



**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Cinquante-sixième session

Addis Abéba, Ethiopie, 28 août – 1<sup>er</sup> septembre 2006

Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

**FINANCEMENT DE LA SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE**

**Rapport du Directeur régional**

**RÉSUMÉ D'ORIENTATION**

1. Le mode de financement d'un système de santé influe sur son administration, la constitution de ses ressources, les prestations de services fournies et la réalisation d'objectifs tels que le bon état de santé, l'aptitude à répondre aux attentes non médicales du public (réduction des délais d'attente, respect de la dignité, propreté des installations physiques, repas de qualité) et la fixation de contributions financières équitables, pour ne pas exposer les usagers à un risque financier important, ni à la paupérisation.
2. Les pays de la Région font face à un certain nombre de défis majeurs : faiblesse des investissements dans la santé; faiblesse des taux de croissance économique; absence de politiques et de plans stratégiques globaux en matière de financement de la santé; forte proportion des paiements directs de soins; accès financier limité aux services de santé; couverture restreinte par l'assurance maladie; absence de structures de protection sociale des pauvres; mauvaise utilisation des ressources; inefficacité de l'assistance; et faiblesse des mécanismes de coordination du soutien des partenaires au secteur de la santé.
3. Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé et réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire, il faut que les systèmes de santé de la Région africaine disposent de plus d'argent; jouissent de plus d'équité dans le financement des services de santé et sur le plan de l'accessibilité à ces derniers; utilisent de manière plus efficiente les ressources disponibles et élargissent la couverture en services de santé, notamment ceux qui ciblent les populations pauvres. Les pays sont invités instamment à institutionaliser les comptes nationaux de la santé, afin de faciliter la planification, le suivi et l'évaluation sur le plan financier.
4. La présente stratégie vise à favoriser la mise en place de mécanismes nationaux de financement de la santé qui soient équitables, efficaces et viables, afin de réaliser les OMD relatifs à la santé et les autres objectifs sanitaires nationaux.
5. Le Comité régional est invité à examiner cette stratégie et à adopter les mesures recommandées, ainsi que le projet de résolution joint.



## SOMMAIRE

### Paragraphe

INTRODUCTION .....	1 – 6
ANALYSE DE LA SITUATION.....	7 – 15
STRATÉGIE RÉGIONALE.....	16 – 34
RÔLES ET RESPONSABILITÉS .....	35 – 38
SURVEILLANCE ET ÉVALUATION .....	39 - 41
CONCLUSION.....	42 – 43



## INTRODUCTION

1. Le financement de la santé est l'une des quatre fonctions des systèmes de santé. Le financement de la santé désigne la collecte de fonds auprès de différentes sources (par exemple, les gouvernements, les ménages, les entreprises, les donateurs), leur mise en commun afin de partager le risque financier entre de plus grands groupes au sein de la population, et leur utilisation pour le paiement des services fournis par les prestataires publics et privés de soins de santé.<sup>1</sup> Il a pour objectifs de mettre des fonds à disposition, de garantir le choix et l'achat d'interventions rentables, d'accorder des incitations financières appropriées aux prestataires, et de faire en sorte que tous les individus aient accès à des services de santé efficaces.<sup>2</sup>

2. La performance d'un système de santé dépend, entre autres, de sa capacité à générer des recettes de manière équitable et efficace, et à répartir le risque financier entre malades et bien portants, de même qu'entre riches et pauvres; du niveau des subventions en faveur des pauvres; de l'acquisition judicieuse des moyens et services sanitaires; et de la situation macroéconomique qui prévaut, par exemple, la croissance économique, le chômage, l'importance du secteur non structuré par rapport au secteur structuré, la gouvernance, etc.

3. Il est amplement démontré que la façon dont un système de santé est financé influe à la fois sur sa performance et sur la réalisation de ses objectifs.<sup>3</sup> L'ampleur, l'efficacité et l'équité du financement de la santé déterminent l'allure à laquelle les pays parviennent à réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire et à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

4. Conscients du rôle important du financement dans le développement sanitaire, les Chefs d'État africains se sont engagés, en 2001, à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la mise à disposition et l'utilisation efficace des ressources. En outre, ils sont convenus d'affecter au moins 15 % de leurs budgets annuels nationaux à l'amélioration du secteur de la santé;<sup>4</sup> cet engagement a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo.<sup>5</sup> Des résolutions récentes<sup>6</sup> du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique invitent instamment les États Membres à honorer l'engagement pris par les Chefs d'État à Abuja.

---

<sup>1</sup> OMS, *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

<sup>2</sup> Carrin G, James C, Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage, *International Social Security Review*, 58(1): 45–64, 2005.

<sup>3</sup> Preker AS, Carrin G (eds), *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing*, Washington, D.C., The World Bank, 2004.

<sup>4</sup> OUA, *Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*, Addis-Abeba, Organisation de l'Unité africaine, 2001.

<sup>5</sup> UA, *Déclaration de Maputo sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes*, Addis-Abeba, Union africaine, 2003.

<sup>6</sup> AFR/RC52/R4, Pauvreté et santé : une stratégie pour la Région africaine. In: *Cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Harare (Zimbabwe), 8–12 octobre 2002, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2002 (AFR/RC52/19), pp. 10–12. AFR/RC53/R1, Macroéconomie et santé : l'avenir dans la Région africaine. Dans: *Cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Johannesburg (Afrique du Sud), 1<sup>er</sup>–5 septembre 2003, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2003 (AFR/RC53/18), pp. 10–12.

5. En mai 2005, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution<sup>7</sup> qui invite instamment les États Membres à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des contributions financières pour les soins de santé. L'objectif visé est de répartir le risque financier sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins. La résolution invite également à prévoir la transition planifiée vers la couverture sanitaire universelle et à faire en sorte que les fonds extérieurs destinés aux programmes ou activités de santé soient rendus disponibles, gérés et organisés de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes de financement durables pour le système de santé dans son ensemble.

6. Le présent document examine brièvement l'état du financement de la santé dans la Région et propose les interventions prioritaires qui pourraient être entreprises pour renforcer les systèmes nationaux de financement de la santé; il décrit les rôles et responsabilités des pays, de l'OMS et des partenaires, et propose un cadre de suivi et d'évaluation succinct. Il conviendrait de mettre en œuvre d'urgence les interventions proposées pour garantir la réalisation des OMD et des autres objectifs sanitaires nationaux. Ce document de stratégie est conforme à l'esprit de la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le XXI<sup>ème</sup> siècle<sup>8</sup>.

## ANALYSE DE LA SITUATION

7. En 2002, sur les 46 pays membres de la Région africains de l'OMS, 15 dépensaient moins de 4,5 % de leur produit intérieur brut pour la santé; dans 29 pays, les dépenses publiques par personne et par an étaient inférieures à US \$10 (voir *Figure 1*); et dans 43 pays, moins de 15 % du budget national annuel étaient consacrés à la santé (voir *Figure 2*). La plupart des pays étaient donc loin d'atteindre l'objectif de 15 % fixé par les Chefs d'État africains en 2001. Qui plus est, 31 pays ne se conformaient pas à la recommandation de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS<sup>9</sup> de dépenser US \$34 pour la santé de chaque habitant (voir *Figure 3*), montant nécessaire pour acquérir l'ensemble des services de santé essentiels. À vrai dire, des estimations basées sur des données de 2002 montrent que, même si tous les pays atteignent la cible d'Abuja, plus de la moitié d'entre eux n'auraient pas beaucoup progressé dans la réalisation des objectifs<sup>10</sup> de la Commission Macroéconomie et Santé et des OMD.

8. Dans 24 pays, 50 % du total des dépenses de santé étaient d'origine publique; dans 17 pays, 25 % du total des dépenses de santé provenaient de sources extérieures. La communauté internationale a donc contribué dans une large mesure au financement de la santé dans la Région. Toutefois, les implications des coûts récurrents des investissements financiers appuyés par des donateurs ne sont pas souvent prises en compte, ce qui a une influence négative sur leur viabilité.

9. Les dépenses privées des ménages et des entreprises constituaient plus de 40 % du total des dépenses de santé dans 31 pays. Les dépenses privées sont pour l'essentiel des paiements directs faits par les ménages (voir *Figure 4*), par exemple les plans de recouvrement des coûts au titre de

---

<sup>7</sup> Résolution WHA58.33, Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHA58/2005/REC/1).

<sup>8</sup> OMS/AFRO, Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le XXI<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020. Harare ; 2002.

<sup>9</sup> OMS, *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

<sup>10</sup> Atim C: Facteurs financiers affectant la lenteur des progrès accomplis pour atteindre les cibles convenues en ce qui concerne le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique. Londres : DFID Health Resource Centre, 2006.

l'Initiative de Bamako.<sup>11, 12</sup> Les mécanismes de financement anticipé des frais de santé (y compris les mutuelles d'assurance maladie et les régimes d'assurance maladie à base communautaire)<sup>13</sup> ne couvrent qu'une faible proportion des populations de la Région. Les mécanismes de financement anticipé représentent plus de 72 % des dépenses de santé privées dans deux pays. Toutefois, même dans ces pays, la proportion de la population qui est couverte dans le cadre de régimes maladie avec paiement anticipé, est relativement faible.

10. Le personnel de santé employé par les gouvernements et les ONG perçoit souvent des salaires fixes n'ayant aucun rapport avec la charge de travail. Le financement des services publics est assuré sur la base des budgets antérieurs ajustés en fonction de l'inflation et par des transferts de fonds d'un ministère à un autre, sans grande considération stratégique à la base des décisions d'allocation<sup>14</sup>.

11. Au cours de ces dernières années, certains progrès ont été faits en ce sens que l'on a mobilisé davantage de moyens financiers pour le secteur de la santé et que l'on s'est saisi d'un certain nombre de questions d'équité et d'efficacité, notamment de la mise en commun des recettes et de la gestion du risque. On constate également une certaine prise de conscience des questions fondamentales liées à l'affectation des ressources et à l'achat des services de santé.

### Défis à relever

12. En matière de collecte efficiente et équitable des recettes, les défis concernent notamment la faiblesse des investissements dans la santé, le large recours aux paiements directs, la faible capacité contributive des ménages due à la pauvreté généralisée, le chômage élevé, la faible croissance économique, la marge de manœuvre financière (budgétaire) limitée, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les taux de croissance démographique élevés, bien qu'en déclin, le décaissement irrégulier des fonds provenant des donateurs, et la faiblesse des mécanismes de coordination des partenariats pour la santé.

13. De graves problèmes se posent toujours au sujet de la mise en commun des recettes et de la gestion des risques. Ainsi, les dépenses des ménages sous forme de paiements directs échappent aux mécanismes de mise en commun des recettes. Les pays ont tendance à s'en remettre à un ou deux des quatre mécanismes de gestion des risques (à savoir, les systèmes de soins de santé à financement public, l'assurance sociale maladie, l'assurance maladie à assise communautaire et l'assurance maladie volontaire), qui peuvent être insuffisants pour réaliser tous les objectifs de financement de la santé. Le caractère limité des formules de réassurance expose les régimes d'assurance à la faillite.<sup>15</sup> La gestion des risques pâtit également des faibles capacités de gestion du secteur public, de la qualité insuffisante des services de santé publics, des forfaits restrictifs du secteur public, de la faiblesse des subventions croisées et de la sous-rémunération des personnels de santé du secteur public.

<sup>11</sup> WHO, Report on the review of the implementation of the Bamako Initiative, Harare, World Health Organization, Regional Office for Africa, 1999.

<sup>12</sup> Mepake B., Hanson K., Mills A. Community financing of health care in Africa : an evaluation of the Bamako Initiative, *Social Science and Medicine*, 36 (11) : 1383-1395, 1993

<sup>13</sup> Ekman B., Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence, *Health Policy and Planning*, 19(3), 249-270, 2004.

<sup>14</sup> Preker AS, Gérer la pénurie par l'achat stratégique de soins de santé. Dans : Preker AS, Langenbrunner JC (eds). *Spending wisely : Buying health services for the poor*, Washington, DC, Banque Mondiale, 2005, pp.23-60.

<sup>15</sup> Dror DM, Preker AS (eds), *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing*, Washington, DC., Banque mondiale et organization internationale du Travail, 2002.

14. L'affectation des ressources et l'achat des services de santé posent un certain nombre de problèmes majeurs. Beaucoup de gouvernements dispensent toujours la totalité de leurs services de santé par l'intermédiaire du secteur public, malgré la présence et la renommée des structures de soins des ONG et du secteur privé. Les fonds des donateurs sont souvent destinés à des maladies prioritaires et ne peuvent donc servir au renforcement des systèmes de santé. Certaines subventions en faveur des prestataires de soins profitent aux riches plus qu'aux pauvres. Dans la plupart des pays de la Région, les barèmes de rémunération actuellement en vigueur dans le secteur des soins de santé n'incitent pas le personnel à améliorer ses performances, et les mécanismes de paiement au niveau des établissements publics de santé dissuaderaient plutôt que de maximiser le rendement et de maîtriser les dépenses. Les formations sanitaires continuent d'utiliser peu judicieusement les ressources dont elles disposent.<sup>16</sup>

### **Possibilités offertes**

15. Les pays pourraient tirer parti des différentes possibilités qui s'offrent à eux. Au nombre de celles-ci, figurent la dynamique induite par les OMD, l'engagement pris par les Chefs d'État africains de majorer sensiblement les budgets de la santé; l'engagement pris par la communauté des donateurs (Facilité de financement internationale, G-8, Union européenne, Organisation de Coopération et de Développement économiques) de développer davantage les instruments d'assistance (Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, GAVI, Initiative en faveur des Pays pauvres très endettés, etc.) et de rendre l'aide plus efficace;<sup>17</sup> la volonté accrue des partenaires dans les pays de participer à des approches sectorielles (SWAp). Parmi les autres possibilités, il y a, dans le contexte du NEPAD, le fait que l'Union africaine est plus déterminée à promouvoir la gouvernance, la transparence et la responsabilité dans la Région; la reconnaissance plus affirmée du rôle essentiel de la santé dans le développement; l'intégration d'une composante santé dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté (y compris les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté [PRSP]) et les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT); l'existence d'un potentiel pour accroître la disponibilité des ressources grâce à l'amélioration de l'efficacité et à la promotion du partage des connaissances en matière de financement de la santé.<sup>18</sup>

## **STRATÉGIE RÉGIONALE**

### **Objectifs**

16. L'objectif général de cette stratégie est de favoriser la mise en place de mécanismes nationaux de financement de la santé qui soient équitables, efficaces et durables, afin de réaliser les OMD relatifs à la santé et les autres objectifs sanitaires nationaux.

---

<sup>16</sup> Kirigia JM, Emrounznjad A, Sambo LG, Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: Using data envelopment analysis, *Journal of Medical Systems*, 26 (1): 29-45, 2002; Asbu EZ, McIntyre D, Addison T, Hospital efficiency and productivity in three provinces of South Africa, *South African Journal of Economics*, 69 (2): 336-358, 2001.

<sup>17</sup> OMS, *Paris declaration on aid effectiveness: Ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, High-Level Forum, 2005.

<sup>18</sup> Preker AS, Langenbrunner JC (eds), *Spending wisely: Buying health services for the poor* Washington, D.C., Banque mondiale, 2005. Davantage d'information sur le financement de la santé peut être trouvée sur les sites suivants : <http://www.who.int/health> financing; [www.who.int/evidence/cea](http://www.who.int/evidence/cea); <http://www.who.int/contracting>; <http://www.worldbank.org>.



17. Cette stratégie vise plus spécifiquement à :

- a) garantir le niveau de financement nécessaire pour atteindre les buts et les objectifs sanitaires souhaités de manière durable;
- b) garantir un accès financier équitable à des services de santé de qualité;
- c) faire en sorte que la population soit protégée des catastrophes financières et de l'appauvrissement résultant du recours aux services de santé;
- d) garantir une allocation et une utilisation efficaces des ressources destinées au secteur de la santé.

### **Principes directeurs**

18. Le choix et l'exécution d'interventions prioritaires concernant le financement de la santé s'inspireront des principes suivants :

- a) ***L'appropriation par les pays*** permettra de veiller à ce que tous les processus de financement de la santé soient conduits par les pays et leur appartiennent.
- b) La fourniture de services de soins de santé devrait s'efforcer de favoriser ***l'équité en matière d'accès*** pour tous les groupes au sein de la population, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables (par exemple, les pauvres, les femmes et les enfants). ***L'équité du financement*** doit garantir que les contributions au financement du système de santé sont effectuées en fonction de la capacité de paiement et bien avant que les soins de santé ne soient nécessaires, afin de protéger les familles de l'appauvrissement.
- c) ***L'efficacité*** permettra de tirer un profit sanitaire maximal des maigres moyens disponibles, en accordant une attention particulière aux dépenses de fonctionnement immédiates, mais aussi aux conséquences en termes de charges récurrentes à plus longue échéance des grandes dépenses de biens d'équipements et de ressources humaines.
- d) ***Un haut niveau de transparence*** doit caractériser toutes les procédures et tous les mécanismes financiers, ainsi que les dépenses effectives.
- e) ***Les mécanismes de partage des risques*** devront être élargis pour accroître la part du budget de la santé qui est mise en commun et réduire celle qui se présente sous forme de paiements directs des soins.
- f) ***La prise de décisions fondée sur des bases factuelles*** s'accomplira au jour le jour, se conformera aux réformes du financement de la santé, tablera sur les meilleures pratiques et sera économiquement viable.
- g) ***Les partenariats*** devront impliquer tous les secteurs liés à la santé, les différents niveaux de gouvernement, le secteur privé, les organisations internationales de développement, les communautés et la société civile.

## Interventions prioritaires

19. Les interventions prioritaires proposées s'articulent autour du **renforcement** des trois fonctions du financement de la santé : la collecte des recettes; la mise en commun des recettes et la gestion des risques; l'affectation des ressources et l'achat des interventions.

20. Ce renforcement des fonctions pourra nécessiter la formation et le recrutement de nouvelles catégories de personnel possédant des compétences en analyse actuarielle, en économie de la santé, en gestion financière et de biens, en technologies de l'information, en gestion des assurances et en programmes de paiement anticipé, ainsi qu'en planification, suivi et évaluation.

## Recouvrement des recettes

21. *Renforcer les mécanismes de financement.* À long terme, il s'agira de mettre en place des mécanismes de paiement anticipé tels que l'assurance sociale maladie, la fiscalisation du financement des soins (y compris l'affectation à la santé des ressources provenant du paiement de taxes sur l'alcool et le tabac), ou un ensemble de mécanismes de paiement anticipé (avec une participation communautaire maximale) permettant d'atteindre l'objectif de la couverture universelle. Pendant la période de transition menant à la couverture universelle, les pays auront probablement recours à tout un ensemble de mécanismes pour gérer efficacement le risque financier. Au nombre de ceux-ci, figurent les subventions (impôts et dons), l'assurance obligatoire (couverture par l'assurance sociale maladie de certains groupes spécifiques, par exemple), l'assurance volontaire (organisée au niveau de la communauté, de la coopérative ou de l'entreprise), la réassurance, les économies et la limitation des dépenses directes.

22. *Honorer les engagements précédemment pris dans la Région.* Une action politique s'impose maintenant pour faire en sorte que les Chefs d'État africains honorent l'engagement qu'ils ont pris d'affecter 15 % de leurs budgets nationaux à la santé. Cela implique des majorations ambitieuses mais réalistes des crédits alloués au secteur de la santé, conformément au Cadre des dépenses à moyen terme. En outre, les budgets approuvés selon des procédures administratives approuvées devront être exécutés dans leur intégralité.

23. *Suivre l'appui budgétaire fourni par plusieurs donateurs.* Il sera nécessaire de suivre de près l'appui budgétaire fourni par plusieurs donateurs, afin de veiller à ce que le passage de l'appui sectoriel à l'appui budgétaire général n'amodrisse pas les contributions des donateurs au secteur de la santé.

24. *Supprimer ou réduire les paiements directs.* Les pays qui choisissent de supprimer ou de réduire les paiements directs, devront veiller à ce qu'une autre source de financement soit disponible pour continuer d'assurer des services<sup>19</sup> de haute qualité.

25. *Gagner en efficacité dans le recouvrement des recettes.* Les mécanismes de collecte des recettes éviteront de gaspiller leurs maigres ressources à cause de frais administratifs élevés et maximiseront les ressources provenant à la fois du secteur formel du secteur informel.

---

<sup>19</sup> Gilson L, McIntyre D, Removing user fees for primary care in Africa : The need for careful action, *British Medical Journal*, 331: 762-765, 2005.

### ***Mise en commun des recettes***

26. *Mettre en place des systèmes de paiement anticipé.* Les pays doivent adopter ou amplifier des systèmes de paiement anticipé (alimentés par des prélèvements fiscaux et/ou des cotisations d'assurance). De telles formules permettent aux gens d'avoir accès aux services quand ils en ont besoin, tout en protégeant les pauvres d'une catastrophe financière en réduisant le montant des paiements directs. Lorsqu'ils conçoivent de tels systèmes, les responsables politiques se devront d'y associer toutes les autres parties prenantes<sup>20</sup>.

27. *Établir de nouvelles structures de financement de la santé.* Compte tenu des liens complexes entre, d'une part, la gestion des risques et, d'autre part, la collecte des fonds et l'achat des services, beaucoup de pays choisissent de se doter de nouvelles structures de financement de la santé, et cela afin de garantir une bonne coordination entre les trois fonctions du financement de la santé. Les arrangements concernant la gouvernance des nouvelles structures de financement de la santé devraient inclure la représentation de toutes les parties prenantes intéressées. Quel que soit le montage institutionnel choisi, il conviendra de donner aux questions de qualité des soins, de gamme de prestations, de mécanismes de paiement des prestataires et de rémunération du personnel des réponses qui contribuent à soutenir la mise en commun des recettes et la gestion des risques.

28. *Renforcer les filets de sécurité pour protéger les pauvres.* Les mécanismes d'exonération gagneraient en efficacité si l'on s'employait à mieux faire connaître la politique d'exonération au sein de la communauté; si l'on accordait des cartes d'exemption aux pauvres bien avant que le besoin de soins n'apparaisse; si l'on consentait des dégrèvements de frais directs (notamment dans les transports) et indirects aux pauvres; si l'on renforçait les capacités administratives de surveillance, d'encadrement, d'interprétation et d'application des exonérations; si l'on indemnisait les formations sanitaires pour le manque à gagner résultant des exonérations; si l'on majorait les crédits alloués aux formations sanitaires autour desquelles les pauvres se concentrent; et si l'on renforçait le soutien politique en faveur des exonérations.<sup>21</sup> En outre, lorsque des communautés presque entières vivent en dessous du seuil de pauvreté, les pouvoirs publics devront assurer des services subventionnés; et là où existe une assurance maladie à base communautaire, la participation des pouvoirs publics sera toujours nécessaire sur le plan des subventions et des mécanismes de réassurance.

### ***Affectation des ressources et achat des services***

29. *Financer le renforcement des systèmes de santé.* Le financement existant et complémentaire du secteur de la santé, à partir de sources tant nationales qu'internationales, doit être axé sur le renforcement général des systèmes, de même que sur des programmes consacrés à des maladies spécifiques.

30. *Renforcer les systèmes de santé au moyen de ressources destinées aux maladies prioritaires.* Si l'on veut que les programmes de lutte contre les maladies prioritaires soient exécutés efficacement, il faut d'urgence renforcer les systèmes de santé sur lesquels ils s'appuient, et notamment les capacités de gestion et les soins intégrés (soins de santé primaires et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, par exemple).

<sup>20</sup> OMS, Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, Technical Briefs for Policy-Makers, Number 2, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document sorti sous la cote : WHO/EIP/HSF/PB/05.02).

<sup>21</sup> Masiye F, Analysis of health care exemption policy in Zambia: Key issues and lessons. In: Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E (eds), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, pp. 139-159, 2003.

31. *Passer des contrats avec le secteur privé et les ONG.* Dans la Région africaine, les ONG et le secteur privé permettent de mobiliser des moyens importants. Or, ces moyens peuvent être mis au service de la réalisation des objectifs de la politique de santé en les liant par contrat au secteur public, mais de nombreux pays devront pour cela créer un environnement favorable en se dotant de structures politiques et législatives appropriées. Il y aurait lieu d'encourager les gouvernements à s'assurer par contrat les services de prestataires non gouvernementaux et privés dans des domaines où ils ont un avantage comparatif, et veiller à ce que des mécanismes soient en place pour permettre aux pauvres d'accéder à des services de santé de haute qualité.

32. *Intégrer des mécanismes de ciblage fondés sur la demande.* Certains pays ont fait l'essai de mécanismes efficaces de ciblage fondés sur la demande tels que les transferts de fonds, les bons d'échange et les primes d'assurance bonifiées. Si nécessaire et si possible, ces mécanismes devraient compléter les mécanismes de financement fondamentaux plus vastes. Il conviendrait de recourir plus largement à ces mécanismes de ciblage fondés sur la demande dans toute la Région, afin d'aplanir les obstacles financiers à l'accès aux services de soins de santé.

33. *Réformer les mécanismes de paiement des prestataires.* Les mécanismes de paiement des prestataires peuvent être utilisés pour créer des incitations en vue d'une productivité, d'une efficacité et d'une équité<sup>22</sup> plus grandes. Réformer en profondeur les mécanismes de paiement oblige souvent à des réformes parallèles de la fonction publique, de manière à réaliser l'objectif recherché qui consiste à maximiser les retombées sanitaires avec les moyens dont on dispose<sup>23</sup>.

34. *Il existe d'autres interventions pour limiter le gaspillage des ressources.* Il pourra s'agir d'allouer des ressources sur la base du besoin estimatif de services de santé; d'améliorer l'acquisition des moyens (en lançant des appels d'offres, par exemple), les systèmes de distribution et les pratiques en matière de prescription; de perfectionner les systèmes de gestion financière; et de renforcer les capacités en matière d'établissement des coûts, de budgétisation, de planification, de contrôle et d'évaluation à tous les niveaux du système de santé. Il sera tout aussi bénéfique d'améliorer les systèmes de recours, d'exercer un contrôle institutionnalisé de l'équité et de l'efficacité, de mettre en place des mécanismes de coordination du secteur de la santé (par exemple, les approches sectorielles) et de définir un ensemble de services essentiels découlant d'une définition des priorités et d'un choix d'interventions approuvées par la société.

## **RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

35. Au niveau des pays, il sera indispensable de réunir davantage de ressources financières d'une manière équitable et efficace, si l'on veut atteindre les objectifs régionaux d'accélération des progrès vers la réalisation des OMD et de protection des populations contre les effets appauvrissants de la maladie. La stratégie de financement de la santé étant appelée à jouer un rôle décisif dans la réalisation de ces objectifs, elle a besoin de ressources humaines et financières suffisantes pour la réussite de sa mise en œuvre.

---

<sup>22</sup> Mills AJ et Ranson K. La conception de systèmes de santé. Dans : Merson MH, Black RE, Mills AJ (eds), *International Public Health : diseases, programs, systems and policies* Sudbury, Mass., Jones and Bartlet Publishing, 2005, pp. 515-558.

<sup>23</sup> OMS, *Paris Declaration on aid effectiveness: Ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability*, Genève Organisation mondiale de la Santé, High-Level Forum, 2005.

## Des pays

36. La volonté, l'engagement et l'appui politiques nationaux sont essentiels pour le succès de la mise en œuvre de cette stratégie. Le rôle de direction technique joué par le Ministère de la Santé est, en outre, capital dans la mise en œuvre de la stratégie. En conséquence, chaque pays :

- a) renforcera la capacité de direction du Ministère de la Santé, ainsi que sa collaboration avec le Ministère des Finances, le Ministère du Travail et d'autres ministères et parties prenantes intéressés;
- b) renforcera ou élaborera une politique globale de financement de la santé et un plan stratégique qui deviendront des éléments essentiels de la politique nationale de santé et du plan de développement sanitaire; en outre, le plan stratégique de financement de la santé devrait comprendre une feuille de route précise pour la réalisation des OMD et, enfin de compte, la réalisation de la couverture universelle;
- c) intégrera son plan stratégique de financement de la santé aux schémas de développement national tels que le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté et le Cadre des dépenses à moyen terme;
- d) assurera une protection statutaire des allocations minimum de financement de la santé, accordées au secteur de la santé;
- e) tiendra l'engagement pris par les Chefs d'État africains d'affecter au moins 15 % du budget national au développement sanitaire;
- f) mobilisera des ressources additionnelles et utilisera les possibilités existantes de financement pour atteindre les objectifs convenus internationalement (par exemple, les OMD);
- g) renforcera l'administration, le contrôle, la transparence et la responsabilisation du secteur sanitaire, ainsi que les mécanismes permettant de prévenir le gaspillage des ressources destinées à la santé;
- h) renforcera les compétences en matière de gestion financière, notamment dans les domaines de la comptabilité, de la vérification des comptes, de la science actuarielle, de l'économie de la santé, de la budgétisation, de la planification, du suivi et de l'évaluation;
- i) raffermira le système national de financement de la santé, notamment les structures, les processus et les systèmes de gestion du financement, ainsi que la participation aux systèmes de paiement anticipé (y compris l'assurance maladie);
- j) officialisera le contrôle de l'efficacité et de l'équité, ainsi que la comptabilité sanitaire au niveau national et de district, au sein des systèmes de gestion de l'information sanitaire;

- k) renforcera les capacités de production, de diffusion et d'utilisation de bases factuelles relatives au financement de la santé, y compris l'estimation du coût, en vue de la prise de décisions.

### **De l'Organisation mondiale de la Santé et des partenaires**

37. L'OMS, agissant en étroite partenariat avec la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'Organisation internationale du Travail, la Banque africaine de Développement, les Communautés économiques régionales, l'Union européenne, les donateurs bilatéraux, d'autres institutions onusiennes compétentes (par exemple, l'UNICEF), ainsi que d'autres donateurs publics et privés, apportera un soutien technique et financier aux pays de la Région dans la mise en œuvre de la présente stratégie. Il sera nécessaire d'adapter ce soutien technique et financier aux besoins particuliers des pays. En outre, l'OMS et les partenaires :

- a) prépareront des lignes directrices régionales pour l'élaboration de politiques globales et de plans stratégiques de financement de la santé, ainsi que pour le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre;
- b) aideront au besoin les États Membres à élaborer des méthodes et des instruments permettant d'évaluer les différentes pratiques suivies en matière de financement de la santé, et notamment la collecte des recettes, leur mise en commun et l'achat (ou la fourniture) des interventions, dans le cadre de leurs efforts en vue d'atteindre la couverture universelle;
- c) établiront des réseaux et mettront en place des mécanismes pour faciliter l'échange permanent des expériences et des leçons tirées en matière de financement de la santé;
- d) soutiendront les recherches sur le financement de la santé, la diffusion des résultats et leur utilisation dans la prise de décisions;
- e) veilleront à ce que les principales recommandations de cette stratégie régionale soient au centre de la composante santé de tous les plans d'action pertinents.

38. De plus, l'OMS et les partenaires collaboreront avec les États Membres afin de veiller à ce que :

- a) une part toujours plus grande des budgets nationaux soit affectée au secteur de la santé et à d'autres secteurs vitaux, afin d'accélérer la réalisation des OMD relatifs à la santé, dans le droit fil des engagements réaffirmés par les Chefs d'État africains à Maputo, en 2003;

- b) les crédits alloués à la santé et aux secteurs connexes par des donateurs internationaux et d'autres partenaires au développement viennent en complément des ressources nationales et non s'y substituer, et demeurent conformes aux objectifs macroéconomiques et de croissance;
- c) les engagements pris devant diverses instances internationales,<sup>24</sup> y compris les engagements pris dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide,<sup>25</sup> soient tenus.

## SUIVI ET ÉVALUATION

39. Le suivi et l'évaluation de la stratégie du financement ont pour objectif principal d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de la stratégie et d'aider à la prise de décisions en toute connaissance de cause.

40. Avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires au développement, les États Membres devraient conduire, sur une base régulière, des opérations sur les comptes nationaux de la santé, et élaborer un cadre de suivi et d'évaluation basé sur :

- a) les sources de financement : niveau, taux de répartition et d'exécution;
- b) la mise en commun des recettes : couverture de la population grâce aux mécanismes de mise en commun des recettes;
- c) les dépenses : suivi des dépenses; incidence des dépenses sur les bénéficiaires.

41. L'OMS proposera un jeu d'indicateurs globaux pour la comparabilité interpays. En outre, les pays s'entendront sur un jeu d'indicateurs permettant de suivre la réalisation des objectifs et des interventions prioritaires figurant dans la stratégie. Avec l'aide de l'OMS et d'autres partenaires, les pays recueilleront de manière continue des informations sur la mise en oeuvre de la stratégie et procéderont tous les trois ans à une évaluation interpays périodique de la façon dont s'opère le financement de la santé.

## CONCLUSION

42. Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé et les objectifs nationaux de développement sanitaire, tout en élargissant la couverture en services de santé, notamment ceux qui ciblent les pauvres, les pays de la Région africaine ont, d'urgence, besoin de plus de fonds, d'une plus grande équité dans le financement et dans l'accès aux services de santé, et de plus d'efficacité dans l'utilisation des moyens d'action sanitaire.

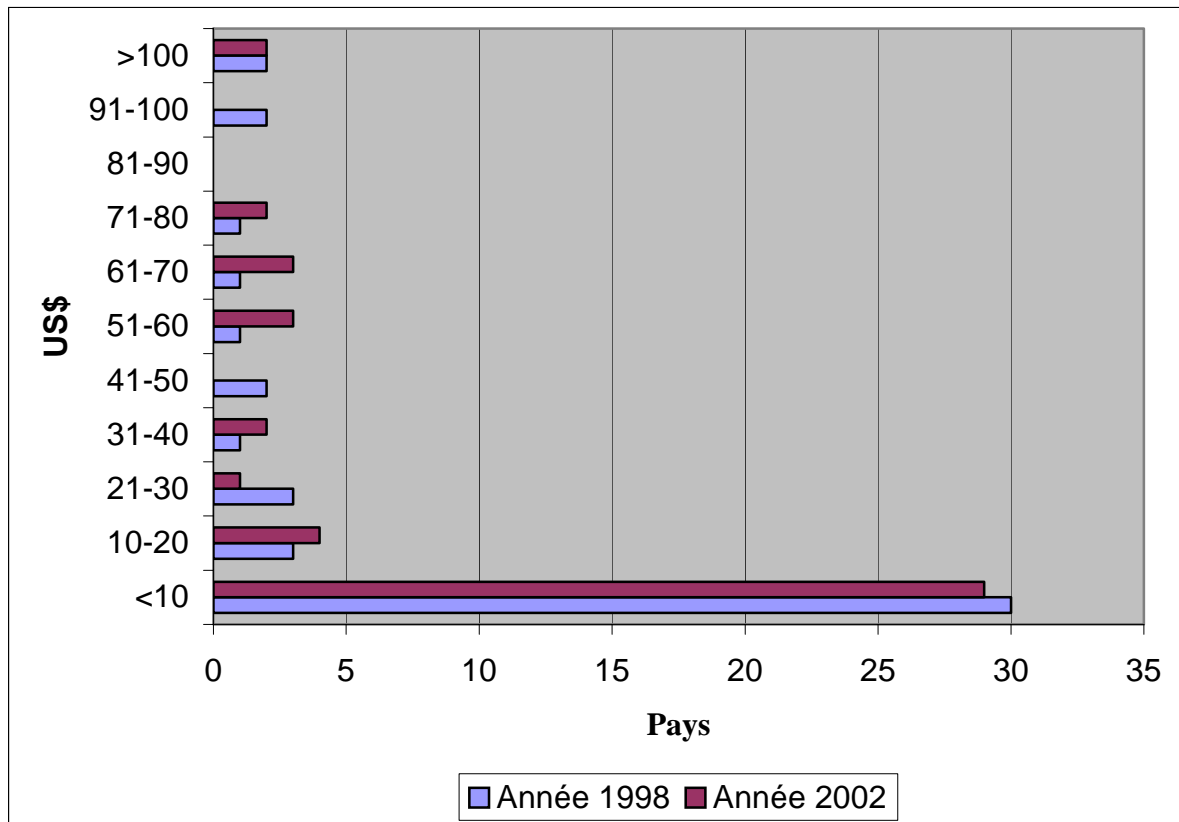
43. Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique est invité à examiner la présente stratégie et à adopter le projet de résolution joint.

---

<sup>24</sup> World Bank, IMF, Aid financing and aid effectiveness, Washington, D.C., Development Committee of the World Bank and international Monetary Fund, 16 September 2005 (DC2005-0020).

<sup>25</sup> OMS, *Paris Declaration on aid effectiveness : Ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Forum de haut niveau, 2005.

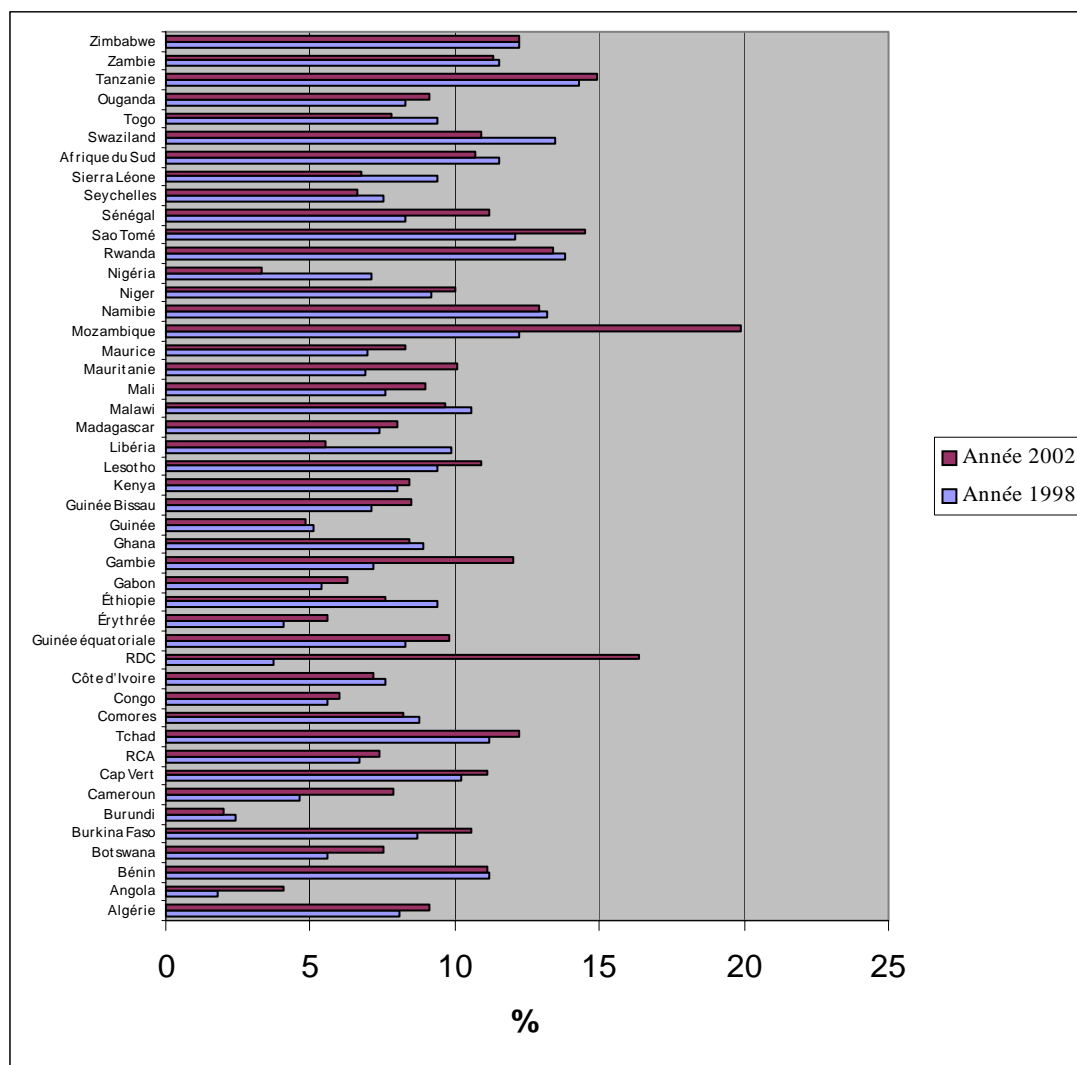
**Figure 1: Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US\$) dans la Région africaine de l'OMS**



Source: Compilation basée sur les données présentées dans le tableau 5 de l'annexe du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

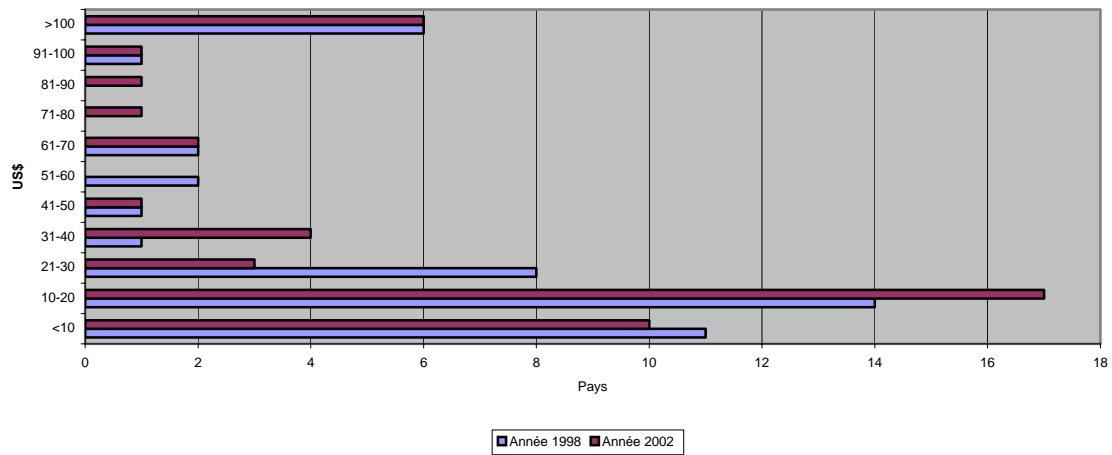


**Figure 2: Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques dans la Région africaine de l'OMS**



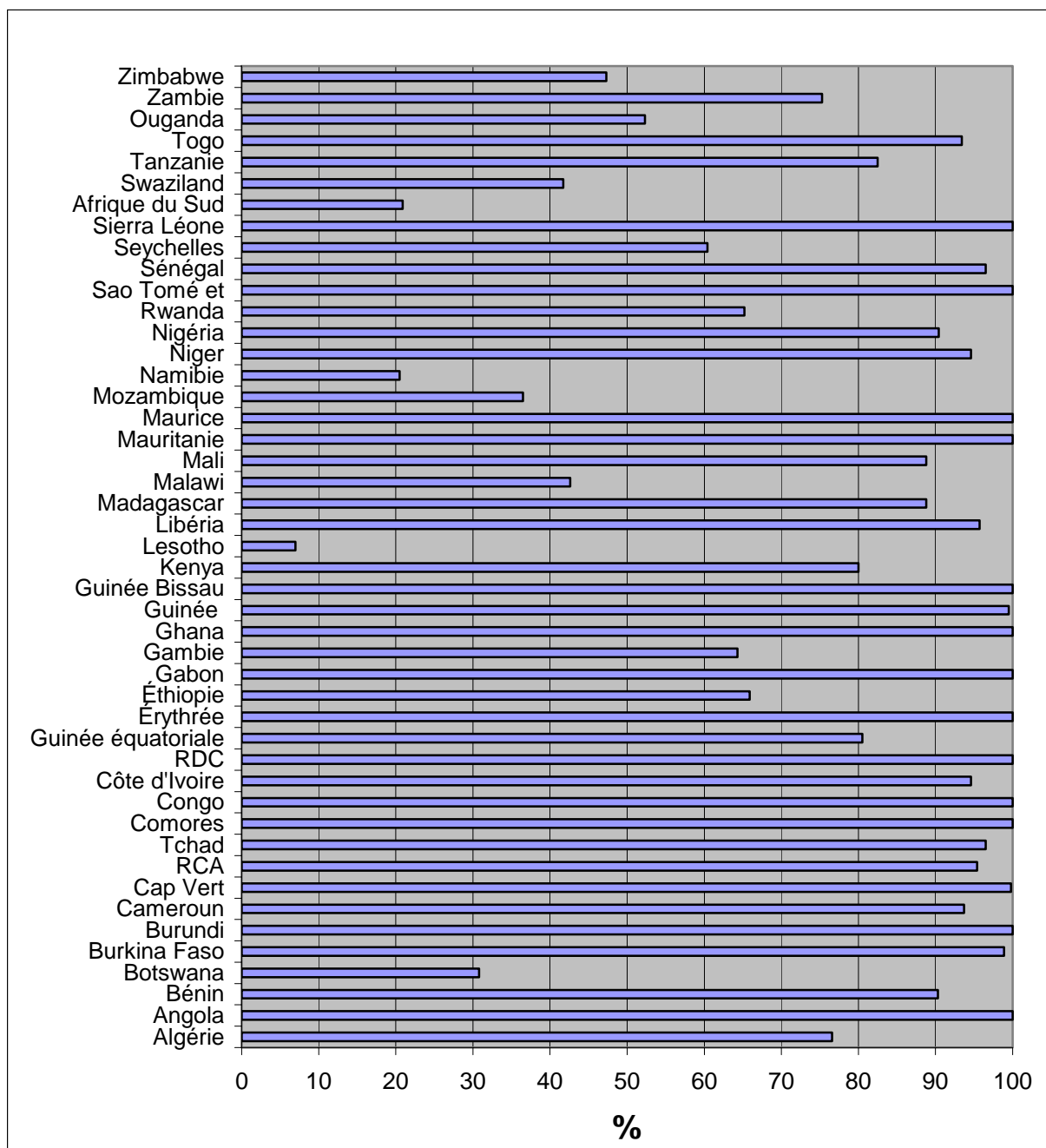
Source : Compilation basée sur les données présentées dans le tableau 5 de l'annexe du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

**Figure 3 : Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US\$) dans la Région africaine de l'OMS**



Source : Compilation basée sur les données présentées dans le tableau 5 de l'annexe du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

**Figure 4: Paiements directs en % des dépenses privées de santé en 2002  
dans la Région africaine de l'OMS**



Source : Compilation basée sur les données présentées dans le tableau 5 de l'annexe du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

