

Groupe de travail n° 1 : Le renforcement des services de santé – Coûts et contraintes

Task Force de haut niveau sur les financements innovants des systèmes de santé

Synthèse et messages clés du rapport technique du Groupe de travail n° 1

22 juin 2009

Depuis l'adoption de la Déclaration du Millénaire, l'aide totale au développement en faveur de la santé (Development assistance for health - DAH) a plus que doublé, et a permis de sauver des millions d'individus et de protéger les moyens de subsistance de leurs familles. Mais, au rythme des progrès actuels, la plupart des pays à faible revenu n'ont pratiquement aucune chance d'atteindre les OMD concernant la mortalité infantile et maternelle, et la crise financière risque de se traduire par 200 000 à 400 000 décès d'enfants supplémentaires dans les pays en développement.

Le manque de fonds, l'utilisation inadéquate des ressources disponibles et le caractère fragmenté des flux de financement ralentissent les progrès. Actuellement, les pays à faible revenu consacrent moins de 25 USD par habitant à la santé, dont 10 USD proviennent directement des patients et seulement 6 USD de la DAH. Il existe un fort déséquilibre de l'aide, en fonction des services. En 2006, plus de 50% de cette aide directement versée aux pays était consacrée à l'OMD 6, alors que moins de 20% était investi dans les services de santé et la nutrition.

Le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain^{*}. Il revient à chaque pays de déterminer l'importance de ce droit aux soins. Mais, pour la réalisation des OMD santé, il faut que les services comprennent au minimum : une couverture universelle des interventions capables de réduire la mortalité chez les femmes, les nouveaux-nés et les enfants de moins de cinq ans ; des soins périnataux ; des services de santé génésique ; des services de prévention et de traitement des principales maladies infectieuses, de diagnostic, d'information, d'orientation et de soulagement des symptômes des patients au niveau des soins de santé de première ligne ; et des services de promotion de la santé. Pour être adéquatement délivrés, les services doivent s'appuyer sur une plate-forme de systèmes de santé, capable de former et d'encadrer le personnel nécessaire, de fournir les médicaments et produits essentiels, et de canaliser les fonds dans un climat de responsabilisation et de transparence.

Des ressources, internes et externes, beaucoup plus importantes, vont devoir être mobilisées pour une progression rapide en direction des OMD santé, et pour permettre aux systèmes de santé des pays à faible revenu de faire du droit à la santé une réalité pour tous.

Une meilleure utilisation des ressources internes et externes est nécessaire pour optimiser l'impact de tous les investissements, existants ou nouveaux, en faveur de la santé et pour pallier les problèmes actuels d'injustice, d'inefficacité et de médiocrité des soins. Il faut que les pays développent une stratégie techniquement saine, et qu'ils prévoient d'élargir la couverture des services prioritaires en renforçant la plate-forme des systèmes de santé. Leur stratégie devra expliquer la façon dont ils vont améliorer la gouvernance, le financement et les prestations de leurs systèmes de santé.

- Les dispositions prises par les gouvernements sont d'une importance cruciale pour optimiser l'impact des dépenses de santé et assurer que les groupes pauvres, vulnérables et marginalisés sont ceux qui bénéficient le plus de cet

^{*} Conventions de l'ONU.

accroissement des ressources ; un leadership plus vigoureux dans les services publics est indispensable, accompagné d'un renforcement des systèmes de gestion au niveau, en particulier, de la gestion financière et des ressources humaines.

- Les dispositions financières doivent assurer la durabilité et l'aspect équitable des structures internes de financement, la prévisibilité des financements externes, la mise en commun des risques à long terme et l'achat de services prioritaires.
- Les dispositions concernant les soins de santé doivent refléter le moyen le plus économique d'assurer des services accessibles, répondant aux besoins des patients, et équitables, sachant tirer parti des prestataires publics et privés selon les besoins.

Aucune approche particulière n'est imposée aux pays pour accroître les interventions, en vue d'atteindre les OMD santé. Il existe de grandes différences d'un pays à l'autre, et les méthodes employées sont très diverses. Deux séries d'analyses ont permis de calculer les coûts et les impacts sur la santé des populations résultant de deux approches différentes de la façon d'élargir les services pour atteindre les OMD santé. La première a été entreprise par l'OMS en collaboration avec UNAIDS et UNFPA, et la seconde par un groupe inter-agences coordonné par la Banque mondiale et l'UNICEF, en collaboration avec l'UNFPA et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en employant l'outil MBB (Marginal Budgeting for Bottlenecks). Toutes deux déterminent l'augmentation annuelle de capital et de financement des coûts récurrents entre 2009 et 2015, nécessaire pour financer suffisamment les interventions et plates-formes de systèmes de santé requises pour véritablement progresser en direction des OMD santé.

L'approche normative de l'OMS examine le montant des ressources nécessaires pour amener les systèmes de santé à un niveau considéré « de bonnes pratiques » par les experts et les médecins. Elle fonde davantage le développement des services sur les établissements de soins et donne la priorité à un élargissement rapide. L'outil MBB, lui, identifie les contraintes critiques (étranglements) empêchant les systèmes de santé existants d'augmenter l'efficacité de leurs interventions, puis identifie les stratégies qui vont permettre de surmonter ces contraintes. Il s'appuie sur une stratégie qui met l'accent sur un développement complet des services disponibles dans les communautés, avant celui des services cliniques en 2014-15.

D'ici à 2015, le renforcement de la gouvernance, le financement et la mise en œuvre de systèmes de santé qui permettraient de progresser rapidement en direction des OMD santé coûteraient entre 36 et 45 milliards d'USD supplémentaires* (24-29 USD par habitant) par an, en sus des quelques 31 milliards d'USD déjà dépensés aujourd'hui dans les pays à faible revenu. Des fonds supplémentaires seront, de toute façon, libérés entre 2009 et 2015 et le déficit à combler en 2015 représente donc la différence entre les besoins de financement (coûts) et ce financement supplémentaire. Le tableau

* En dollar US constants (2005).

ci-dessous illustre le déficit à combler d'ici 2015, en s'appuyant sur deux scénarios différents : engagements respectés (les gouvernements donateurs et bénéficiaires augmentent leurs contributions comme indiqué dans leurs déclarations publiques*) ; et sans changement (maintien de la relation actuelle entre le PIB et les dépenses de santé). Les dépenses privées sont supposées augmenter parallèlement à la croissance du PIB, et une partie de ces dépenses est supposée être consacrée à la réalisation des OMD santé.

| (milliards USD 2005) | Sources de financement supplémentaire en 2015 | | | | Coûts normatifs de l'OMS 2015 | | Outil MBB 2015 | |
|-----------------------|---|-----|-------|-------|-------------------------------|---------|----------------|---------|
| | Gouvernement | DAH | Privé | Total | Coût | Déficit | Coût | Déficit |
| Tous pays | | | | | | | | |
| Engagements respectés | 30 | 7 | 7 | 44 | 45 | 1 | 36 | -8 |
| Sans changement | 4 | 0.5 | 4 | 8 | 45 | 37 | 36 | 28 |

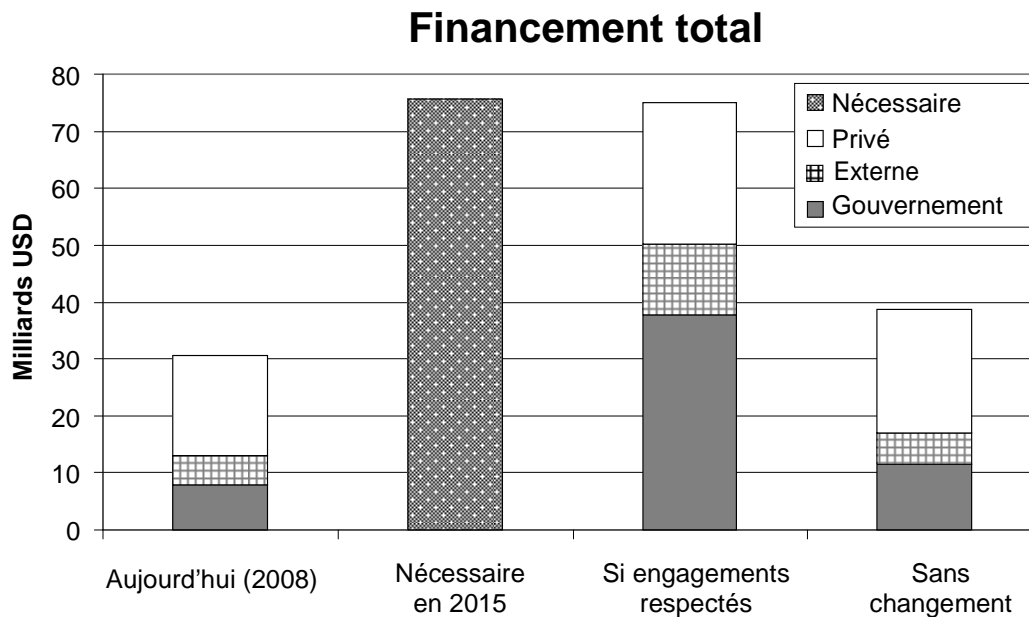
Si les engagements sont respectés, tous pays confondus, il ne devrait pas y avoir de déficit à combler en 2015[†]. Cependant, les gouvernements donateurs et bénéficiaires sont, pour l'instant, loin de respecter les objectifs convenus. Or, la récession économique rend cette situation encore plus difficile. Si la relation actuelle entre les dépenses de santé et le PIB reste inchangée, le déficit sera de 28 à 37 milliards USD en 2015. Pour l'Afrique subsaharienne, le scénario « engagements respectés » représente un déficit de 3 à 5 milliards USD. En revanche, dans ce même scénario « engagements respectés », les autres pays sont plus que capables de faire face aux coûts supplémentaires, et il suffirait de détourner une petite partie de la DAH des pays non subsahariens vers les pays subsahariens pour réduire le déficit de ces derniers. Le scénario « sans changement », lui, annonce un déficit de 26 à 24 milliards USD[‡] dans les pays subsahariens en 2015, et de 2 à 13 milliards USD dans les pays non subsahariens.

* À noter qu'aucun objectif n'est défini quant au pourcentage des dépenses consacrées à la santé par les gouvernements des pays n'appartenant pas à l'Afrique subsaharienne. Un objectif de 12% des dépenses des gouvernements a donc été présumé.

† Avec les coûts normatifs de l'OMS, un déficit subsiste sur l'ensemble de la période 2009-2015, parce ces coûts augmentent plus vite et plus tôt que les financements supplémentaires. Voir Annexe 6, tableau 11.

‡ Le coût estimé par l'outil MBB pour les pays subsahariens est plus élevé que celui de l'OMS. Le déficit est donc plus élevé avec les coûts MBB, à l'inverse des chiffres tous pays confondus où les calculs de l'OMS annoncent un déficit plus élevé.

La figure ci-dessous montre les dépenses totales en 2015, dans le cadre des deux scénarios, par rapport aux estimations des niveaux de dépenses de 2008 et aux besoins de financement (coûts normatifs de l'OMS). Elle souligne l'insuffisance de ressources d'un scénario « sans changement ». Elle démontre aussi l'importance d'augmenter les budgets santé des gouvernements et d'encourager les fonds privés pour financer les services prioritaires.



Avec l'approche de l'OMS comme avec celle de l'outil MBB, on estime que, si le niveau de dépenses de santé ciblé pour 2015 était consacré aux services prioritaires et aux plates-formes des systèmes nécessaires, il sauverait la vie de près de 4 millions d'enfants et de nouveaux-nés. L'approche de l'OMS éviterait jusqu'à 322 000 décès maternels, 193 000 décès d'adultes atteints du VIH et 265 000 morts de la tuberculose. Les estimations du MBB sont de 259 000 (décès maternels), 177 000 (VIH) et 235 000 (Tuberculose). L'approche de l'OMS protégerait du rachitisme plus de 30 millions d'enfants, âgés de 12 à 59 mois, et permettrait de réduire de presque 11 millions les naissances non désirées. La prévention et le traitement de maladies affectant des millions d'enfants et d'adultes permettraient de réduire massivement le taux de morbidité. L'approche de l'OMS offrirait à 22 millions de femmes supplémentaires un accès aux soins périnataux et anténataux, avec un suivi du nourrisson à la naissance et pendant la période néonatale. Avec l'approche MBB, 17 millions de femmes supplémentaires bénéficieraient de soins anténataux et 16 millions de soins périnataux en 2015.

La mise en place de systèmes de santé permettrait d'assurer des progrès sanitaires durables pour l'avenir. Tout aussi important, ces progrès sanitaires durables dans les pays à faible revenu permettraient d'accroître le capital humain et de supprimer les

barrières empêchant la croissance économique, en stimulant le développement économique à long terme et en permettant ainsi aux pays de financer eux-mêmes leurs systèmes de santé.

Les dépenses en capital sont essentielles, pour augmenter la capacité d'absorption d'aide des systèmes de santé. Elles représenteraient entre 40 et 48% de l'investissement, le reste servant à financer le fonctionnement du système de santé, tels que le personnel, les médicaments et fournitures de matériel. Le nombre d'installations sanitaires augmenterait de 74 000 à 97 000 et celui des professionnels de santé de 2,6 à 3,5 millions, soit plus du double des chiffres actuels. Pour assurer l'allocation des fonds supplémentaires aux dépenses de santé, les gouvernements doivent accepter d'accorder une place prioritaire à la santé dans leurs budgets nationaux, et consacrer le supplément de ressources à des interventions à fort impact et au financement des systèmes nécessaires.

Une stratégie sanitaire, supportée par un engagement politique de haut niveau, est essentielle au déploiement des financements externes, de façon à assurer une véritable prise en charge par le pays de ses systèmes de santé, l'alignement des donateurs sur les stratégies nationales et l'harmonisation des actions des donateurs [1]. Il faut une gestion axée sur les résultats, dont les pays et les donateurs seraient mutuellement responsables, appuyée par des systèmes de suivi et d'évaluation des progrès ; il faut aussi développer les capacités à long terme, en commençant par utiliser les systèmes nationaux pour canaliser les fonds, acheter les médicaments et l'équipement nécessaires, recruter l'assistance technique et rendre compte de l'utilisation des fonds. [2]. Il faut adapter les approches au contexte spécifique de chaque pays en convenant, au niveau local, du rythme à adopter pour introduire les changements nécessaires et assurer l'absorption des fonds supplémentaires et un renforcement à long terme des systèmes de santé.

Ne pas lever ces fonds supplémentaires aurait des conséquences désastreuses – la mort, chaque année, de quatre millions d'enfants qui auraient pu être sauvés et 780 000 décès d'adultes évitables, dont 322 000 femmes mortes en couches.