du prépaiement et de la mise en commun des ressources car rien ne sert d'avoir un bon système de protection contre les risques financiers si les services de santé sont inexistantes et/ou de mauvaise qualité. Il est important que les institutions de santé reçoivent l'argent nécessaire à la couverture des coûts opérationnels qu'imposent des services de qualité profitables à tous.

ORGANISER L'OBJECTIF DE CSU A PARTIR D'UN PANIER DE SOINS « ADAPTE »

L'OMS a estimé les coûts de prestations des services de santé essentielle à un peu plus 86 dollars par personne en 2015 (les 60 dollars calculés en 2009 convertis au prix de 2015) [1]. L'analyse montre qu'il s'agit d'une référence possible pour Haïti avec l'aide de ses partenaires (figure 2). L'objectif de CSU de la politique nationale de santé [2, 9], pourrait être rendu opérationnel en définissant et en rendant accessible pour tous un panier de soins de qualité centré sur les besoins prioritaires et en y concentrant, dans la durée, ces moyens potentiellement disponibles³. Une telle approche, que l'on pourrait qualifier de « pacte CSU », est possible mais complexe. Elle implique aussi des réformes importantes sur plusieurs des composantes du système de santé (ressources humaines, intrants, prestations de services, etc.), la concentration de l'essentiel des ressources sur cet objectif et exige du leadership, du courage et de la constance de la part des autorités tant les pressions de différents secteurs (professionnels, privés, externes, etc.) seraient fortes pour les faire dévier sur un autre chemin.

CONCLUSION

La stratégie du financement de la santé est un instrument potentiellement puissant pour progresser vers l'objectif de CSU. L'analyse des dépenses de santé est nécessaire au diagnostic préalable du financement de la santé. Les résultats produits par cet exercice sont riches d'enseignements. Ils sont en train d'être complétés pour une analyse situationnelle approfondie du financement de la santé par le MSPP et quelques partenaires.

³ Cette estimation des coûts des prestations des services de santé essentielle de l'OMS comporte plein de limites comme tous les exercices de ce type. Elle n'est pas spécifique à Haïti mais globalisée à partir de calculs pour une cinquantaine de pays à faible revenu. Soyons clairs, nous ne cherchons pas à attirer l'attention sur le montant référencé mais sur l'approche proposée.

Références

- 1) Organisation mondiale de la santé (2010). Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. OMS, Genève, p. 144.
- 2) <https://www.hfgproject.org/conference-haiti-financement-sante/>
- 3) Organisation mondiale de la santé (2014). Guidance on conducting a situation analysis of health financing for universal health coverage (version 1.0 – August 2014). OMS, Genève, p. 48.
- 4) Ministère de la santé publique et de la population (2013). Rapport des comptes nationaux de santé 2010-2011. Juin 2013, Port-au-Prince, p. 74.
- 5) Ministère de la santé publique et de la population (2014). Rapport des comptes nationaux de santé 2011-2012. Juin 2014, Port-au-Prince, p. 65.
- 6) Ministère de la santé publique et de la population (2015). Rapport des comptes nationaux de santé 2012-2013. Août 2015, Port-au-Prince, p. 67.
- 7) <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en>
- 8) Farmer P. & al. (2003). Unjust embargo of aid for Haiti. The Lancet, Vol. 361, Issue 9355, p. 420-423.
- 9) Ministère de la santé publique et de la population (2012). La politique nationale de santé. Juillet 2012, Port-au-Prince, p. 56.

Cette note a été réalisée par l'Unité d'étude et de programmation (UEP) du MSPP avec l'appui technique (gueuillelm@paho.org) et financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) / Organisation mondiale de Santé (OMS).