



JOINT
LEARNING
NETWORK
For Universal Health Coverage

Plaidoyer pour la Santé:

Guide pour la Mobilisation des Ressources Nationales

v.1

EN PARTENARIAT AVEC



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE
Santé, Nutrition et Population



**MÉCANISME
DE FINANCEMENT
MONDIAL**

Clause de non-responsabilité

Ce guide a été élaboré par le Réseau d'Apprentissage Conjoint pour la couverture sanitaire universelle (Joint Learning Network/JLN), une plateforme d'apprentissage innovante permettant aux praticiens et responsables politiques de développer conjointement des connaissances visant à doter les pays d'outils pratiques pour parvenir à la couverture santé universelle. L'équipe de l'Initiative Technique pour le Financement de la Santé (Health Financing Technical Initiative – HFTI) du Réseau d'Apprentissage Conjoint de la Banque mondiale se tient à votre disposition pour répondre à vos questions ou demandes de renseignements sur ce guide à l'adresse JLN@worldbank.org.

Les observations, interprétations et opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de la Banque mondiale, de son conseil d'administration ou des pays représentés. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans cet ouvrage. Rien de ce qui figure dans le présent ouvrage ne constitue, ni ne peut être considéré comme une limitation des privilèges et immunités de la Banque mondiale, ou comme une renonciation auxdits privilèges et immunités, qui sont spécialement réservés. Les constatations, interprétations et conclusions exprimées par les contributeurs nationaux ne reflètent pas nécessairement les vues de l'organisation, des institutions ou des pays qu'ils représentent.

Droits et autorisations

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0). Vous pourrez consulter une copie de cette licence sur le site <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>.

Conformément aux termes de cette licence, il est possible d'utiliser et d'adapter le contenu de ce document, sous réserve de mentionner la source comme suit : Plaidoyer pour la santé : guide pour la mobilisation des ressources nationales, Copyright © 2021, Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle, Groupe de la Banque mondiale.

Les noms de produits et de sociétés mentionnés dans cet ouvrage peuvent être des appellations commerciales.

Citation suggérée

Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle.

Remerciements

Ce guide a été établi conjointement par les représentants des pays membres du groupe de travail sur la mobilisation des ressources nationales (JLN Domestic Resource Mobilization Collaborative – JLN DRM) avec l'appui de l'équipe technique du Collectif de mobilisation des ressources nationales du Réseau d'apprentissage conjoint.

RÉDACTEURS TECHNIQUES

Ajay Tandon, Banque mondiale; Danielle Bloom, Banque mondiale; Lauren Oliveira Hashiguchi, Banque mondiale; Patrick Hoang-Vu Eozenou, Banque mondiale ; Jewelwayne Cain, Banque mondiale ; Aditi Nigam, Banque mondiale; Somil Nagpal, Banque mondiale.

COAUTEURS

Chandara Som, Cambodge; Tseganeh Amsalu Guracha, Éthiopie; Daniel Asare Adin-Darko, Ghana; Nasruddin Djoko Surjono, Indonésie; Agnes Jumba Nakato, Kenya; Emiko Masaki, RDP Lao; Suphab Panyakeo, RDP Lao; Viravong Viengxay, RDP Lao; Hye-seung Wee, Corée du Sud.

REMERCIEMENTS SPÉCIAUX

L'équipe chargée de l'Initiative Technique visant à Repenser le financement de la santé (Revisiting Health Financing Technical Initiative) tient à remercier les principaux groupes nationaux des pays membres du JLN, ainsi que le groupe de pilotage du JLN pour son soutien continu à la Mobilisation des Ressources Nationales en tant que priorité technique très élevée pour le JLN.

Nous tenons également à remercier le JLN DRM Collaborative, et en particulier certains membres de ce groupe et du groupe de pilotage pour leur contribution essentielle à l'élaboration de cet ouvrage dans le cadre de nombreuses réunions en présentiel et en ligne, et ce dès les premières phases de sa conceptualisation en 2018. Il s'agit notamment de Subrata Paul (Bangladesh), Nhim Khemara (Cambodge), François Cyrille Effila Ndzemena (Cameroun), Lydia Dsanese Selby (Ghana), Alok Saxena (Inde), Atikah Adyas (Indonésie), Wahyu Nugraheni (Indonésie), Pujiyanto (Indonésie), Mercy Mwangangi (Kenya), Esther Wabuge (Kenya), Soulivath Souvannachoumkham (RDP Lao), Rozita Halina Tun Hussein (Malaisie), Kenneth Lim (Malaisie), Huzaini Ramli (Malaisie) Uchenna Ewelike (Nigeria), Modupe Ogundimu (Nigeria), Nneka Orji (Nigeria), Art Alcantara (Philippines), Youssoupha Ndiaye (Sénégal), Won Whang (Corée du Sud), Amar Abdelrahman (Soudan), William Ndoleriire (Ouganda), Nguyen Thi Cu Cuc (Viet Nam). Plus de 50 autres membres ont participé aux premières versions de travail annotées et ont apporté leur contribution dans le cadre de réunions en vue de définir l'objectif et la portée de ce guide et de le replacer dans une perspective adaptée aux praticiens.

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes interrogées au sein de la Banque mondiale et d'autres organismes pour leurs apports aux discussions lors des réunions du DRM Collaborative et notamment : Kathryn Gilman Andrews, Sheena Chhabra, Jorge Coarasa, Zelalem Yilma Debebe, Reem Hafez, Alaa Hamed, Mohamed Osman, Toomas Palu, Moritz Piatti, Iryna Postolovska, George Schieber (consultant), Federica Secci, Andreas Seiter, Hui Sin Teo, Val Ulep, David Wilson, Abeyah A. Al-Omair (tous de la Banque mondiale), Triin Habicht (OMS), Patrick Petit (FMI), et autres partenaires techniques du DRM Collaborative. Nous tenons également à remercier tout particulièrement Marie Eugenia Bonilla Chacin pour son encadrement technique, pour ses idées fondamentales et sa contribution au rapprochement des travaux du JLN et du GFF.

Le Groupe de solutions mondiales pour le financement de la santé sous la direction de Christoph Kurowski ainsi que d'autres membres de l'équipe de gestion du pôle Santé, Nutrition et Population de la Banque mondiale nous ont fourni de précieux conseils à toutes les étapes de cette collaboration, de la conceptualisation à la révision du

produit final. L'équipe de coordination technique remercie particulièrement Feng Zhao pour avoir gracieusement présidé un processus d'analyse approfondie par les pairs, ainsi qu'Ellen Van De Poel, Christoph Kurowski, Sarah Alkenbrack, Owen Smith (tous de la Banque mondiale) et Geir Lie (Fonds mondial), qui ont généreusement consacré temps et énergie à revoir, commenter et affiner de manière approfondie et judicieuse l'objectif, le champ d'application, le contenu et la présentation de ce document.

Les auteurs de ce guide remercient chaleureusement Australian Aid, le Japon, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds mondial et la Fondation Rockefeller pour leur aide et leur contribution financière aux activités de DRM Collaborative, sans lesquelles ce document n'aurait pu être produit. Nous tenons également à exprimer notre gratitude à l'équipe de gestion du JLN à Management Sciences for Health, et avant celle-ci, l'équipe de coordination du JLN à Results for Development, pour leur contribution à ce projet et leur précieux regard extérieur.

L'équipe de coordination technique chargée de la réalisation de ce guide était dirigée par Ajay Tandon et constituée de Danielle Bloom, Lauren Oliveira Hashiguchi, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Aditi Nigam et Somil Nagpal de la Banque mondiale. La communication et la gestion des connaissances ont été guidées par Martin Mpungu Lutalo et Phillis Kim. Nous sommes reconnaissants à Lydia Ndebele pour son soutien initial et primordial en matière de communication et de gestion des connaissances. Nous remercions sincèrement Annie Milanzi pour son soutien au niveau administratif. Nous adressons aussi nos sincères remerciements à Naina Alhuwalia pour ses contributions techniques et sa collaboration croisée dans le cadre d'Efficiency Collaborative.

Les membres du DRM Collaborative ont également produit d'autres supports de connaissances, notamment:

Dynamic Inventory of DRM Resources and Efforts (en anglais) présente une compilation de bases de données existantes, d'études de cas et d'autres ressources pouvant être utilisées pour étayer les arguments en faveur de l'investissement dans la santé. Cet inventaire qui recense également le point de vue des praticiens sur les efforts déployés par les pays en matière de mobilisation des ressources nationales pour la santé, décrit les réformes menées à cet effet et leurs retombées, en indiquant notamment s'il y a eu une augmentation durable des dépenses publiques de santé et d'autres effets.

Narrative Summaries on Public Expenditure for Health (en anglais) offre un aperçu de la situation actuelle du financement de la santé au niveau national, en mettant l'accent sur l'évolution des dépenses publiques dans le temps. Les responsables de l'élaboration des politiques de santé de chaque pays ont analysé et présenté leurs données budgétaires, en y ajoutant, le cas échéant, les contributions internationales, et ont complété ce compte rendu par une description des orientations stratégiques à l'origine des résultats. Dans l'ensemble, ces synthèses illustrent la manière dont les pays peuvent utiliser des données historiques comme outil de concertation sur l'action à mener avec les parties prenantes du secteur financier.

The Policy Dialogue Toolkit (en anglais). Cette boîte à outils, accessible aux utilisateurs de MyJLN, regroupe un ensemble de produits qui ont fait leurs preuves et ont été élaborés conjointement à partir de divers ateliers, réunions et comptes rendus de DRM Collaborative. Ces outils ont été utilisés par plus de 100 hauts responsables politiques dans 20 pays à revenu faible et intermédiaire d'Afrique et d'Asie. Cette boîte à outils peut être adaptée par les pays désireux de mobiliser des ressources nationales pour la santé afin de préparer un atelier consacré aux actions à mener pour rassembler les parties prenantes du secteur financier autour des objectifs de financement du secteur de la santé.

On Prioritizing Health: A Background Analysis (en anglais). Ce document présente une analyse globale de la part des dépenses publiques consacrées à la santé dans 20 pays à revenu faible, intermédiaire, et élevé afin de recenser les exemples réussis de redéfinition des priorités. Cette analyse de référence brosse un tableau de l'évolution des priorités à partir d'un examen de la part des dépenses publiques consacrées à la santé dans le monde. Elle jette les bases méthodologiques nécessaires à l'identification des expériences réussies dans ce domaine, ce qui permet d'effectuer un suivi plus rigoureux en se concentrant sur un sous-groupe de pays dont les efforts récents et soutenus de redéfinition des priorités en matière de santé sont évidents.

Plaidoyer pour la Santé: Guide pour la Mobilisation des Ressources Nationales



Table des matières

REMERCIEMENTS	3
PRÉAMBULE	7
Message n° 1. La couverture santé universelle est impossible sans financement du secteur public national	19
Message n° 2. L'investissement dans la santé améliore le capital humain d'un pays	24
Message n° 3. Le maintien ou l'augmentation des investissements dans la santé en période de ralentissement économique peut être bénéfique à long terme	29
Message n° 4. Des populations en meilleure santé permettent de renforcer les marchés du travail, en particulier pour les femmes	33
Message n° 5. Le régime social d'assurance maladie nécessite des fonds publics nationaux pour soutenir les progrès vers la couverture santé universelle	37
Message n° 6. Le financement public national de la santé réduit la pauvreté et les inégalités	41
Message n° 7. Le système de paiement direct est inefficace et inéquitable	45
Message n° 8. L'investissement dans la santé génère des résultats positifs pour d'autres secteurs	50
Message n° 9. Les investissements dans les soins de santé primaires et préventifs peuvent générer des économies immédiates et à long terme	54
Message n° 10. Les initiatives financées par les bailleurs de fonds peuvent contribuer à augmenter le financement public national plutôt qu'à le ralentir	58
Message n° 11. L'efficacité des dépenses dans le secteur de la santé contribue à préserver les ressources publiques	62
Message n° 12. De solides systèmes de gestion des finances publiques peuvent améliorer l'utilisation des ressources financières et soutenir l'évolution vers la couverture santé universelle (CSU)	66
Message n° 13. Investir dans des priorités sanitaires basées sur des données probantes renforce la valeur monétaire des fonds publics	70
Message n° 14. Les taxes sur la santé peuvent limiter les comportements néfastes pour la santé et générer des recettes	74
Message n° 15. La collaboration avec le secteur privé peut contribuer à tirer le meilleur profit des ressources publiques	78
Message n° 16. Les investissements dans la préparation aux flambées d'épidémie renforcent la résilience des systèmes de santé et la sécurité économique	82

Préambule

Le moyen le plus équitable, efficace et efficient de financer la couverture santé universelle (CSU) et de réaliser les autres objectifs du système de santé est de recourir à des ressources du secteur public national constituées par des versements obligatoires effectués de manière anticipée (Encadré P.1).^{1-4,a} Lorsque le revenu d'un pays augmente, ce dernier parvient généralement à accroître les dépenses de santé en les finançant principalement par des ressources publiques, ce qui lui permet de réduire sa dépendance vis-à-vis des paiements directs des ménages et de l'aide des bailleurs de fonds (Figure P.1). Cette transition ne se fait toutefois pas naturellement : la modification du degré de priorité accordé à la santé dans le budget public permet d'accroître les dépenses publiques nationales de santé à mesure que le revenu moyen augmente. Bien entendu, chaque situation est différente. Les décideurs doivent porter leur meilleur jugement sur le dosage des sources de financement nationales, comme les taxes, et des sources privées, comme les cotisations et les tickets modérateurs, afin de financer la santé en fonction du contexte local. Ils doivent également gérer les politiques, les systèmes et les processus qui permettent de regrouper et d'acheminer ces flux de financement, d'acheter des services et, au final, de dispenser des soins de qualité à la population sans que cela n'entraîne de conséquences négatives.^{4,5}

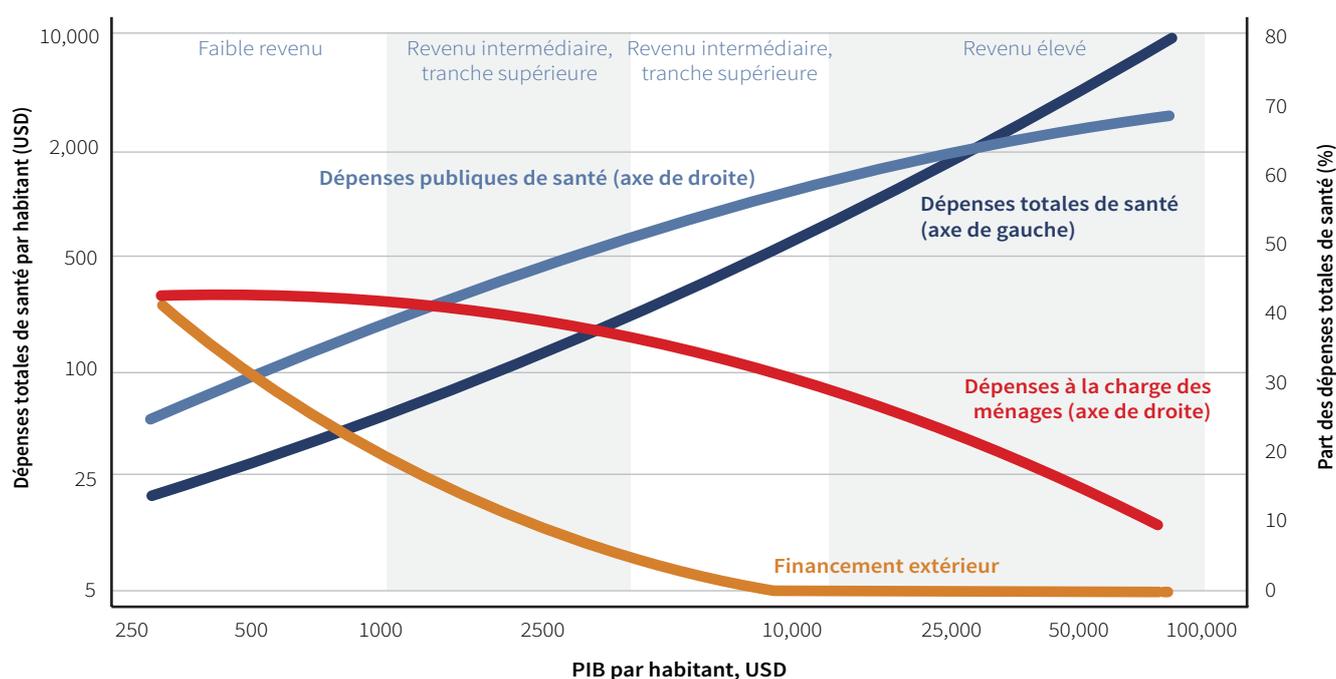
Encadré P.1 Couverture santé universelle

La couverture santé universelle (CSU) suppose que l'ensemble des personnes et des communautés puissent bénéficier de services de promotion de la santé, de prévention, de soins notamment palliatifs et de réadaptation répondant à leurs besoins et d'une qualité suffisante, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services ne les expose pas à des difficultés financières. La couverture santé universelle comprend trois dimensions stratégiques : quelles personnes sont couvertes, quels services sont assurés, et pour quel coût ? Le financement de la santé s'intéresse principalement à la question des montants (« coût ») et à celle de la composition (manière dont les structures de financement doivent être organisées afin d'atteindre la couverture santé universelle ou d'autres objectifs de santé). Il s'agit notamment d'examiner trois aspects distincts : quelles sont les ressources financières mobilisées et la manière dont elles le sont ; de quelle manière ces ressources sont mises en commun pour satisfaire aux objectifs d'équité et d'efficacité ; et dans quelle mesure ces ressources sont utilisées de manière stratégique pour acheter des services ou des produits de santé.⁷

a Le Système des Comptes de la Santé de l'OMS (SHA2011) et la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (Global Health Expenditure Database – GHED) définissent les fonds publics destinés à la santé comme les dépenses de santé des administrations publiques (General Government Health Expenditure – GGHE) (GGHE ; catégories FS.1,2,3 de la GHED), qui incluent les dépenses utilisant les recettes générales des administrations publiques, y compris les transferts internes, les subventions et les transferts au nom de groupes spécifiques (FS.1), les recettes extérieures transitant par le système public (FS.2), et les contributions d'assurance sociale sous forme de montants versés de manière anticipée ou de cotisations des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants, mais pas les montants à charge des particuliers (FS.3). Les dépenses intérieures de santé des administrations publiques (GGHE-D) couvrent les dépenses utilisant les fonds des catégories FS1 et 3 (ressources du secteur public national) et donc toutes les ressources publiques à l'exclusion des ressources extérieures. Ainsi, lorsque ce document fait référence à des dépenses utilisant des « fonds publics », il prend en compte les dépenses des catégories FS1, FS2 et FS3. Lorsqu'il est fait référence aux « fonds publics intérieurs », cela ne concerne que les catégories FS1 et FS3. Toutefois, lorsqu'il est fait référence aux « administrations nationales », il s'agit des recettes générales des administrations publiques (FS1).

Si le type de financement utilisé et la manière dont les fonds sont acheminés sont importants, il n'existe pas de recette miracle pour déterminer le montant exact qu'un pays doit dépenser pour parvenir à une couverture santé universelle.⁶ Néanmoins, le montant des dépenses de santé doit rester suffisant : les chocs économiques dus à la COVID-19 entraîneront une baisse des dépenses publiques par habitant jusqu'en 2022. Cela aura de plus lourdes conséquences pour les pays dont les dépenses de santé sont déjà peu élevées ou dont les services sanitaires sont financés en grande partie par des paiements à la charge des ménages et par des financements extérieurs, et ce malgré l'augmentation initiale des ressources affectées au début de la pandémie.⁷ De nombreux engagements mondiaux et régionaux ont été pris, avant la pandémie de COVID-19, en matière de financement national, afin de donner une impulsion à l'augmentation des ressources pour la santé. La Déclaration d'Abuja de 2001 invitait les chefs d'État africains à allouer 15 pour cent de leur budget annuel au secteur de la santé, alors que le Rapport sur la santé dans le monde de 2010 préconisait un seuil minimal de financement public de 4 à 5 pour cent du PIB pour parvenir à la couverture santé universelle.^b En 2015, le Programme d'action d'Addis-Abeba a mis l'accent sur la mobilisation et l'utilisation efficace des fonds nationaux. Plus récemment, les ministres des Finances et les gouverneurs des banques centrales réunis dans le cadre du G20 en 2019 ont estimé qu'il importait de donner la priorité à l'emploi de fonds publics pour financer la couverture santé universelle dans les pays en développement afin de promouvoir un financement de la santé performant. Ils ont insisté sur l'importance que revêt le mode d'acheminement des financements pour la réalisation des objectifs de couverture santé universelle et l'obtention d'économies plus importantes.^c

Figure P.1 Phases de transition du financement de la santé¹⁸



Source: Estimations des auteurs à partir des données de la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (GHED 2020).

b Les auteurs du rapport ont fixé ce seuil après avoir constaté que peu de pays avaient pu s'approcher de la couverture santé universelle lorsque les dépenses de santé financées par les recettes générales et l'assurance obligatoire étaient inférieures à 5 ou 6 pour cent du PIB, car il était autrement difficile de subventionner les pauvres de manière adéquate.

c Un financement performant de la couverture santé universelle est un financement adéquat et durable, qui donne lieu à une mutualisation suffisante pour répartir les risques financiers liés à une mauvaise santé, et qui permet d'effectuer des dépenses à la fois efficaces et équitables pour garantir la couverture des services et la qualité souhaitées et assurer une protection financière pour tous. Il est également essentiel que le système permette de réévaluer régulièrement les progrès et les risques et de s'adapter aux nouveaux enjeux, sachant que les contraintes financières et de capacité varient selon les pays.

Un grand nombre de pays parviennent à se rapprocher de la CSU avec des niveaux de dépenses variables, mais très performants: adéquats, durables, suffisants, efficaces et équitables. Ainsi, les dépenses publiques de santé de la Thaïlande s'élevaient à 2,2 pour cent du PIB au moment du lancement de son programme de couverture santé universelle en 2004 et elles ont atteint 4 pour cent en 2016.⁶ En 2011, 24 pays avaient mis en œuvre des programmes de couverture santé universelle favorables aux populations pauvres et consacraient en moyenne 39 dollars américains par habitant aux dépenses de santé, soit 1,4 pour cent du PIB par habitant.⁸ Ces pays avaient en commun d'avoir adopté au départ une approche ciblant les populations pauvres et visant à garantir l'accès aux soins et à réduire ainsi les difficultés financières des ménages. Ils ont également financé l'accès des services aux populations pauvres en recourant à un système non contributif, financé par l'impôt, dans lequel le financement accordé aux prestataires dépendait des résultats obtenus et non des budgets antérieurs ou des intrants.⁸

Déterminer comment les ressources nationales consacrées à la santé peuvent être garanties afin que le financement de la santé soit performant est essentiel pour atteindre la CSU et d'autres objectifs, notamment la croissance économique, l'amélioration du capital humain et la protection contre les chocs économiques et épidémiologiques.² Cela devient d'autant plus nécessaire que les économies stagnent ou se contractent alors même que les besoins de santé de leurs populations s'intensifient, ce qui oblige à opérer des choix difficiles en matière de priorités.

Plaider pour le financement de la santé

Les choix effectués en matière de mobilisation des ressources publiques sont dictés par les décideurs financiers qui doivent jongler avec de multiples objectifs fiscaux comme la collecte de recettes et l'allocation de ressources pour répondre à des priorités concurrentes et interdépendantes. Ils doivent également mettre en place un environnement propice à des achats stratégiques et efficaces ainsi qu'à un suivi des dépenses afin de garantir l'équité, la protection financière et la réduction de la pauvreté, tout en assurant une croissance durable et la stabilité économique.

Il est de plus en plus évident que les secteurs doivent se concerter davantage pour que leurs demandes de financement soient jugées intéressantes par les décideurs financiers et tiennent compte de leurs priorités. Outre les décideurs financiers, l'économie politique de la santé concerne les populations locales, la société civile et les universitaires, ainsi que les acteurs au niveau exécutif et législatif, comme les présidents, les Premiers ministres et les parlementaires, qui jouent un rôle essentiel dans la détermination du niveau d'investissement dans la santé. Ces derniers ne sont pas nécessairement tous convaincus de la nécessité d'investir dans la santé. Il est donc essentiel que les acteurs de ce secteur s'entendent sur une position commune.

Les responsables mobilisés seront sensibles aux arguments techniques et politiques en faveur des investissements nationaux dans le domaine de la santé, en particulier lorsque ces arguments s'articulent autour d'intérêts économiques.^{9, 10} Traditionnellement, les acteurs du secteur de la santé se contentent d'argumenter les bénéfices qu'il y a à investir dans la santé du point de vue des droits de l'homme et des résultats sanitaires (Encadré P.2). Bien que ces arguments soient importants, ils risquent de ne pas trouver d'écho auprès des décideurs financiers, qui attendent plutôt des arguments économiques – tels que la croissance économique, la productivité et le capital humain – pour justifier l'utilisation des ressources des administrations publiques nationales comme principale source de financement des soins de santé.

Face à des conditions budgétaires de plus en plus contraignantes, le secteur de la santé doit également rivaliser avec d'autres secteurs publics comme l'éducation et la défense, afin de démontrer un meilleur retour sur investissement et de s'assurer que les ressources sont utilisées au mieux, d'une manière qui reflète des priorités sociales plus larges et qui tient compte des contraintes.

En outre, le secteur de la santé peut parfois émettre des suggestions bien intentionnées sur l'augmentation des recettes. Toutefois, sans une connaissance approfondie de la politique fiscale et des efforts de

mobilisation des recettes du gouvernement, ces idées peuvent ne pas être compatibles avec les meilleures pratiques reconnues en matière de finances publiques, le cadre de gestion macroéconomique du pays, les réalités des systèmes de gestion des finances publiques établis ou les principes reconnus de mobilisation des recettes.

Les décideurs financiers ont beau saisir les mérites de l'investissement dans la santé, il leur faut aussi veiller à minimiser le manque d'efficacité de ce secteur. Ces dysfonctionnements, qu'ils soient réels ou perçus, amènent à se demander si le secteur de la santé est capable d'absorber efficacement des ressources supplémentaires. Les acteurs de la santé doivent donc impérativement connaître les lacunes de leur secteur et savoir comment les aborder avec efficacité auprès des décideurs financiers. Dans le cas contraire, le secteur de la santé risque de perdre, sans le vouloir, l'occasion de plaider pour l'obtention de ressources supplémentaires ou, pire encore, de réduire sa crédibilité, malgré toutes ses bonnes intentions et ses objectifs louables.

Il serait donc utile de présenter des arguments plus solides et mieux fondés sur le plan économique pour justifier l'augmentation du financement de la santé. Les récents efforts menés à l'échelle mondiale ont contribué à préparer le terrain. Les efforts concertés déployés à un haut niveau par les parties prenantes des secteurs de la finance et de la santé, notamment le cadre de financement performant de la santé du G20 et le projet sur le capital humain, ont permis d'élaborer des arguments mettant en évidence le lien entre la santé, la couverture santé universelle et une croissance économique, durable et inclusive, qui peuvent guider les messages.

Encadré P.2. Le droit à la santé constitue-t-il un argument convaincant pour investir dans la santé ?

Il y a près de 60 ans, la Déclaration universelle des droits de l'homme érigeait la santé au rang de droit de la personne.¹⁵ Cette déclaration a été suivie d'autres engagements, notamment celui de l'Assemblée générale des Nations Unies (2015) en faveur de la couverture de santé universelle. Aujourd'hui, les constitutions de plus de 70 pour cent des pays du monde entier contiennent une disposition relative à la santé, même celle de nombreux pays manquant de ressources et caractérisés par des contextes décisionnels difficiles¹⁶. Le fait d'inscrire le droit à la santé dans la constitution marque un impératif politique et un engagement formel susceptible de motiver de futures actions législatives et administratives et de justifier l'octroi de ressources supplémentaires, même si cela risque également de « judiciariser » les décisions d'allocation du secteur de la santé.¹⁶ Toutefois, la garantie de ce droit peut dépendre de la capacité d'un pays à le financer et à le mettre en œuvre. L'inscription de la santé au rang des droits de l'homme a parfois été utilisée pour inciter les pays à investir et à agir. Bien que les parties prenantes s'accordent largement sur le fait que la santé constitue une priorité politique et budgétaire, il faudra toutefois avancer des arguments plus nuancés pour pérenniser les investissements.

Quel est l'objet de ce guide?

Ce guide regroupe une série de messages et d'exemples nationaux concrets qui s'appuient sur le concept de financement performant de la santé, intègrent les concepts de capital humain et peuvent servir à faciliter les échanges entre les secteurs de la santé et des finances en vue de justifier l'investissement dans la santé et ainsi atteindre les objectifs de ce secteur, y compris ceux relatifs à la couverture santé universelle. Ce document ne doit pas être utilisé pour faire valoir des arguments généraux ou surfaits en faveur d'un financement accru de la santé. Il s'agit plutôt d'élargir le lexique financier des acteurs de la santé, en leur expliquant comment formuler les arguments en faveur de l'investissement dans la santé en présentant ces derniers ainsi que le rôle du secteur de la santé et de son financement, compte tenu des ressources budgétaires disponibles pour ce secteur et des principes économiques sous-jacents auxquels les acteurs du secteur financier peuvent être plus sensibles.

À qui ce guide est-il destiné ?

Ce guide s'adresse en premier lieu aux responsables du ministère de la Santé qui poursuivent un dialogue avec les décideurs financiers, y compris des parlementaires et d'autres acteurs financiers de haut niveau, et qui s'efforcent de présenter de manière plus appropriée à ces interlocuteurs leurs données et leurs arguments en faveur de l'investissement dans la santé. Les responsables des secteurs de la santé et des finances des pays membres du JLN ont apporté leurs contributions à ce guide en analysant et en précisant ces messages de manière à améliorer la communication.

Quel est le champ d'application de ce guide?

Ce guide a été conçu comme un outil de communication et de sensibilisation et s'efforce de rester simple et concis. Il ne contient pas de conseils analytiques précis sur la meilleure façon d'utiliser les données pour justifier l'investissement dans la santé, et ne se veut en aucun cas une introduction aux principes de la communication stratégique. D'autres produits liés aux connaissances sont déjà proposés par le JLN pour répondre à ces différents besoins.^d Conçu comme un recueil succinct de certains concepts essentiels, ce guide renvoie à des ressources et à des informations qui permettent au lecteur d'aller plus loin s'il en a besoin, et de compiler des données spécifiques à chaque pays pour consolider les messages.

Ce guide ne prétend pas non plus énumérer les nombreux ouvrages qui traitent des problèmes de mise en œuvre du financement de la santé et de la couverture santé universelle. Il souligne toutefois l'importance du processus et des justifications reposant sur des données probantes, ainsi que des considérations d'économie politique.¹¹ La manière dont les décisions en matière de santé sont prises est souvent très éloignée d'une présentation des données, des éléments probants ou des arguments « adéquats » et la première difficulté rencontrée est souvent celle de l'accès aux données. Il arrive également que la prise de décision soit entravée par d'autres facteurs contextuels ou politiques. Le guide ne sous-estime pas le rôle de ces facteurs, il en tient compte dans son approche et préconise la réalisation d'autres études qui permettront d'étoffer, étape par étape, les cas et les exemples de prise de décision efficaces en matière de mobilisation des ressources nationales et de déterminer les facteurs qui ont facilité la prise de décision.

Cadre de réflexion

De nombreux cadres ont été proposés pour examiner les liens entre le financement de la santé, les systèmes de santé, l'économie politique et les objectifs de santé et de couverture santé universelle plus élevés.¹²⁻¹⁴ Loin de partir de zéro, ce guide s'appuie sur les travaux déjà réalisés en vue de regrouper ces concepts et les associer aux objectifs économiques et sociaux plus larges du cadre de financement performant pour la couverture santé universelle proposé par les ministres des Finances du G20. Il porte l'attention sur les liens entre les trois piliers du financement de la santé : mobilisation des recettes, mutualisations et achats—en se fondant sur le concept de financement performant de la santé, et celui de l'utilisation et de la mobilisation des ressources nationales (DRUM), qui vise à optimiser l'espace budgétaire ou la marge de manœuvre disponible pour investir dans le secteur de la santé en conciliant la mobilisation des ressources nationales et les gains d'efficience.^e

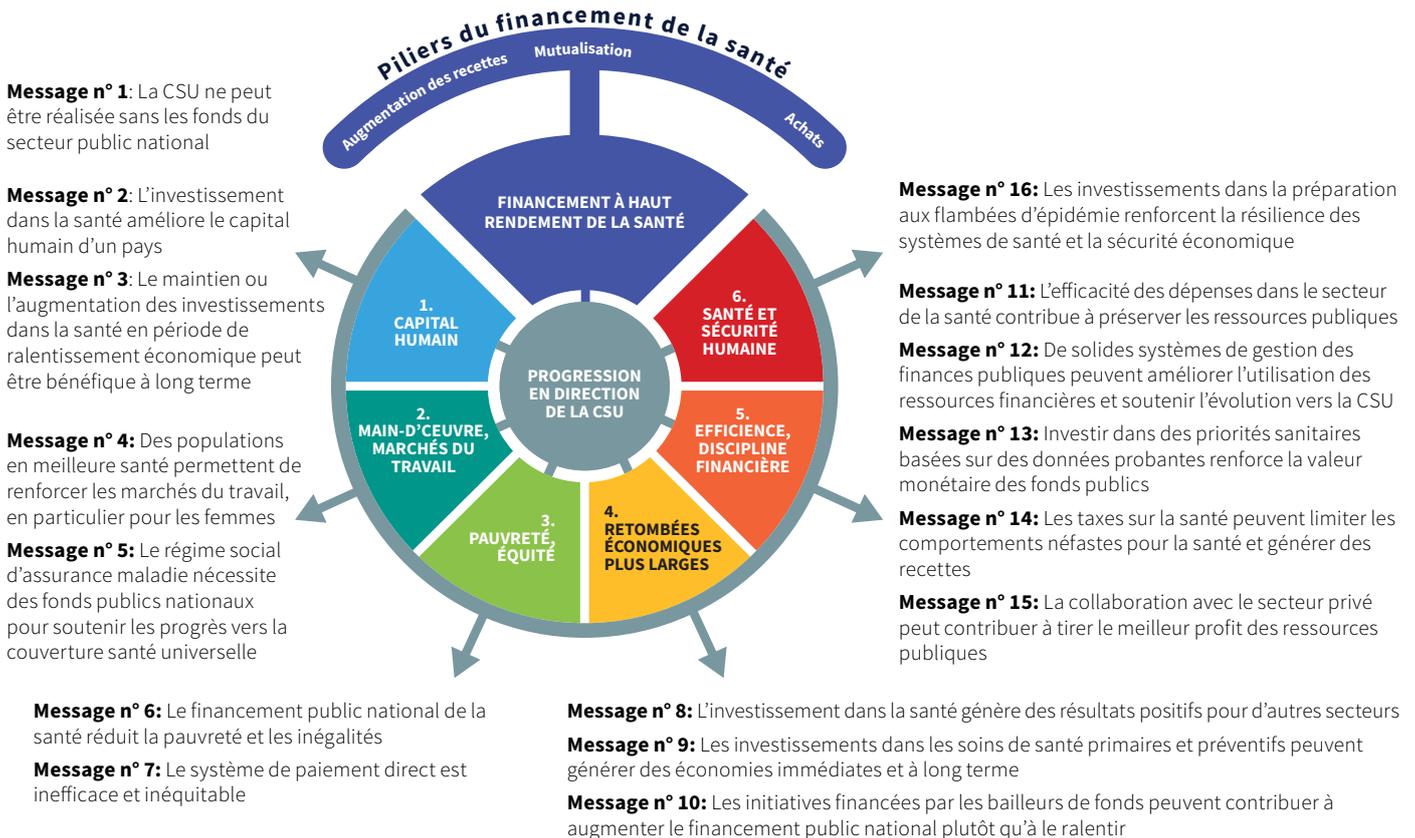
La façon dont les pays financent leurs systèmes de santé est importante. Un financement efficace de la santé, qui suppose de mobiliser, de mutualiser et d'allouer des ressources financières, ne représente évidemment que l'une des composantes d'un système de santé efficace. Il s'agit toutefois d'un outil essentiel qui permet de dégager d'autres ressources—humaines, infrastructures, traitements et

d Vous trouverez à la page 5 de ce guide la liste des produits élaborés par DRM Collaborative ainsi que le guide et l'outil de planification des communications stratégiques en matière de couverture santé universelle (en anglais) : <https://www.jointlearningnetwork.org/type/strategic-communications-for-uhc/>

e L'espace budgétaire pour la santé repose sur cinq piliers : des conditions macroéconomiques favorables, une redéfinition des priorités de la santé dans le budget public, des ressources spécifiques au secteur de la santé, l'efficience des dépenses de santé existantes, ainsi que les subventions et l'aide extérieure propres au secteur de la santé.

matériels—pour soutenir la prestation de services, ce qui a un effet direct sur les résultats en matière de santé et de bien-être de la population et génère d'autres retombées positives pour l'économie. Un financement performant de la santé garantit que les ressources finançant la couverture santé universelle sont adéquates et durables, suffisantes pour répartir les risques, mais sont aussi employées de manière efficiente et équitable. Ce faisant, il contribue également à la couverture santé universelle et à des gains économiques plus larges suivant six axes (Figure P.2).¹⁵

Figure P.2 Message pour un financement performant de la santé



Que signifient les composantes du financement performant de la santé?

- 1. Capital humain.** L'amélioration de la santé permet de valoriser le capital humain, c'est-à-dire le niveau de santé, d'éducation, de capacités et de compétences d'une personne, ce qui améliore la productivité sur toute une vie.
- 2. Main-d'œuvre et marchés du travail.** Une meilleure santé permet de disposer d'une main-d'œuvre plus productive et plus innovante, qui s'accompagne d'une plus grande mobilité de la main-d'œuvre et d'une formalisation accrue du marché du travail.
- 3. Pauvreté et équité.** En améliorant la couverture des services de santé et la protection financière, la CSU permet de réduire la pauvreté et les inégalités de revenus.
- 4. Des retombées plus larges pour l'économie.** La CSU réduit la nécessité pour les ménages de constituer une épargne de précaution pour faire aux urgences sanitaires et renforce la compétitivité du pays sur le marché en renforçant son capital humain et son efficacité.
- 5. Efficacité, discipline financière.** Une amélioration progressive de l'accès à des soins de qualité et de la protection financière, conjuguée à une maîtrise des coûts et à une hausse des recettes, contribue à améliorer les perspectives budgétaires globales d'un pays.
- 6. Santé et sécurité humaines.** Une meilleure préparation et une meilleure capacité à répondre aux épidémies renforcent la sécurité humaine grâce à des sociétés plus équitables et affichant une plus grande cohésion sociale.

Structure de ce guide

Ce guide comprend une série de 16 messages liés à ces six axes, lesquels reposent sur les principes et fonctions clés du financement de la santé. Les messages sont concis pour pouvoir insister sur les principaux concepts. Un langage simple et clair a été adopté pour faciliter l'application et l'adaptation des informations présentées aux contextes locaux. Chacun des messages a été élaboré à partir de rapports formatifs, mentionnés dans les références qui peuvent aider à approfondir les concepts, si nécessaire.

Chaque message comporte un encadré intitulé « De la théorie à la pratique », qui présente des exemples d'application des concepts considérés ou qui renvoie le lecteur à d'autres références importantes. Ces exemples sont tirés des expériences de pays à faible revenu et des pays à revenu intermédiaire, mais surtout de celles des pays à revenu intermédiaire qui se caractérisent par la grande diversité de leurs modalités de financement de la santé et de leur gouvernance. Le JLN poursuivra les travaux en collaboration avec les membres du réseau en vue de recenser et documenter de nouveaux exemples de concrétisation de ces principes et d'utiliser ces informations pour actualiser ce guide.

Chacun des messages est conçu pour être utilisé seul, afin que les lecteurs puissent le lire et l'utiliser selon leurs besoins. Certains concepts abordés dans un message peuvent donc se retrouver dans d'autres messages. Les messages contenus dans ce guide sont reliés entre eux tout au long du guide afin d'aider le lecteur à faire le lien entre les différentes idées et à se référer à d'autres messages pour une meilleure compréhension.

Présentation succincte des principaux messages

Message n° 1. La couverture santé universelle est impossible sans financement du secteur public national

- Les ressources du secteur public national peuvent financer la couverture santé universelle de manière adéquate, durable, efficace et équitable
- Les dépenses du secteur public national sont essentielles pour parvenir à une couverture santé universelle, il n'existe toutefois pas de recette miracle permettant de déterminer le montant exact que les pays doivent consacrer à la santé
- Il est essentiel d'identifier différents moyens d'accroître les ressources des administrations publiques nationales consacrées à la santé pour parvenir à la CSU

Message n° 2. L'investissement dans la santé améliore le capital humain d'un pays

- La santé et l'éducation sont les pierres angulaires du capital humain
- Les investissements dans la santé ont une incidence profonde sur la croissance du capital humain et de la productivité à long terme
- L'amélioration de la santé d'une population entraîne des changements démographiques au fil du temps qui se traduisent par des gains en capital humain
- Une meilleure santé dans la petite enfance jette les bases propices à des gains ultérieurs en capital humain
- L'amélioration de la santé des enfants d'âge scolaire peut favoriser la réussite scolaire et, en définitive, le capital humain
- Les gains en capital humain chez les adultes se traduisent par un accroissement de la productivité lié aux opportunités offertes par le marché du travail
- Il existe un risque que les investissements en capital humain ne soient pas équitables entre les sexes et les niveaux socio-économiques

Message n° 3. Le maintien ou l'augmentation des investissements dans la santé en période de ralentissement économique peut être bénéfique à long terme

- L'inscription au budget national de crédits suffisants pour le secteur de la santé en période de stabilité économique peut protéger le financement national de la santé en cas de chocs économiques futurs
- Il est nécessaire de maintenir les investissements dans la santé pendant les périodes de récession économique afin d'éviter l'apparition de problèmes de santé plus coûteux
- L'augmentation des investissements dans les programmes de santé et de protection sociale au sens large en période de récession économique permet de protéger les populations contre des pertes dévastatrices en capital humain et en productivité

Message n° 4. Des populations en meilleure santé permettent de renforcer les marchés du travail, en particulier pour les femmes

- L'amélioration de la santé maternelle et infantile peut avoir un effet considérable sur la participation des femmes au marché du travail
- La couverture santé universelle protège la santé et la productivité des travailleurs du secteur informel, qui n'ont pas accès aux protections offertes par les régimes sociaux d'assurance maladie liés à l'emploi
- Les investissements dans la santé ont un effet multiplicateur sur le personnel de santé, composé en grande partie de femmes

Message n° 5. Le régime social d'assurance maladie nécessite des fonds publics nationaux pour soutenir les progrès vers la couverture santé universelle

- Le système d'assurance publique fonctionne mieux lorsque la majorité des fonds proviennent de ressources des administrations publiques nationales et que les prestations sociales sont dissociées de la capacité contributive
- Les cotisations sociales, et notamment le régime social d'assurance maladie, peuvent réduire le taux de formalisation du marché du travail en augmentant le coût du travail
- La mise en place d'un régime social d'assurance maladie peut poser des problèmes de mise en œuvre et d'adoption
- Le recouvrement des contributions du secteur informel peut être compliqué par des questions d'identification, d'administration et d'exécution

Message n° 6. Le financement public national de la santé réduit la pauvreté et les inégalités

- Les ressources du secteur public national ne bénéficient pas nécessairement à ceux qui en ont le plus besoin
- Le nombre de personnes appauvries par les dépenses de santé représente une part croissante des pauvres dans le monde
- Les ressources du secteur public national peuvent permettre de dissocier l'utilisation des services de la capacité contributive
- Le financement public national de la santé peut aider à réduire la pauvreté
- Cibler les groupes prioritaires et les facteurs connus d'appauvrissement grâce à des ressources du secteur public national peut accentuer les effets positifs et protéger les populations

Message n° 7. Le système de paiement direct est inefficace et inéquitable

- Le système de paiement direct est inefficace, car il réduit la capacité à fixer des prix équitables, ne permet pas la mutualisation des risques et peut contraindre les achats
- Les frais à la charge des patients sont inéquitables, car ils ont un impact disproportionné sur les pauvres
- La croissance économique peut stimuler une transition en matière de financement de la santé, en réduisant la dépendance à l'égard des paiements directs et en contribuant à un cercle vertueux qui favorise les gains en capital humain
- En attendant une croissance suffisante ou une redéfinition des priorités, la réduction des paiements directs des ménages et des redevances d'utilisation en particulier doit être soutenue par des mesures politiques complémentaires

Message n° 8. L'investissement dans la santé génère des résultats positifs pour d'autres secteurs

- La santé est un facteur déterminant de la productivité de la main-d'œuvre, en particulier dans les secteurs qui demandent un travail physique
- L'amélioration de la santé permet à un plus grand nombre de personnes de participer à la vie active et de travailler plus longtemps
- L'amélioration de la santé des enfants et des personnes âgées permet à un plus grand nombre de personnes en âge de travailler de participer à la vie active

Message n° 9. Les investissements dans les soins de santé primaires et préventifs peuvent générer des économies immédiates et à long terme

- Une meilleure couverture des services de soins de santé primaires est associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues, ce qui peut contribuer à des gains économiques substantiels
- Des systèmes de soins de santé primaires (SSP) de grande qualité peuvent générer des économies en réduisant des futures dépenses
- Les soins de santé primaires favorisent un accès équitable aux soins de santé, qui peut contribuer à réduire la perte de bien-être
- L'allocation ou la réallocation de ressources du secteur public national aux soins de santé primaires est à la fois techniquement et politiquement difficile, mais elle est essentielle pour garantir la progression vers la couverture santé universelle

Message n° 10. Les initiatives financées par les bailleurs de fonds peuvent contribuer à augmenter le financement public national plutôt qu'à le ralentir

- Les bailleurs de fonds qui financent directement le renforcement du système de santé sont rares, une situation qui risque d'aggraver la fragmentation et la verticalisation
- Les financements des bailleurs correctement alignés sur les processus et priorités nationales peuvent améliorer la valeur monétaire et aider les ressources publiques à avoir plus d'impact
- La transition représente une opportunité de planifier de manière proactive une utilisation plus efficiente et durable des ressources nationales
- Les pratiques qui renforcent la transparence et le contrôle des flux de ressources et de l'utilisation des incitations financières peuvent permettre de tirer le meilleur profit des ressources publiques

Message n° 11. L'efficacité des dépenses dans le secteur de la santé contribue à préserver les ressources publiques

- Il n'y a pas toujours de relation directe entre ce qui est dépensé pour la santé et les avantages (sanitaires ou autres) au niveau national
- Les inévitables défaillances du marché, qui sont propres au secteur de la santé, entraînent des inefficacités et nécessitent des interventions gouvernementales
- S'attaquer aux principales causes de l'inefficacité peut aider le secteur de la santé à faire davantage avec ce dont il dispose
- La création d'un environnement favorable aux réformes du financement de la santé, particulièrement celles centrées sur les achats, peut contribuer à modifier la manière dont ces intrants sont utilisés
- Certaines mesures permettant d'améliorer l'efficacité sont du ressort du secteur de la santé uniquement

Message n° 12. De solides systèmes de gestion des finances publiques peuvent améliorer l'utilisation des ressources financières et soutenir l'évolution vers la couverture santé universelle (CSU)

- Le renforcement du lien entre la formulation budgétaire et les priorités politiques basées sur des données probantes améliore l'efficacité et l'efficience
- La flexibilité de faire des achats et de s'approvisionner en modifiant les règles de la gestion des finances publiques (GFP), au cours de l'exécution budgétaire, permet au secteur de la santé de faire des choix intelligents
- L'amélioration du lien entre le suivi des ressources de santé et leur allocation peut renforcer la redevabilité et la transparence, minimisant ainsi les pertes de ressources
- Les systèmes de gestion des finances publiques bien alignés sur les objectifs de financement de la santé peuvent, en fin de compte, contribuer à améliorer les résultats de santé

Message n° 13. Investir dans des priorités sanitaires basées sur des données probantes renforce la valeur monétaire des fonds publics

- L'un des éléments essentiels pour qu'un système de santé soit efficace est que l'on donne la priorité aux services achetés et qu'ils soient alignés sur les ressources disponibles
- De nombreux investissements dans le secteur de la santé se sont révélés très rentables
- Le processus piloté par les données probantes des évaluations des technologies de santé (ETS) peut éclairer la mise en place des ensembles de prestations de santé (EPS) qui font le meilleur usage des fonds publics
- Il est indispensable que les ETS prennent en compte la rentabilité, en plus des critères de protection financière, et qu'elles s'appuient sur les données de source locale
- La quantification de la valeur de l'investissement dans la santé par rapport aux investissements dans d'autres secteurs peut appuyer les propositions budgétaires qui maximisent la valeur et le bien-être pour la société

Message n° 14. Les taxes sur la santé peuvent limiter les comportements néfastes pour la santé et générer des recettes

- Les taxes sur la santé peuvent limiter les comportements néfastes considérés comme des facteurs de risque pour la COVID-19 et réduire à l'avenir ce fardeau sur le secteur de la santé
- Les taxes sur la santé augmentent les recettes, qui peuvent être dirigées en priorité vers le secteur de la santé
- Certaines allégations négatives à l'encontre des taxes sur la santé ont été largement réfutées
- Lorsque les processus budgétaires standard ne donnent pas la priorité à la santé, les taxes sur la santé peuvent faire l'objet d'affectations provisoires et promouvoir ainsi des objectifs favorables aux populations pauvres

Message n° 15. La collaboration avec le secteur privé peut contribuer à tirer le meilleur profit des ressources publiques

- Faire appel au secteur privé dans le cadre de partenariats public-privé (PPP) dans la santé peut aider les ressources publiques à être plus efficaces
- Les acteurs du secteur privé peuvent être mobilisés par le biais d'arrangements de contrats publics qui élargissent la couverture de services, une manière de contribuer à tirer le meilleur profit des ressources publiques existantes
- Les gouvernements peuvent s'orienter vers la couverture santé universelle (CSU) en impliquant le secteur privé, mais doivent pour cela créer une gouvernance et un environnement réglementaire favorables

Message n° 16. Les investissements dans la préparation aux flambées d'épidémie renforcent la résilience des systèmes de santé et la sécurité économique

- La pandémie de COVID-19 a démontré qu'une mauvaise préparation peut entraîner des dommages économiques considérables et des reculs du développement
- Investir dans la préparation évite des coûts de soins ultérieurs plus importants
- De nombreux pays ne disposent pas des ressources nécessaires à la préparation, particulièrement en matière de répartition des investissements nécessaires au contrôle de la COVID-19 au détriment d'autres besoins de santé, et de la relance de leurs économies

Références

1. United Nations. 2015. United Nations General Assembly Resolution 69/13. In Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development.
2. G20. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version /2019. doi:10.1596/31930.
3. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
4. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. World Bank, Washington DC:
5. G20. 2019. G20 Shared Understanding on the Importance of UHC Financing in Developing Countries: Towards Sustainable and Inclusive Growth.
6. Jowett, M., Brunal, M. P., Flores, G., and Cylus, J. 2016. Spending Targets for Health: No Magic Number. http://www.who.int/health_financing
7. Kurowski, C., Evans, D. 2021., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World bank.
8. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up Vol. 53. Washington DC: World Bank,. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22011/9781464806100.pdf?sequence=4>
9. Nakhimovsky, S., and Baruwa, E. 2018. Securing Domestic Financing for Universal Health Coverage: Lessons in Process. file:///Users/idcvlhas/Downloads/HFG-Advances-Brief_DRM_Final.pdf
10. Brown, A., Moor, M., and Barber S.. 2016. The Public Impact Fundamentals: Helping Governments Progress from Idea to Impact. The Public Impact Fundamentals.pp.1-40. Center for Public Impact: BCG.
11. Sparkes, S. P., Bump, J. B., Ozcelik, E. A., Kutzin, J., and Reich, M. R. 2019. Political Economy Analysis for Health Financing Reform. *Heal. Syst. Reform*, 5: 183–194.
12. Maeda, A. et al. 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies Human Development. <http://documents.worldbank.org/curated/en/575211468278746561/pdf/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf>
13. Kutzin, J. 2013. Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. *WHO Bull.* 91: 602–611.
14. World Health Organization. (2010). The World Health Report: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>
15. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
16. Backman, G. et al. Health Systems and the Right To Health: An Assessment of 194 Countries. www.thelancet.com doi:10.1016/S0140.
17. Kinney, E. D., and Clark, B. A. 2004. Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World. *Cornell International Law Journal*, Vol. 37. <http://scholarship.law.cornell.edu/ciljhttp://scholarship.law.cornell.edu/cilj/vol37/iss2/2>
18. Fan, V. Y., and W. D. Savedoff. 2014. “The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence.” *Social Science and Medicine* 105: 112–121.

Message n° 1.

La couverture santé universelle est impossible sans financement du secteur public national

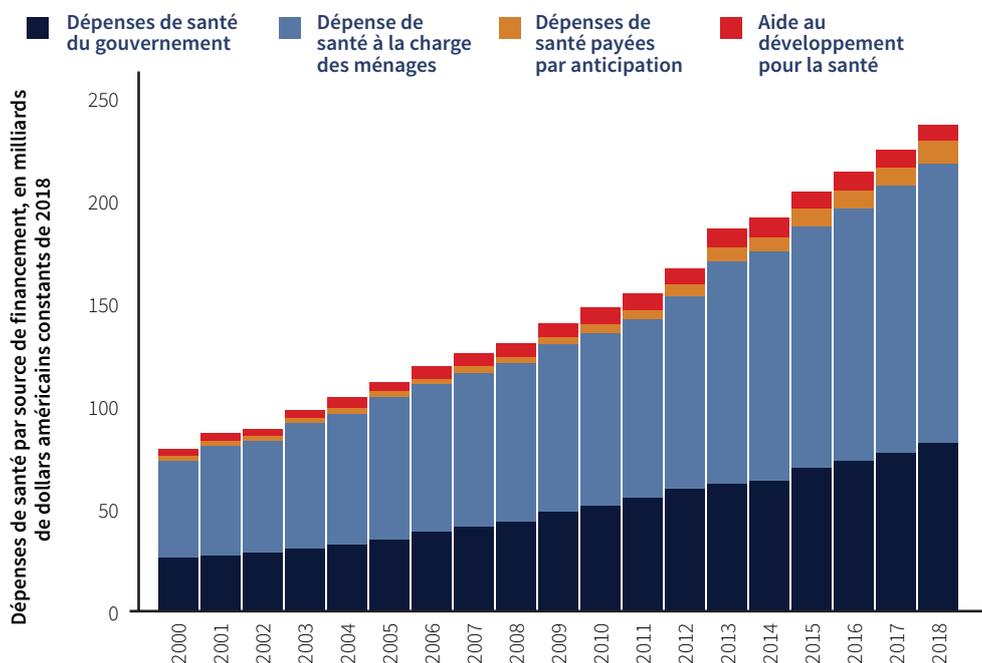
Les ressources du secteur public national sont essentielles pour réaliser des progrès vers la couverture santé universelle (CSU).¹ Il importe toutefois de noter que la source des financements publics n'est pas nécessairement nationale: les ressources publiques désignent toutes les dépenses publiques de santé (nationales et infranationales), y compris l'aide extérieure inscrite au budget, ainsi que les cotisations prélevées par les organismes sociaux d'assurance maladie le cas échéant, à l'exclusion des paiements directs à la charge des ménages.^{1,2a} Aucun pays n'a réussi à progresser vers la mise en place d'une couverture santé universelle sans l'aide des ressources des administrations publiques nationales, c'est-à-dire la part des fonds publics provenant de recettes publiques générales comme les impôts. Les recettes publiques constituent la principale source de financement des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) qui sont parvenus à mettre en œuvre des programmes de CSU.³ S'il n'existe pas de recette miracle pour déterminer le montant exact que les pays doivent consacrer à la santé⁴, la manière dont les différents fonds publics sont mobilisés et utilisés revêt une importance capitale pour parvenir à la couverture santé universelle. Le concept de financement performant de la couverture santé universelle implique trois conditions qui doivent absolument être réunies : des ressources adéquates, une mutualisation suffisante pour répartir les risques financiers de la maladie et des dépenses efficaces et équitables pour garantir les niveaux et la qualité de couverture souhaités.^{5,6} De cette manière, les progrès en direction de la CSU peuvent soutenir d'autres axes qui favorisent la croissance économique, notamment la valorisation du capital humain, le renforcement des marchés du travail, la réduction de la pauvreté et le renforcement de l'équité, de la sécurité humaine et de l'efficacité.⁵ La meilleure façon d'atteindre ces objectifs est d'identifier différents moyens d'augmenter les ressources publiques consacrées à la santé, en mettant l'accent sur les ressources des administrations publiques nationales.

a Le Système des comptes de la santé de l'OMS (SHA2011) et la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (Global Health Expenditure Database – GHED) définissent les fonds publics destinés à la santé comme les dépenses de santé des administrations publiques (General Government Health Expenditure – GGHE) (GGHE ; catégories FS.1,2,3 de la GHED), qui incluent les dépenses utilisant : les recettes générales des administrations publiques, y compris les transferts internes, les subventions et les transferts au nom de groupes spécifiques (FS.1), les recettes extérieures transitant par le système public (FS.2), et les cotisations d'assurance sociale sous forme de montants versés de manière anticipée ou de cotisations des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants, mais pas les montants à charge des particuliers (FS.3). Les dépenses de santé des administrations publiques nationales (GGHE-D) couvrent les dépenses utilisant les fonds des catégories FS1 et 3 (ressources du secteur public national) et donc toutes les ressources publiques à l'exclusion des ressources extérieures. Ainsi, lorsque ce document fait référence à des dépenses utilisant des « fonds publics », il prend en compte les dépenses des catégories FS1, FS2 et FS3. Lorsqu'il est fait référence aux « fonds publics intérieurs », cela ne concerne que les catégories FS1 et FS3. Toutefois, lorsqu'il est fait référence aux « administrations nationales », il s'agit des recettes générales des administrations publiques (FS1).

Les ressources du secteur public national peuvent financer la couverture santé universelle de manière adéquate, durable, efficiente et équitable. La justification économique de l'intervention publique dans le secteur de la santé est solide et repose sur des considérations d'équité, d'externalités et de défaillances du marché (Message n° 11).^b Les mécanismes de financement privés, tels que les paiements à la charge des ménages effectués au prestataire au titre des soins jouent un rôle majeur dans le financement des systèmes de santé (Figure 1.1), mais ne peuvent pas financer de manière adéquate ou durable la couverture santé universelle (Message n° 15). Les niveaux relativement faibles de dépenses publiques de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire obligent les individus à financer leurs propres soins, ce qui accroît le niveau des paiements directs des ménages.^{7,8,9} Cela se traduit par une certaine inefficience liée à la fragmentation de la mutualisation, mais aussi par un accès inéquitable basé sur la capacité contributive, un renoncement aux soins et un risque accru de dépenses de santé catastrophiques parmi les populations vulnérables, ce qui peut accroître la pauvreté et compromettre la capacité des individus à participer à l'économie.¹⁰ Les régimes d'assurance maladie volontaire, y compris ceux qui sont financés ou gérés par l'État, jouent un rôle marginal dans la production de revenus pour la santé puisqu'ils dépassent rarement 5 pour cent des dépenses totales de santé dans les PRITI.^{3,11,12} Non seulement la part de l'aide extérieure consacrée à la santé stagne, mais elle peut être imprévisible et tributaire des priorités politiques extérieures et du contexte économique mondial (Message n° 10).⁷ Le secteur public national reste la source de financement la plus prévisible et la plus stable, et permet une utilisation plus judicieuse des fonds.¹³

Les dépenses du secteur public national sont essentielles pour parvenir à une couverture santé universelle, il n'existe toutefois pas de recette miracle permettant de déterminer le montant exact que les pays doivent consacrer à la santé.¹⁴ De nombreux engagements mondiaux et régionaux ont

Figure 1.1 Dépenses de santé par source de financement total pour le groupe de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure



Source: base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (2020).

b Il peut s'agir notamment : 1) d'asymétries d'information, les prestataires disposant de plus d'informations que les patients, peuvent être tentés de les exploiter ; 2) de sélection adverse, à savoir une situation dans laquelle les assureurs peuvent, par exemple, inscrire de manière sélective des personnes à faible risque, tandis que les personnes à haut risque recherchent une assurance maladie plus coûteuse et plus généreuse ; 3) d'aléa moral, la couverture pouvant inciter à des coûts plus élevés et à une utilisation plus intense de services marginalement bénéfiques ; 4) d'imprévisibilité des services et du volume de services nécessaires, ce qui complique la modération d'un flux d'offre basé sur la demande des consommateurs.

été pris en matière de financement public national^{c,d} et des montants que les gouvernements devraient consacrer à la santé par habitant.^{e, 15, 16-21} L'une des hypothèses avancées suggère que les ressources nationales peuvent couvrir 85 pour cent des ressources nécessaires à la réalisation des cibles fixées par les ODD22. Toutefois, le montant que les pays devraient dépenser et dépensent effectivement dépend de nombreux facteurs, notamment l'efficacité du système de santé, la flexibilité et l'alignement du système de finances publiques sur les objectifs du secteur de la santé et la volonté politique de desservir les populations pauvres.²³ Certains pays sont en mesure de progresser vers la CSU sans que leurs dépenses n'atteignent les niveaux fixés, mais les performances de la couverture santé universelle varient considérablement en fonction des dépenses publiques si les niveaux de ces dernières sont faibles, ces variations étant dues à des différences dans les montants dépensés et les services fournis (Encadré 1.1).^{14,26} En 2011, les dépenses de santé dans 24 pays ayant mis en œuvre des programmes de CSU s'élevaient en moyenne à 39 dollars américains par personne, soit l'équivalent de 1,4 pour cent du PIB.²⁴ Ces pays ont tous démarré avec une démarche axée sur les populations pauvres, visant à garantir l'accès aux soins et à réduire ainsi les difficultés financières des ménages. Ils ont également financé l'accès des services aux populations pauvres en adoptant un système non contributif, financé par l'impôt, où le financement accordé aux prestataires était progressif et complémentaire, et dépendait des résultats obtenus et non des budgets antérieurs ou des intrants. Bien que ces exemples montrent qu'il est possible d'obtenir de bons résultats en matière de santé à faible coût, il est nécessaire que les pouvoirs publics investissent davantage dans la santé afin d'atténuer les problèmes d'efficacité, d'équité et de protection financière que pose la grande proportion de dépenses à la charge des patients.²⁵

Il est essentiel d'identifier différents moyens d'accroître les ressources des administrations publiques nationales consacrées à la santé pour parvenir à la CSU. À mesure que leurs économies se développent, les pays sont en mesure de mobiliser et de consacrer davantage de ressources des administrations publiques nationales au secteur de la santé. L'augmentation de ces dépenses rend les pays moins dépendants de l'aide extérieure et du financement privé. Compte tenu du contexte fiscal actuel, il est nécessaire d'identifier d'autres moyens pour augmenter les ressources des administrations publiques nationales pour la santé. Les principales stratégies permettant d'y parvenir consistent notamment à renforcer la mobilisation des ressources au moyen de taxes sanitaires (Message n° 10) et à améliorer la hiérarchisation, l'allocation et l'utilisation des fonds disponibles. Pour y parvenir, il peut être intéressant d'envisager des mécanismes de gestion des finances publiques qui optimisent les achats ou la mutualisation afin de déterminer dans quelle mesure ils peuvent contribuer à la CSU (Message n° 13).¹⁰ Il peut également être utile d'étudier de quelle manière la hiérarchisation des priorités peut permettre de réorienter les financements pour soutenir les objectifs de couverture santé universelle : souvent, les ressources du secteur public national sont allouées aux dépenses de santé non discrétionnaires et aux soins haut de gamme plutôt qu'aux services qui favorisent l'équité et la protection financière.⁸

c La Déclaration d'Abuja de 2001 invitait les chefs d'État africains à allouer 15 pour cent de leur budget annuel au secteur de la santé, alors que le Rapport sur la santé dans le monde de 2010 préconisait un seuil minimal de financement public de 4 à 5 pour cent du PIB pour parvenir à la couverture santé universelle. En 2015, le Programme d'action d'Addis-Abeba a mis l'accent sur la mobilisation et l'utilisation efficace des fonds nationaux.

d En 2019, les ministres des Finances et les gouverneurs des banques centrales réunis dans le cadre du G20 ont estimé qu'il importait de donner la priorité à l'emploi de fonds publics pour financer la couverture santé universelle dans les pays en développement afin de promouvoir un « financement de la santé performant ».

e Voir aussi Jowett et al. (2016) pour un résumé des efforts déployés de 1980 à 2014. La Commission sur la macroéconomie et la santé de 2001 et le groupe de travail de haut niveau sur les financements innovants pour les systèmes de santé de 2009 ont estimé les besoins par habitant d'ici 2015 à 38 dollars américains (en dollars de 2002) et 54 dollars américains (en dollars de 2005) respectivement. McIntyre et al. (2017) avancent le chiffre de 54 dollars américains par habitant exprimé en dollars de 2012, ce qui correspond à 86 dollars américains par habitant. Ce chiffre est choisi pour l'exhaustivité des hypothèses sous-jacentes, car il est tenu compte du coût des médicaments, du personnel et des autres efforts de renforcement au niveau des soins de santé primaires ainsi que d'un ensemble complet de ces services. L'étude Global Price Tag de 2017 estime que 274 milliards de dollars américains supplémentaires seraient nécessaires chaque année d'ici 2030, avec un scénario ambitieux prévoyant 371 milliards de dollars américains, ce qui signifie 41 ou 58 dollars supplémentaires par personne d'ici les dernières années de la transposition à plus grande échelle. Les estimations du FMI pour 2019 font état de dépenses supplémentaires en 2030 à hauteur de 500 milliards de dollars américains pour les économies à faible revenu et de 2 100 milliards de dollars pour les économies émergentes.²⁰

Encadré 1.1 De la théorie à la pratique.
Expérience pays : Cambodge et Cameroun

Malgré des niveaux de dépenses publiques similaires en matière de santé, le Cambodge et le Cameroun obtiennent des résultats différents en ce qui concerne la CSU, ce qui illustre combien la façon dont les fonds sont alloués et dépensés est importante. Selon une étude de 2016²³, bien que le niveau des dépenses de santé du Cambodge et du Cameroun soit aussi faible dans un pays que dans l'autre (environ 41 dollars en parité de pouvoir d'achat en 2016), les résultats qu'ils obtenaient en matière de CSU étaient bons, mais très différents. Le Cambodge a ainsi obtenu de bien meilleurs résultats sur tous les indicateurs de couverture des services de CSU (les deux pays ayant toutefois obtenu de mauvais résultats en matière de protection financière, en raison des faibles niveaux absolus de dépenses de santé). Le Cameroun a attribué plus de ressources publiques à la santé que le Cambodge, cependant, l'introduction par ce dernier de paiements incitatifs basés sur les performances pour les sages-femmes et l'utilisation de bons destinés à promouvoir les soins de maternité peuvent expliquer les différences de performances en matière de CSU pour un même niveau de dépenses publiques. Le Cameroun avait mis en place la budgétisation basée sur les programmes en 2013, mais au moment de l'analyse, le taux d'exécution du budget était insuffisant et la répartition des ressources dans le secteur de la santé était médiocre.⁴

Références

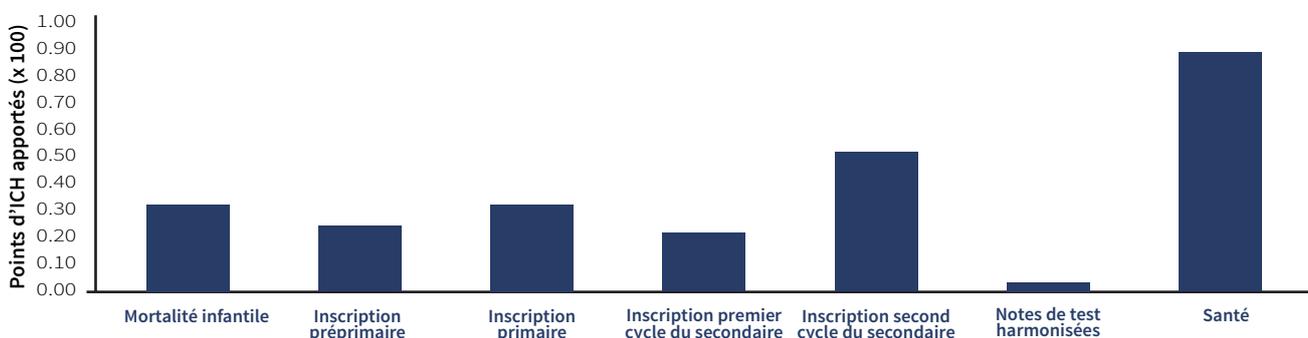
1. Tandon, A. 2020. Global Landscape : Fiscal Space for Health. Domestic Resource Mobilization Collaborative. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
2. Gaudin, S., Smith, P. C., Soucat, A., and Yazbeck, A. S. 2019. Common Goods for Health: Economic Rationale and Tools for Prioritization. *Heal. Syst. Reform* 5: 280–292.
3. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. Washington DC: World Bank, vol. 53.
4. Jowett, M., Brunal, M. P., Flores, G., and Cylus, J. 2016. Spending Targets For Health: No Magic Number. Health Systems Governance and Finance Working Paper No 1. Geneva: WHO
5. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
6. World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371> .
7. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
8. Barroy, H., Vaughan, K., Tapsoba, Y., Dale, E., and Maele, N. Van de. 2017. Towards UHC: Thinking Public Overview of Trends in Public Expenditure on Health (2000-2014). Health Financing Working Paper.
9. Hernandez-Pena, P. 2020. Global Spending on On Health: Weathering the Storm 2020. Working paper. Health Financing Working Paper. Geneva: World Health Organization.
10. Jowett, M., and Kutzin, J. 2012. Raising Revenues for Health in Support of UHC: Strategic Issues For Policy Makers. *Heal. Financ. Policy Br.* Vol 1.
11. World Health Organization. (2013). Arguing for universal health coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204355>
12. Mathauer, I., and Kutzin, J. 2018. Voluntary Health Insurance: Potentials and Limits in Moving Towards UHC. doi:CC BY-NC-SA 3.0 IGO
13. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
14. Jowett, M., and Cylus, J. 2016. Spending Targets for Health: No Magic Number. Health Financing Working Paper No. 1.
15. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development. Tokyo, Japan, June 2019
16. McIntyre, D., Meheus, F., and Rottingen, J. A. 2017. What Level of Domestic Government Health Expenditure Should We Aspire To for Universal Health Coverage? *Heal. Econ. Policy Law* 12: 125–137.
17. Sachs, J. D. 2002. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. *Rev. Panam. Salud Publica* 12: 143–144.
18. Stenberg, K. et al. 2017. Financing Transformative Health Systems Towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries. *Lancet Glob. Heal.* 5: e875–e887.
19. Lienert, I. 2010. Role of the Legislature in Budget Processes. Technical Notes and Manuals. Washington DC: International Monetary Fund.
20. Gaspar, V., Amaglobeli Amaglobeli, D., Garcia-Escribano, M., Prady, D., and Soto, M. 2019. Fiscal Policy and Development : Human, Social, and Physical Investment for the SDGs. IMF Staff Discussion Note 19/03 45.
21. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. 2009. More Money for Health, and More Health for the Money. *Int. Heal. Partnersh.* pp. 1–28.
22. Hanssen, O., Lauer, J., Edejer, T., Stenberg, K., and Soucat, A. 2018. Investing Global, Investing Local: Supporting Value for Money Towards the Health SDGs. Technical Report. Department of Health Systems Governance and Financing. Geneva: World Health Organization.
23. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J., O'Dougherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. World Health Organization Working Paper, No. 4.
24. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0
25. Reeves, A., Gourtsoyannis, Y., Basu, S., McCoy, D., McKee, M., Stuckler, D. 2015. Financing Universal Health Coverage – Effects of Alternative Tax Structures on Public Health Systems: Cross-National Modelling in 89 Low-Income and Middle-Income Countries. *Lancet* 386: 274–80.
26. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle, WA: IHME, 2020.

Message n° 2. L'investissement dans la santé améliore le capital humain d'un pays

Le capital humain recouvre l'ensemble des connaissances, des compétences et du capital santé que les personnes accumulent au cours de leur vie, autant d'éléments qui leur permettent de réaliser leur potentiel en tant que membres productifs de la société.^{1,2} Les investissements dans le capital humain complètent les investissements dans le capital physique, naturel ou d'autres types de capital dont la finalité est de faire progresser les économies nationales et mondiales.³ Dans des pays comme la Corée du Sud, les investissements initiaux dans le capital humain ont joué un rôle majeur dans l'accélération de la croissance sur le long terme.⁴ L'augmentation du capital humain est synonyme de meilleures rémunérations pour les individus et de revenus plus élevés pour les pays, et constitue un moteur de croissance durable.⁵ Les investissements dans la santé et l'éducation tout au long de la vie, de la petite enfance à l'âge adulte, favorisent l'accumulation de capital humain qui se traduit ultérieurement par des gains de productivité. La santé constitue donc une composante importante du capital humain.

La santé et l'éducation sont les pierres angulaires du capital humain. L'indice de capital humain (ICH) mesure le niveau de capital humain^a dont disposerait un enfant né aujourd'hui à l'âge de 18 ans, compte tenu de l'état actuel de la santé et de l'éducation dans chaque pays (Encadré 2.1). Cet indice repose sur trois composantes : la survie de l'enfant, l'éducation et la santé. Plus de la moitié des gains en capital humain entre 2010 et 2020 sont liés à l'amélioration de la survie des enfants et des adultes, ainsi qu'à la réduction des retards de croissance (Figure 2.1).⁵ L'amélioration de la survie et de l'état de santé obtenue grâce aux

Figure 2.1 Contributions des composantes aux gains d'ICH, 2010-20



Source: *The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19*³, d'après les données de la Banque mondiale.

a L'indice de capital humain (ICH) est complémentaire de l'indice de développement humain du PNUD, qui est un indicateur synthétique du développement humain qui tient compte du niveau de santé, de l'éducation et de la qualité de vie. Si l'ICH est également une mesure synthétique du développement humain puisqu'il rend compte du niveau de santé et d'éducation, il permet en outre de déterminer les niveaux de productivité et de revenu de manière à justifier l'investissement dans la population.²⁴

investissements dans la santé permet d'optimiser les investissements dans le secteur de l'éducation, ce qui permet aux enfants d'être mieux équipés pour apprendre. Promouvoir à la fois la santé et l'éducation pendant l'enfance permet donc de renforcer la main-d'œuvre et d'améliorer la productivité au fil du temps.

Les investissements dans le capital humain peuvent également renforcer le capital social, à savoir les normes, valeurs et compréhensions communes qui facilitent la coopération au sein des groupes ou entre eux, contribuant ainsi à la croissance économique.^{2,6} Le capital social découle des investissements en capital humain dans la santé et l'éducation. En effet, une meilleure santé renforce les compétences cognitives et socio-comportementales qui favorisent la réussite scolaire et le développement des compétences civiques nécessaires au développement du capital social.²

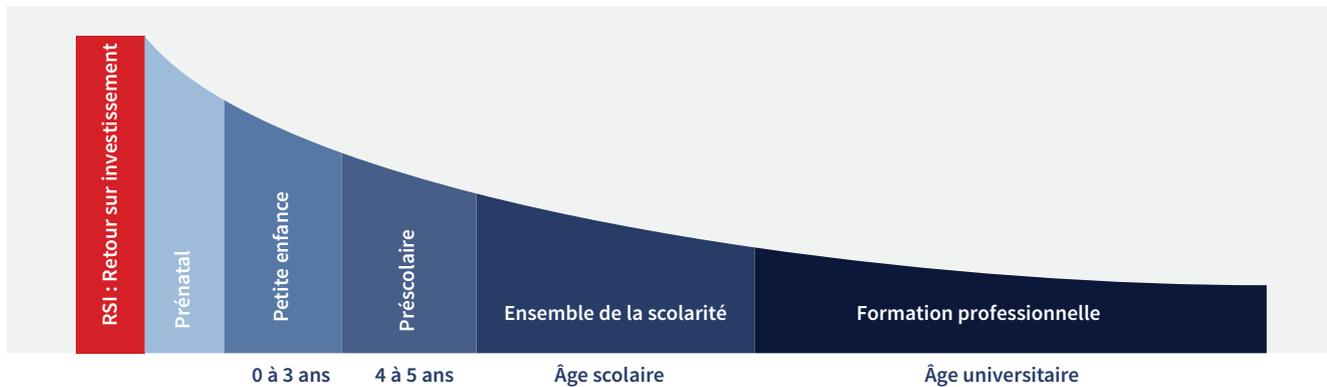
Les investissements dans la santé ont une incidence profonde sur la croissance du capital humain et de la productivité à long terme. Les investissements en capital humain, y compris ceux réalisés dans le secteur de la santé, peuvent être plus longs à se concrétiser que les investissements en capital physique, tels que les ponts et les routes. L'incidence de la santé sur le capital humain est considérable, mais prend plus de temps à se manifester, comparé à l'effet immédiat d'une meilleure santé sur la productivité actuelle de la main-d'œuvre (Message 4). Les responsables du budget souhaitent souvent obtenir des retours sur investissement rapides ou doivent orienter les ressources pour répondre à des besoins matériels immédiats, ce qui se traduit par un sous-investissement dans le secteur de la santé et par des pertes d'opportunités de gains en capital humain et de croissance économique que rendrait possibles une meilleure santé.⁷ Le capital humain s'accumule et se constitue sur le long terme, si bien que de petites différences à court terme se traduisent par d'énormes écarts sur la durée. Le retour sur investissement du capital humain au niveau individuel se traduit par des bénéfices importants pour les économies grâce aux effets positifs sur la société.² Si les taux d'investissement en capital humain observés dans les pays les plus performants étaient atteints dans chacun des autres pays du monde, le PIB mondial serait 12 pour cent supérieur d'ici 2050, la plupart des gains étant concentrés dans les pays à faible revenu.⁸

L'amélioration de la santé d'une population entraîne des changements démographiques au fil du temps qui se traduisent par des gains en capital humain. Les investissements qui réduisent la mortalité infantile, et qui contribuent à leur tour à faire baisser les taux de fécondité, peuvent conduire à un enrichissement du capital humain par un « dividende démographique ». C'est ce qui permet aux politiques sanitaires et sociales, si elles sont mises en place au bon moment, de mettre à profit les changements observés dans la structure d'âge de la population pour produire des avantages économiques. En Corée du Sud, à Hong Kong et à Singapour, les changements démographiques induits par la santé ont été associés à des investissements dans la planification familiale, l'éducation et les politiques économiques afin de renforcer le marché du travail et de réaliser un dividende démographique.¹³

Une meilleure santé dans la petite enfance jette les bases propices à des gains ultérieurs en capital humain. Le déroulement de la petite enfance influence directement les résultats économiques, sanitaires et sociaux des individus et de la société. Si elle se passe dans un contexte défavorable, cela engendre des déficits de compétences et d'aptitudes qui nuisent à la productivité et pèsent sur les coûts sociaux, augmentant d'autant les déficits financiers pris en charge par le secteur public. La période critique qui détermine la future productivité se situe entre 0 et 5 ans, à un âge où le cerveau se développe rapidement pour former le socle de compétences cognitives et caractérielles nécessaires au bon déroulement de la scolarité, de la carrière et de la vie, en étant en bonne santé. L'éducation de la petite enfance nourrit les aptitudes cognitives ainsi que l'attention, la motivation, la maîtrise de soi et la sociabilité ; des aptitudes liées au caractère qui transforment les connaissances en savoir-faire et les personnes en citoyens productifs (Figure 2.2). Par essence, la réduction de la mortalité infantile crée des opportunités de gains en capital humain chez un plus grand nombre de jeunes enfants, et ce tout au long de leur vie. Au-delà de la simple survie, une meilleure santé dans la petite enfance permet aux enfants de devenir de meilleurs apprenants lorsqu'ils atteignent l'âge scolaire, en favorisant le développement de leurs aptitudes cognitives. Le retard de croissance de l'enfant, qui se produit avant l'âge de deux ans en raison

d'une mauvaise alimentation, d'infections à répétition et de l'insuffisance de stimulation psychosociale, a des répercussions négatives irréversibles sur son développement cognitif et physique.⁹⁻¹¹ Le retard de croissance peut empêcher les enfants de réaliser pleinement leur potentiel à l'école et à l'âge adulte, et il a été démontré qu'il se traduit par une productivité et une rémunération moindres dans la vie active.¹²

Figure 2.2. La courbe de Heckman : retombées économiques de l'investissement dans l'éducation de la petite enfance^b



L'amélioration de la santé des enfants d'âge scolaire peut favoriser la réussite scolaire et, en définitive, le capital humain. Au-delà de la petite enfance, la participation à l'école et la capacité d'un enfant à apprendre et à dégager du capital humain sont largement déterminées par la santé.^{14, 16} Une mauvaise santé affecte la capacité de l'enfant à apprendre à l'école et peut entraîner des absences excessives, ce qui nuit aux résultats et aggrave le taux d'abandon scolaire.¹⁵ Les interventions concernant la nutrition sont particulièrement efficaces pour accompagner l'éducation ; il a en effet été constaté que la dénutrition maternelle et infantile est étroitement liée à un taux de scolarisation faible.¹⁵ En Chine, une intervention ciblant l'anémie chez les élèves des écoles primaires en milieu rural a montré que les élèves obtenaient de meilleurs résultats aux tests de mathématiques lorsqu'ils bénéficiaient d'une meilleure alimentation à l'école.¹⁶ À son tour, l'éducation des enfants améliore leur future productivité économique. D'après une analyse réalisée entre 1950 et 2010 et portant sur 146 pays, les taux de rendement d'une année de scolarité supplémentaire allaient de 5 à 12 pour cent.¹⁷ Les bienfaits du capital humain dépassent également les rendements privés ; les gains pour un individu bénéficiant en effet à d'autres, et se transmettant entre générations.² Par exemple, les investissements dans la santé maternelle contribuent à améliorer la santé des nourrissons et des enfants puisque des mères en meilleure santé apporteront plus facilement les soins adéquats à leur progéniture.

Les gains en capital humain chez les adultes se traduisent par un accroissement de la productivité lié aux opportunités offertes par le marché du travail.⁵ Les personnes dont la santé a été meilleure dans l'enfance développent des compétences cognitives et socio-émotionnelles plus solides,^c et sont plus en mesure de profiter des opportunités offertes par l'école et la formation professionnelle.^{1,18-21} Les économies sont de plus en plus portées par des secteurs qui exigent un travail d'équipe, de la flexibilité et de l'innovation, ainsi qu'un recours de plus en plus soutenu à la technologie et à l'automatisation.^{2,21} Dans ces secteurs, la demande s'adresse à des travailleurs dotés de meilleures compétences cognitives et socio-émotionnelles, en particulier dans des professions telles que les soins de santé, l'informatique et l'ingénierie. Qui plus est, plus de deux tiers des emplois, en grande partie non qualifiés dans les pays à revenu faible et intermédiaire PRITI, peuvent être automatisés, il va donc être nécessaire pour

^b Figure téléchargée du site Web de l'équation de Heckman le 20/04/21 : <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve/>

^c Les compétences cognitives correspondent aux aptitudes à effectuer des tâches mentales (par exemple, la compréhension ou le raisonnement), et les compétences socio-émotionnelles correspondent aux traits de personnalité, comportements, attitudes et croyances (par exemple, la conscience et la stabilité émotionnelle)²⁶

éviter le chômage de déployer des efforts de formation et reconversion.¹⁸ Autre aspect important, lorsque l'accès aux soins de santé n'est pas lié à l'emploi, les travailleurs sont plus libres de changer d'emploi en fonction des opportunités qui s'offrent à eux (Message 7).^{22,23} Souvent, les personnes n'ont pas les moyens d'investir dans le développement du capital humain, ou n'en font pas une priorité, que ce soit pour eux-mêmes ou pour leur famille. Les retombées économiques et sociétales positives à long terme de ces gains en capital humain étant considérables, les pouvoirs publics ont un rôle essentiel à jouer pour réaliser ces investissements à grande échelle.²

Il existe un risque que les investissements en capital humain ne soient pas équitables entre les sexes et les niveaux socio-économiques. Il est important de noter que les gains en capital humain ne se manifestent pas de manière équitable selon les sexes : les filles réussissent bien ou légèrement mieux que les garçons en ce qui concerne le niveau d'éducation et les résultats scolaires ; cependant, elles sont confrontées à des obstacles spécifiques lorsqu'elles cherchent à utiliser leur capital humain, tels que le mariage des enfants, les grossesses précoces, la violence sexiste et d'autres obstacles à la participation sociale et économique des femmes (Message 4).²⁴ Il est essentiel que les pays s'attaquent aux barrières structurelles qui entravent l'intégration des femmes au marché du travail pour que les filles puissent bénéficier des avantages économiques découlant des investissements en capital humain.⁵ Le capital humain n'est pas non plus réparti uniformément par groupe socio-économique ; il existe des écarts socio-économiques substantiels dans les résultats du capital humain au sein des pays.²⁴

Encadré 2.1 De la théorie à la pratique.

Indice de capital humain

Pour obtenir l'indice de développement humain par pays et par région ainsi que des indicateurs connexes (tels que le taux de survie des enfants de moins de cinq ans, les retards de croissance chez les enfants et le nombre d'années de scolarité corrigé en fonction de la qualité), les utilisateurs peuvent consulter la [base de données de l'indice du capital humain \(ICH\)](#) proposée par la Banque mondiale.

Références

1. World Bank. 2018. The Human Capital Project. doi:10.1596/978-1-4648-1328-3.
2. The World Bank. 2019. World Development Report 2019: The Changing Nature of Work. doi:10.1596/978-1-4648-1328-3.
3. Kraay, A. 2018. Methodology for a World Bank Human Capital Index. Washington DC: World Bank
4. Jeong, H.. 2017. Korea's Growth Experience and Long-Term Growth Model. Policy Research Working Paper; No. 8240. World Bank: Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28859> License: CC BY 3.0 IGO
5. The World Bank. 2020. The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19. doi:10.1002/9781118691731.ch16.
6. Organization for Economic Cooperation and Development. 2010. Social Capital, Human Capital and Health: What is the Evidence? Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
7. Kim, J. Y. 2018. The Human Capital Gap: Getting Governments to Invest in People. *Foreign Aff.* doi:10.1353/aph.1990.0152
8. Collin, M., and Weil, D. 2018. The Effect of Increasing Human Capital Investment on Economic Growth and Poverty: A Simulation Exercise. *Journal of Human Capital* 14 (1).
9. Mcgreevey, W. Angus Deaton. 2013. The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality. *Popul. Dev. Rev.* doi:10.1111/j.1728-4457.2013.00638.x.
10. Leroy, J. L., and Frongillo, E. A. 2019. Perspective: What Does Stunting Really Mean? A Critical Review of the Evidence. *Adv. Nutr.* 10: 196–204.
11. Jamison, D., Yamey, G., Beyeler, N., and Wadge, H. 2016. Investing in Health: The Economic Case. Report of the WISH Investing in Health Forum.
12. UNICEF, Division of Policy and Strategy. 2012. Investing in Children: A Brief Review of the Social and Economic Returns to Investing in Children. UNICEF.
13. Bloom, D. E., Canning, D., and Sevilla, J. 2003. The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. California: RAND Corporation.
14. Victora, C. G., Adair, L., Fall C., Hallal, PC., Martorell, R., Richter, L., Sachdev, H., Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital. *Lancet* 371: 340–357.
15. Bundy, D. A. P., Shultz, L., Sarr, B., Banham, L., Coloneso, P., Drake, L. 2017. The School as a Platform for Addressing Health in Middle Childhood and Adolescence. *Child and Adolescent Health and Development. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.* doi:10.1596/978-1-4648-0423-6/PT4.CH20
16. Luo, R., Shi, Y., Zhang, L., and Liu, C. 2012. Nutrition and Educational Performance in Rural China 's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial in Shaanxi Province Nutrition and Educational Performance in Rural China 's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial. doi:10.1086/665606.
17. Barro, R., and Lee, J. 2010. A New Data Set of Educational Attainment in the World, 1950– 2010. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. doi:10.5089/9781451851335.001
18. International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930
19. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development. June 2019, Tokyo, Japan.
20. Belli, P. C., Bustreo, F., and Preker, A. 2005. Investing in Children's Health: What are the Economic Benefits? *Bull. World Health Organ.* Vol. 83.
21. Diaconu, L., and Popescu, C. 2016. Human Capital - A Pillar of Sustainable Development. Empirical Evidences from the EU States. *Eur. J. Sustain. Dev.* 6: 103–112.
22. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
23. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
24. World Bank. 2020. Insights from Disaggregating the Human Capital Index. doi:10.1596/33143.
25. World Bank. 2020. The Human Capital Project: Frequently Asked Questions - How Does the Human Capital Index Differ from UNDP's Human Development Index? Available at: <https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital/brief/the-human-capital-project-frequently-asked-questions#10>. Accessed on June 22, 2020.
26. Acosta, P., and Muller, N. T. 2018. The Role of Cognitive and Socio-Emotional Skills In Labor Markets. *IZA World of Labor.* doi:10.15185/izawol.453

Message n° 3.

Le maintien ou l'augmentation des investissements dans la santé en période de ralentissement économique peut être bénéfique à long terme

La poursuite des investissements dans la santé est encore plus essentielle en période de ralentissement économique qu'en temps de prospérité. Si les ressources publiques sont rares en période de récession, il s'avère plus rentable d'investir dans les personnes que dans le capital physique pour atteindre des objectifs précis en matière de revenu ou de pauvreté.¹ Le ralentissement de l'activité économique peut avoir des répercussions négatives sur la santé et en particulier sur celle des populations vulnérables des pays caractérisés par l'instabilité du marché du travail et la fragilité des systèmes de protection sociale, ce qui peut avoir des effets à court et à long terme sur le système de santé et l'économie au sens large.² Privilégier la santé dans les budgets nationaux pendant les périodes de stabilité économique peut contribuer à mettre en place des systèmes de santé plus résistants aux chocs futurs. Il est nécessaire, en cas de crise économique, de maintenir, voire d'augmenter, les investissements nationaux dans la santé.

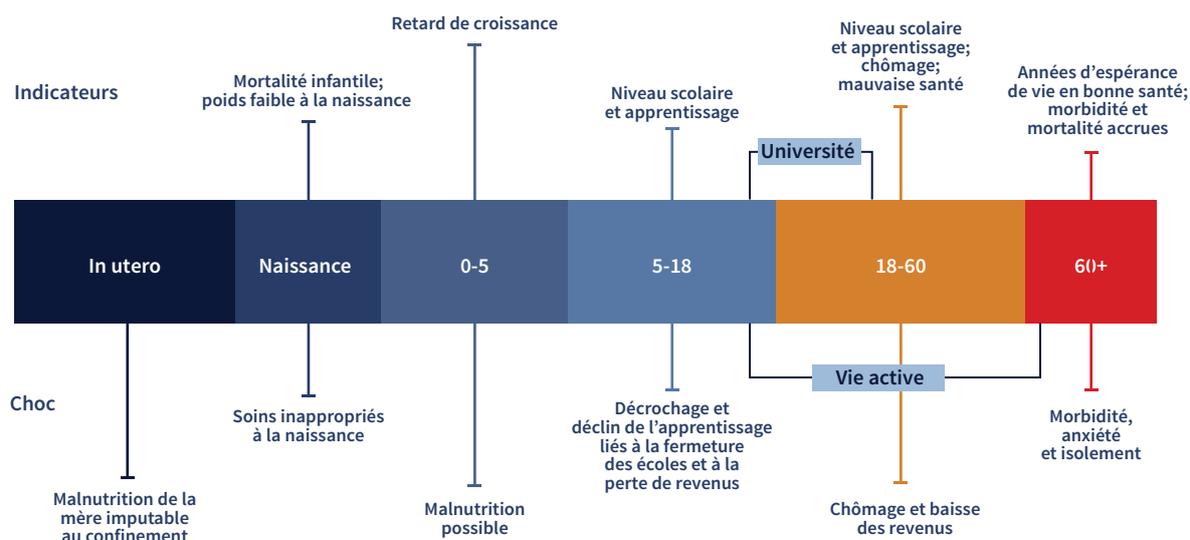
L'inscription au budget national de crédits suffisants pour le secteur de la santé en période de stabilité économique peut protéger le financement national de la santé en cas de chocs économiques futurs.^{3,4} De manière générale, la hausse des dépenses publiques depuis le début des années 2000 s'est faite de manière relativement passive, en grande partie sous l'effet de conditions macroéconomiques favorables (par exemple, augmentation du produit intérieur brut (PIB), augmentation des recettes) plutôt que d'une redéfinition des priorités.^{5,6} L'inscription au budget national de crédits suffisants pour la santé rend les systèmes de santé plus résistants aux futurs chocs économiques. En outre, les ressources supplémentaires générées pendant les périodes de croissance économique peuvent être employées pour accroître les allocations au secteur de la santé sans pour autant diminuer les dotations des autres secteurs. Une analyse du financement public de la santé par habitant, en termes réels, menée dans 151 pays entre 2000 et 2015, révèle que celui-ci a augmenté de 5 pour cent par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier dans la région Asie de l'Est et Pacifique, et que plus de la moitié des augmentations observées à l'échelle mondiale sont dues à la croissance économique.⁷ On estime que les niveaux de dette publique devraient augmenter sous l'effet de la nouvelle pandémie de coronavirus (COVID-19) pour atteindre plus de 60 pour cent du PIB dans les pays à revenu faible et intermédiaire moyen, voire 70 pour cent du PIB dans les pays à revenu élevé, ce qui bouleversera considérablement la donne et rendra encore plus impérieuse l'utilisation efficace de ressources publiques limitées.^a

a Authors calculated these values using the latest data from the IMF World Economic Outlook

Il est nécessaire de maintenir les investissements dans la santé pendant les périodes de récession économique afin d'éviter l'apparition de problèmes de santé plus coûteux. Le fait de maintenir ces investissements permet de préserver la croissance économique future en la protégeant contre l'apparition de problèmes de santé plus coûteux qui se traduisent par des pertes en capital humain (Message n° 1). La pandémie de COVID-19 a été à l'origine de pertes de revenus, de perturbations des services de santé et d'éducation, et d'une détérioration de l'état nutritionnel des enfants, autant d'éléments qui menacent de faire disparaître une décennie de gains en capital humain (Figure 3.1).⁸ Ce recul peut ainsi contribuer à l'apparition de problèmes de santé plus coûteux, ou à l'accumulation d'autres affections de base qui n'ont pas été traitées en raison des interruptions de service entraînant une demande non satisfaite. Une analyse de la crise économique de 2014-2016 au Brésil a notamment révélé que l'augmentation du chômage pendant la récession économique avait contribué au décès de 30 000 personnes supplémentaires, le plus souvent des suites d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire. Les plus fortes augmentations de la mortalité ont été observées parmi les populations dont la santé était déjà plus précaire et qui étaient plus susceptibles de travailler dans le secteur informel, d'avoir des revenus plus faibles et de basculer dans la pauvreté. Cette étude a également révélé que les municipalités qui avaient maintenu des mesures de protection sociale et de santé n'avaient pas observé d'augmentation de la mortalité liée au chômage.¹ En revanche, certaines recherches ont montré que les économies réalisées par le renoncement aux soins dans la plupart des États américains étaient supérieures au coût du traitement des patients atteints de la COVID-19, ce qui a permis de dégager des marges supplémentaires pour les régimes d'assurance maladie.⁹

L'augmentation des investissements dans les programmes de santé et de protection sociale au sens large en période de récession économique permet de protéger les populations contre des pertes dévastatrices en capital humain et en productivité. Lors de ralentissements économiques précédents, certains pays ont protégé les populations malgré la dégradation de la situation économique en augmentant le niveau des dépenses de santé par habitant et en mettant en place d'autres mesures de protection sociale,^{9,10} alors que d'autres ont réduit leurs dépenses de santé au même rythme que la baisse de leur PIB.^{11,12} De nombreux pays ont augmenté leurs dépenses pendant la pandémie de COVID-19 pour financer les interventions sanitaires urgentes déclenchées par celle-ci. Il est toutefois difficile de savoir si ce financement sera maintenu face aux pressions budgétaires des prochaines années.¹⁰ En période de récession, les conditions de vie des individus peuvent se détériorer en raison de la baisse des revenus des ménages,^{2, 13, 14} d'où un risque de dégradation de la santé, notamment à cause de la réduction des apports nutritionnels et du renoncement aux soins de santé.¹⁵ Il est établi que les chocs économiques ont un impact négatif sur la scolarisation, la nutrition et les taux de mortalité infantile dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire⁶, et que leurs retombées sont particulièrement dévastatrices pour les femmes travaillant dans le secteur informel.¹⁴ Les problèmes de santé à grande échelle résultant d'une crise économique sont de nature à accroître les dépenses de santé présentes et futures et à entraîner une perte de productivité économique (Encadré 3.1). Un financement public adéquat du secteur de la santé et la mise en place de programmes de santé et d'autres programmes d'aide sociale (y compris la baisse des montants à charge des ménages, le remboursement des coûts indirects de santé, les prestations de congé maladie, les dispositifs de garantie de revenus) contribuent à prévenir les pertes en capital humain en préservant la productivité et la santé de la population (Message n° 2). En outre, faire passer les critères d'éligibilité à la couverture santé de la notion d'emploi formel à celle de résidence constitue un autre investissement stratégique en faveur de la CSU, qui permet d'améliorer la couverture des services qui sont particulièrement vitaux pour les ménages à faibles revenus.^{10, 17, 18}

Figure 3.1 Conséquences des chocs économiques sur la santé, l'éducation et le capital humain aux différentes étapes du cycle de vie



Source: *The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19*.⁷

Encadré 3.1 De la théorie à la pratique.

Expérience pays : ancienne Union soviétique

La poursuite des investissements dans la santé est encore plus importante en période de ralentissement économique qu'en temps de prospérité, surtout pour les populations vulnérables. Dans les années 1990, le nombre de cas de tuberculose a explosé dans les anciennes républiques soviétiques (suite à la crise économique résultant de la chute de l'Union soviétique) en raison de la désorganisation du système de santé et de la dégradation des conditions sociales et de vie (surpopulation, mauvaise ventilation, état nutritionnel médiocre) propices à la tuberculose et à la tuberculose pharmacorésistante. Sans un traitement lourd et extrêmement onéreux, la tuberculose résistante aux médicaments est une maladie contagieuse, à forte mortalité. Les conséquences économiques considérables liées à la tuberculose et à la tuberculose résistante aux médicaments dans l'ancienne Union soviétique se font encore sentir aujourd'hui. De fait, l'incidence de la tuberculose multirésistante a considérablement augmenté et reste extrêmement élevée. Bien que le manque de ressources affectées au secteur de la santé dans les années 1990, à l'origine de leur apparition, soit en grande partie dû aux troubles politiques, cela démontre que la poursuite des investissements dans la santé en période de récession économique peut prévenir de telles retombées économiques et sanitaires.¹⁹

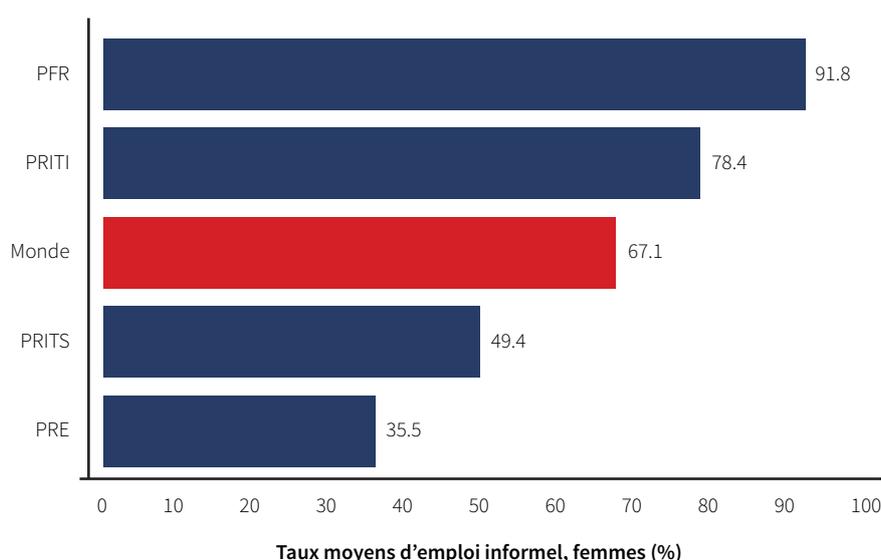
Références

1. Collin, M; Weil, D. 2018. The Effect of Increasing Human Capital Investment on Economic Growth and Poverty: A Simulation Exercise. Policy Research Working Paper; No. 8590. World Bank: Washington, DC.
2. Hone, T., Mirelman, A., Rasella, D., Paes-Soussa, R. 2019. Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: Longitudinal Analysis of Adult Mortality in 5565 Brazilian Municipalities. *Lancet Global Health*. 7: e1575–e1583.
3. Habicht, T., and Evetovits, T. 2015. The Impact of the Crisis on the Health System and Health in Estonia. In *Observatory Studies Series*, No. 41 edited by Maresso, A., Mladovsky, P., and Thomson, S. pp.103–142. European Observatory on Health Systems and Policies.
4. Habicht, T., and Palu, T. 2018. Presentation of the Joint Learning Network: Estonian Case Study. In *Joint Learning Network, Collaborative on Domestic Resource Mobilization*. Washington DC, April 2018
5. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., Dozol, A., and Postolovska, I. 2020. From Slippery Slopes to Steep Hills: Contrasting Landscapes of Economic Growth and Public Spending for Health. *Soc. Sci. Med.* doi:10.1016/j.socscimed.2020.113171.
6. Xu, K., Soucat, A., Kutzin, J., Brindley, C., Vande Maele, N., Toure, H., Garcia Aranguren, M., Li, D., Barroy, J., Saint-Germain, G., Roudbal, T., Indikadahena, C., Cherilova, V. 2018. *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: World Health Organization.
7. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. *Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries*. Washington DC: World Bank
8. The World Bank. 2020. *The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19*. doi:10.1002/9781118691731.ch16.
9. Giesa, K., Lambright, M. 2020. *Forgone But Not Forgotten? Cost And Utilization Of Health Care Services During The COVID-19 Pandemic*. OliverWyman, accessed on 04/20/2021 at: <https://www.oliverwyman.com/our-expertise/insights/2020/aug/cost-and-utilization-of-health-care-services-during-covid-19.html>
10. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. *From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19*. Washington DC: World bank.
11. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., Kluge, H. 2013. *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*. *Eur. Obs. Heal. Syst. Policies Ser.* IV–44.
12. Rizvi, S. S., Douglas, R., Williams, O. D., and Hill, P. S. 2020. *The Political Economy of Universal Health Coverage: A Systematic Narrative Review*. *Health Policy Plan.* 35: 364–372.
13. McKee, M., Balabanova, D., Basu, S., Ricciardi, W., and Stuckler, D. 2013. *Universal Health Coverage: A Quest for All Countries But Under Threat in Some*. *Value Heal.* 16: S39–S45.
14. Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A., and Downing, J. 2016. *Health Impacts of the Great Recession: a Critical Review*. *Curr. Epidemiol. Reports* 3: 81–91.
15. Barba, L. M., van Regenmortel, H., and Ehmke, E. 2020. *Shelter from the Storm: The Global Need for Universal Social Protection in Times of COVID-19*. Oxfam. doi:10.21201/2020.7048
16. Hou, X., Velényi, E. V., Yazbeck, A. S., Lunes, R. F., and Smith, O. 2013. *Learning from Economic Downturns: How to Better Assess, Track, and Mitigate the Impact on the Health Sector*. Washington DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0060-3.
17. Ferreira, F. H. G., and Schady, N. 2009. *Aggregate Economic Shocks, Child Schooling, and Child Health*. *World Bank Res. Obs.* 24: 147–181.
18. Friedman, J., and Schady, N. 2009. *How Many More Infants Are Likely to Die in Africa as a Result of the Global Financial Crisis?* Washington DC: World Bank.
19. Raviglione, M. C. 2003. *The TB Epidemic from 1992 to 2002*. *Tuberculosis* 83: 4–14.

Message n° 4. Des populations en meilleure santé permettent de renforcer les marchés du travail, en particulier pour les femmes

Les femmes représentent une proportion croissante de la main-d'œuvre mondiale, et constituent près de 37,7 pour cent du marché du travail dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.¹ La plupart de ces femmes travaillent dans le secteur informel et sont donc exclues des régimes d'assurance maladie liés à l'emploi (Figure 4.1).^{2,3} Les femmes assument également une part disproportionnée du travail de soins non rémunéré, ce qui compromet leur capacité à intégrer le marché du travail. Des populations en bonne santé sont plus productives : la couverture santé universelle a des effets positifs sur la capacité des femmes à participer au marché du travail en améliorant la santé maternelle et infantile et en stimulant la croissance économique.⁴ Le PIB des pays africains pourrait progresser de 1 pour cent (Sénégal) et de 50 pour cent (Niger) si l'égalité de genre était renforcée sur le marché du travail.⁶ Les investissements visant à résoudre les problèmes de santé des femmes et des enfants et ceux réalisés dans le secteur de la santé en général peuvent avoir des effets positifs sur l'égalité de genre sur le marché du travail et dans l'économie en général.

Figure 4.1 Taux moyens d'emploi des femmes dans le secteur informel



Source: Organisation internationale du travail, base de données ILOSTAT (2021).

Note: Nombre de pays pris en compte dans les moyennes : PFR – 15 ; PRITI – 29 ; PRITS – 27 ; PRE – 7.

L'amélioration de la santé maternelle et infantile peut avoir un effet considérable sur la participation des femmes au marché du travail. Les actions menées pour lutter contre les maladies qui touchent les femmes de manière disproportionnée, comme l'anémie ferriprive, peuvent entraîner des gains de productivité importants. De multiples études ont établi que la supplémentation en fer des travailleuses agricoles se traduit par une augmentation significative de la productivité.⁸ Les programmes de santé qui bénéficient aux filles améliorent également le bien-être économique. L'évaluation d'une campagne de déparasitage de masse en Corée du Sud a montré que l'infection pouvait se traduire par une perte de deux années de scolarité et une diminution de 5 pour cent des revenus à l'âge adulte, et que les femmes souffraient davantage de ces effets.⁸ L'amélioration de la santé maternelle et infantile peut également réduire les taux de fécondité et le temps passé à s'occuper d'enfants malades⁹, ce qui favorise une plus grande participation des femmes sur le marché du travail. Les investissements précoces dans la planification familiale et la santé de la population peuvent réduire les taux de dépendance économique, en diminuant le nombre de jeunes et de personnes âgées dans la population par rapport aux personnes en âge de travailler, et en engageant les pays sur la voie qui leur permettra de tirer parti d'un dividende démographique éventuel (Message n° 2).^a Les femmes ayant moins d'enfants, leur productivité augmente puisque leurs responsabilités familiales, comme la garde des enfants, diminuent.¹⁰ Selon une analyse des données recueillies entre 1960 et 2000 dans 97 pays, la réduction de la fécondité pourrait améliorer sensiblement la participation des femmes sur le marché du travail. En effet, chaque naissance se traduit par une réduction moyenne d'environ quatre années de travail rémunéré au cours de la vie d'une femme.¹¹

La couverture santé universelle protège la santé et la productivité des travailleurs du secteur informel, qui n'ont pas accès aux protections offertes par les régimes sociaux d'assurance maladie liés à l'emploi (Encadré 4.1).³ Les femmes qui travaillent dans le secteur informel n'ont pas accès aux protections sociales publiques ou privées qui pourraient faciliter l'accès aux soins de santé, notamment en ce qui concerne la santé maternelle et les soins aux nourrissons, qui sont essentiels pour le développement de la petite enfance et l'accumulation de capital humain (Message n° 2).¹⁰ Les pays caractérisés par une faible base d'imposition ont du mal à étendre les régimes d'assurance maladie au secteur informel, ce qui oblige les travailleurs informels (qui perçoivent des rémunérations plus faibles et plus variables) à payer de leur poche les services de santé (voir message n° 5).¹³ La place importante des femmes dans l'économie informelle (Figure 4.1) fait de ce secteur un élément central de l'inégalité liée au genre et une piste importante pour la réalisation des objectifs des ODD qui visent à promouvoir la santé, l'égalité de genre, un travail décent et la croissance économique.¹² Les revenus insuffisants et précaires, combinés au manque d'accès aux services de santé, peuvent conduire les femmes à renoncer à des soins ou à les retarder pour elles-mêmes et leurs jeunes enfants.¹² Le Ghana a exonéré les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes du paiement des cotisations du régime national d'assurance maladie afin d'améliorer la santé des enfants et des mères. Les paiements directs limitaient auparavant l'accès des femmes enceintes aux soins de santé, et cette exonération a permis d'accroître leur utilisation des services de santé.

Les investissements dans la santé ont un effet multiplicateur sur le personnel de santé, composé en grande partie de femmes. Le secteur sanitaire emploie une part importante de la population active totale d'un pays et suppose des investissements récurrents substantiels en capital physique. Un personnel de santé en meilleure santé et plus productif peut permettre d'optimiser les investissements dans les infrastructures et les ressources de santé, ce qui se traduit par une meilleure prestation de services et de meilleurs résultats.¹⁴ Un cercle vertueux se forme également entre les investissements dans la santé et le renforcement de l'équité entre les genres au niveau de la main-d'œuvre.¹⁵ Dans la plupart des pays, les

a Le dividende démographique correspond à une période de croissance économique accélérée qui peut accompagner une transition dans la structure démographique d'un pays. Ainsi, l'amélioration de la survie des enfants s'accompagne d'une baisse progressive de la fécondité, ce qui entraîne une augmentation de la main-d'œuvre et une hausse de la proportion d'adultes en bonne santé en âge de travailler par rapport aux personnes à charge^{18,19}. Si les politiques sociales et économiques accompagnent les changements démographiques qui découlent d'investissements efficaces dans la santé, l'augmentation de la population active peut permettre d'accélérer la croissance économique.

femmes représentent 60 à 70 pour cent du personnel de santé^{16,17}, de sorte que les investissements dans ce secteur contribuent directement à l'emploi des femmes.

Encadré 4.1 De la théorie à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Thaïlande

En 2001, la Thaïlande a institué un programme subventionné de couverture universelle (UCS). Le programme lancé donnait lieu à un paiement minime des patients, n'imposait aucun frais d'inscription et couvrait automatiquement tous les bénéficiaires grâce à une subvention de 100 pour cent. Bien que ce dispositif soit un peu moins généreux que le régime de sécurité sociale, ce dernier ne couvrait pas les personnes à charge. Cette mesure avait pour effet, du moins avant la mise en place de l'UCS, d'inciter les membres du ménage à chercher des emplois dans le secteur formel. D'après l'enquête sur la population active, ce nouveau programme a permis d'augmenter le taux d'emploi des femmes, en particulier des femmes mariées, y compris dans le secteur informel. Les études suggèrent que l'élimination du risque financier de chocs sanitaires grâce à l'obtention d'un emploi dans le secteur informel a permis à un plus grand nombre de femmes mariées d'accepter un travail dans ce secteur plutôt que de rester au chômage ou de devoir obtenir un emploi dans le secteur formel. La réforme a également fait baisser le nombre d'emplois dans le secteur formel, du moins chez les hommes mariés, ce qui a peut-être permis aux ménages de sortir de situations dans lesquelles les conjoints doivent occuper l'emploi de l'autre dans le secteur formel urbain sans travailler eux-mêmes.^{13, 20}

Références

1. The World Bank. Labor force, Female (% of total labor force) Low- and Middle- Income. Global Health Accessed on January 22, 2021.
2. Ortiz-Ospina, E., and Tzvetkova, S. 2017. Working Women: Key Facts and Trends in Female Labor Force Participation. Our World In Data. Accessed at: <https://ourworldindata.org/female-labor-force-participation-key-facts>
3. International Labour Organization (ILO). 2018. Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture (third edition). Geneva: International Labour Office.
4. Verick, S. 2014. Female Labor Force Participation in Developing Countries. IZA World Labor pp. 1–10. doi:10.15185/izawol.87.
5. International Labour Organization (ILO). 2019. Unpaid Care Work and the Labour Market. An Analysis of Time Use Data Based on the Latest World Compilation of Time-Use Surveys. Geneva: ILO.
6. Coulibaly, B. (ed) 2020. Foresight Africa: Top Priorities for the Continent 2020-2030. Washington DC: Brookings
7. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? Geneva: World Health Organization
8. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Özaltin, E., Shankar, A. H., and Subramanian, S. V. 2011. Anaemia in Low-Income and Middle-Income Countries. *Lancet* 378: 2123–2135.
9. Stack, M. L. Owaza, S., Bishai, D., Mirelman, A., Tam, Y., Miewssen, L., Walker, D., Levine, O. 2011. Estimated Economic Benefits During the ‘Decade Of Vaccines’: Include Treatment Savings, Gains in Labor Productivity. *Health Aff.* 30: 1021–1028.
10. Bloom, D. E., and Fink, G. 2013. The Economic Case for Devoting Public Resources to Health. *Manson’s Trop. Dis.* Twenty-Third Ed. pp.23–30. doi:10.1016/B978-0-7020-5101-2.00004-2
11. Bloom, D. E., Canning, D., Fink, G., and Finlay, J. E. 2007. Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend. NBER Working Paper Series. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
12. Bhan, G., Suri, A., Horwood, C., Dobson, R., Alfors, L., Portela, A., Rolins, N. 2020. Informal Work and Maternal and Child Health: A Blind Spot in Public Health and Research. *Bull. World Health Organ.* 98: 219–221.
13. Bitran, R. 2014. Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries. *Heal. Nutr. Popul. Discuss. Pap.* pp. 1–86.
14. Buchan, J., Dhillon, I. S., and Campbell, J. 2009. Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization
15. International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930.
16. Van De Pas, R., Mans, L., Bemelmans, M., and Krumeich, A. 2018. Framing the Health Workforce Agenda Beyond Economic Growth. *Int. J. Heal. Policy Manag.* 7: 678–682.
17. Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. 2019. Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries. Geneva: World Health Organization.
18. Jamison, D., Yamey, G., Beyeler, N., and Wadge, H. 2016. Investing in Health: The Economic Case. Report of the WISH Investing in Health Forum
19. Mills, A., and Shillcutt, S. 2004. The Challenge of Communicable Diseases. In *Global Crises, Global Solutions* edited by Lomborg, B. Cambridge University Press.
20. Wagstaff, A., and Manachotphong, W. 2012. Universal Health Care and Informal Labor Markets: The Case of Thailand. World Bank Policy Research Working Paper 6116.

Message n° 5.

Le régime social d'assurance maladie nécessite des fonds publics nationaux pour soutenir les progrès vers la couverture santé universelle

Dans de nombreux pays, les régimes d'assurance publique comme le régime social d'assurance maladie ou le régime national d'assurance maladie sont devenus synonymes de couverture santé universelle (CSU). Le mode de financement de ces régimes et la manière dont ces modalités financières déterminent la couverture offerte à la population importent davantage que leur appellation.² Le régime social d'assurance maladie désigne généralement une assurance publique recouvrant les contributions ou les cotisations des populations et des employeurs assises sur les rémunérations ou d'autres mécanismes, tandis que le régime national d'assurance maladie est principalement financé par l'impôt.^{1, 2} Toutefois, dans le cas des régimes nationaux d'assurance maladie, les cotisations (et les montants à charge des particuliers) ne suffisent pas à couvrir la transition vers la couverture santé universelle. Les pays qui ont mis en place un régime social d'assurance maladie dépendent tous des recettes générales de l'administration publique nationale.^a En outre, le régime social d'assurance maladie peut être coûteux à mettre en œuvre. Au-delà des dépenses administratives, il accroît le coût de la main-d'œuvre, entrave la mobilité et réduit le taux de formalisation du marché du travail. Dans les pays caractérisés par une population pauvre ou un secteur informel important, le recours à l'assurance peut rester limité et le coût de la collecte des contributions est souvent supérieur aux avantages. Le financement du régime social d'assurance maladie par les charges sociales ne constitue pas le moyen le plus efficace de financer la couverture santé universelle.¹ Les approches non contributives financées par les recettes fiscales générales nationales peuvent aider à prendre en charge les personnes les plus difficiles à atteindre et celles qui ont le plus besoin d'aide. Aucun pays ne peut parvenir à une couverture santé universelle sans ressources des administrations publiques nationales, quel que soit le système utilisé (Message n° 1).^{3, 4}

Le système d'assurance publique fonctionne mieux lorsque la majorité des fonds proviennent de ressources des administrations publiques nationales et que les prestations sociales sont dissociées de la capacité contributive. Le financement des soins de santé sera plus pérenne et plus efficace s'il est assuré par les recettes fiscales générales plutôt que par les contributions. En outre, dissocier le droit aux prestations de la situation au regard de l'emploi pourrait bénéficier aux populations pauvres et aux travailleurs du secteur informel qui en étaient auparavant exclus.⁵ Ainsi, les montants versés aux participants au programme mexicain Seguro Popular étaient financés à partir des recettes générales. Ce programme a été conçu pour prendre en charge les 50 millions de travailleurs et autres populations cibles

a Les ressources du secteur public national (GGHE-D) recouvrent à la fois les recettes générales des administrations publiques nationales et les contributions d'assurance sociale (FS1 et FS3). Les ressources des administrations publiques nationales désignent les recettes générales des administrations publiques nationales (FSS1 uniquement).

qui étaient auparavant exclus de l'assurance sociale publique. Sa mise en œuvre a permis de réduire de 8 pour cent la probabilité de dépenses catastrophiques de santé.^{6,7}

Les cotisations sociales, et notamment le régime social d'assurance maladie, peuvent réduire le taux de formalisation du marché du travail en augmentant le coût du travail. Les cotisations sociales risquent également de réduire la mobilité en raison du manque de transférabilité. Les personnes qui ne peuvent pas conserver leur assurance, lorsqu'elles changent d'emploi pour répondre à un besoin ou à une demande d'emploi, risquent d'encourir des dépenses de santé catastrophiques ou de s'appauvrir.⁸ Lorsque les pays à revenu plus élevé comptent sur les contributions sociales d'assurance maladie, ces dernières couvrent en moyenne près d'un quart des dépenses publiques de santé, et doivent encore être complétées par des ressources des administrations publiques nationales.⁴ Le régime social d'assurance maladie est souvent structuré de manière à être financé par affectation spéciale des cotisations salariales. De nombreux pays à revenu élevé envisagent de diversifier les ressources réservées au régime social d'assurance maladie en se tournant vers d'autres impôts et taxes ainsi que vers les recettes générales, en particulier lorsque les populations vieillissent et que les marchés du travail se contractent.^{1,8} Les régimes sociaux d'assurance maladie ne peuvent pas non plus étendre la couverture aux pauvres et au secteur informel tant que l'économie ne s'est pas suffisamment développée pour dégager un espace suffisant pour renforcer les ressources des administrations publiques nationales destinées au secteur de la santé.⁵ Les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, dans lesquels les secteurs informels sont plus importants, ne tirent qu'une faible partie de leurs revenus de l'assurance financée par les cotisations sociales – dans certains cas, ces cotisations représentent moins de 1 pour cent des revenus totaux de la santé. Dans de tels contextes, il n'y a guère d'éléments qui justifient le recours à des régimes d'assurance basés sur les salaires¹. Les recettes provenant de l'assurance basée sur les salaires représentent moins de 1 pour cent des dépenses de santé au Bangladesh, au Cambodge, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Myanmar et en Ouganda ; moins de 10 pour cent en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Laos, au Nigeria, aux Philippines, au Sénégal et au Soudan ; et moins de 20 pour cent en Mongolie et au Viet Nam.^{b,4} (Figure 5.1, Tableau 5.1, et Encadré 5.1).^{9,10}

La mise en place d'un régime social assurance maladie peut poser des problèmes de mise en œuvre et d'adoption. Certains pays ont utilisé des stratégies innovantes pour percevoir des recettes du secteur informel. Par exemple, l'organisme chargé de l'assurance maladie nationale (NHIA) au Ghana a mis en place le renouvellement des adhésions par téléphone portable en décembre 2018. Ainsi, ses membres peuvent utiliser l'argent du porte-monnaie de leur téléphone portable pour renouveler leur adhésion n'importe où, ce qui a augmenté le nombre d'adhésions et facilité la collecte des recettes.^c Au Ghana, les personnes indigentes, qui sont les plus pauvres, sont exemptées du paiement des cotisations. Il s'agit notamment de prisonniers, de malades mentaux et de personnes bénéficiant du programme de revenu de subsistance contre la pauvreté (ou LEAP, Livelihood Empowerment Against Poverty). Cependant, d'autres pays connaissent des problèmes de recouvrement plus persistants, ce qui pourrait indiquer que la mise en place d'une assurance sociale médicale ne justifie pas l'investissement consenti, en particulier dans les pays disposant d'une capacité de mise en œuvre insuffisante et dans lesquels la souscription reste volontaire. Par exemple, aux Philippines, la fourniture d'un accès gratuit aux soins dans le cadre du régime social d'assurance maladie ne s'est pas traduite par une augmentation du recours aux soins et a plutôt entraîné une détérioration de la protection financière.^{11,12} Au Viet Nam, l'existence d'une assurance maladie n'a eu que peu d'effet sur les paiements à la charge des ménages.¹³

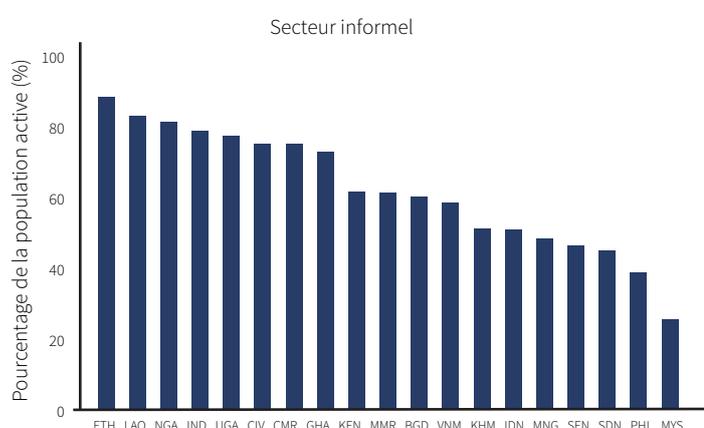
Le recouvrement des contributions du secteur informel peut être compliqué par des questions d'identification, d'administration et d'exécution (Figure 5.1).⁵ Par exemple, la Thaïlande s'est

b Données tirées du WDI et de GHED présentées en avril 2019, réunion de JLN DRM, New Delhi

c Au Ghana, les approches contributives sont soutenues par les recettes fiscales générales. Les contributions sont perçues comme une mesure de solidarité, les contributions couvrant une partie des coûts de fonctionnement du régime d'assurance.

longtemps heurtée au problème du recouvrement des contributions du secteur informel, avant d'étendre la couverture non contributive à 75 pour cent de la population.¹⁴ Les problèmes de recouvrement peuvent également concerner les contributions du secteur formel. Ainsi, en Colombie, la fraude aux contributions des travailleurs des secteurs formel et informel a entraîné un manque à gagner équivalent à 2,75 pour cent du PIB. Au Mexique, seuls 8 pour cent des personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé ont effectivement contribué, et celles qui l'ont fait ont versé moins de la moitié de ce qu'elles auraient dû.⁵ D'autres options visant à réduire les obstacles à une prestation de services efficace et à améliorer la protection financière du secteur informel et des populations pauvres peuvent être utilisées au lieu de cibler les pauvres dans le cadre de subventions ; il s'agit par exemple d'approches non contributives où le droit aux prestations ne dépend pas de la capacité contributive, mais de l'âge ou du niveau de pauvreté, de la résidence ou de la citoyenneté, et qui sont financées par les recettes fiscales.⁵

Figure 5.1 Taille du secteur informel



Source: WDI 2021.

Tabel 5.1 Part des dépenses totales dans les contributions au régime social d'assurance maladie

Part du régime social d'assurance maladie dans les dépenses totales de santé

Viet nam	19%
Mongolie	16%
Indonésie	9%
Kenya, Philippines, Sénégal	4-5%
RDP Lao, Nigeria, Soudan, Inde	1-2%
Malaisie, Cambodge, Côte d'Ivoire, Myanmar Bangladesh, Cameroun, Éthiopie, Ouganda	<1%

Source: base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (2020).

Encadré 5.1 De la théorie à la pratique.

Expérience pays : Estonie

En Estonie, l'affectation d'un montant fixe sur les cotisations salariales représente 90 pour cent des recettes du Fonds estonien d'assurance maladie (ou Estonian Health Insurance Fund – EHIF). L'EHIF est un fonds extrabudgétaire qui regroupe les ressources provenant des cotisations de santé et de retraite (13 et 20 pour cent, respectivement, des revenus des salariés et des travailleurs indépendants), les employeurs contribuant pour le compte des salariés et les travailleurs indépendants par des cotisations fixes. Toutefois, ce fonds est également régressif et crée une certaine distorsion sur le marché du travail. Près de 5 pour cent de la population n'est pas assurée et 11 pour cent sont confrontés à la précarité de l'emploi et à l'instabilité de la couverture sociale qui en découle. Pour la première fois en 2013, les recettes n'ont pas suffi à couvrir les dépenses, et les réserves ont été utilisées pour couvrir les manques à gagner. L'affectation ne pouvant être ajustée, elle était devenue un plafond de recettes plutôt qu'un plancher pour le système d'assurance, l'EHIF recevant une proportion fixe du budget de l'État. En outre, bien que l'EHIF soit tenu de maintenir des réserves, il n'a pas la maîtrise totale de leur utilisation ; ainsi, pendant la crise économique de 2009, les fonds ont été utilisés pour maintenir l'équilibre budgétaire global du pays. Après des années d'efforts, l'Estonie a réussi à diminuer les cotisations salariales et à augmenter les recettes générales du fonds national d'assurance maladie, en partie sous l'effet du vieillissement de la population.¹⁶

Références

1. Yazbeck, A. S., Savedoff, W., Hasiao, W., Kutzin, K., Soucat, A., Tandon, A., Wagstaff, A., Yip, W. 2020. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance for Low- and Low-Middle-Income Countries. *Millwood: Health Aff.* 39: 892–897.
2. Kutzin, J. 2013. Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. *Bull. World Health Organ.* 91: 602–611.
3. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In *G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development*.
4. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
5. Wagstaff, A. 2010. Social Health Insurance Reexamined. *Health Econ.* pp. 503–517. doi:10.1002/hec.
6. Hernandez-Torres, J., Avila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A., and Poblano-Verastegui, O. 2008. Seguro Popular's Initial Evaluation of Household Catastrophic Health Spending in Mexico. *Rev Salud Publica.* 1: 18–32.
7. Frenk, J. 2006. Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Health Policy in Mexico. *Lancet* 368: 954–961.
8. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank. file:///Users/idcvlhas/Downloads/Resources/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century-WB-2019.pdf
9. Cashin, C., Sparkes, S., and Bloom, D. 2017. Earmarking for Health: From Theory to Practice. Health Financing Working Paper. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255004/9789241512206-eng.pdf?sequence=1>
10. Ozer, C., Bloom, D., Martinez Valle, A., Banzon, E., Mandeville, K., Paul, J., Blecher, E., Sparkes, S., Chhabra, S., 2020. Earmarks and Health Taxes: What Do We Know? Health Nutrition and Population Knowledge Brief. Washington DC: World Bank.
11. El Omari, S., and Karasneh, M. 2021. Social Health Insurance in the Philippines: Do The Poor Really Benefit? *J. Econ. Financ.* 45: 171–187.
12. Wagstaff, A., and Neelsen, S. 2020. A Comprehensive Assessment of Universal Health Coverage in 111 Countries: A Retrospective Observational Study. *Lancet Glob. Heal.* 8: e39–e49.
13. Wagstaff, A., and Lieberman, S. S. 2009. Health Financing and Delivery in Vietnam. doi:10.1596/978-0-8213-7782-6.
14. Tandon, Ajay, and Reddy, K. S. 2019. Redistribution and the Health Financing Transition. Working draft.
15. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J., O'Dougherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. World Health Organization Working Paper, No. 4.
16. Habicht, T., and Palu, T. 2018. Presentation of the Joint Learning Network: Estonian Case Study. In *Joint Learning Network, Collaborative on Domestic Resource Mobilization*. Washington DC, April 2018.

Message n° 6.

Le financement public national de la santé réduit la pauvreté et les inégalités

Le recours aux soins de santé ne devrait pas contraindre les gens à choisir entre leur bien-être économique et physique.¹ Dans la plupart des pays, les inégalités socio-économiques entre les populations les plus pauvres et les plus riches, en particulier pour les femmes et les enfants, sont exacerbées par la faible couverture des services de couverture santé universelle (CSU) dont bénéficient les pauvres.^{2,3} Le renoncement aux soins de santé, souvent dû à des coûts prohibitifs, accentue également les inégalités, ce qui entraîne des dépenses plus importantes à terme, notamment pour les ménages pauvres.^{4,5} Un financement public national ciblant les populations vulnérables peut permettre de dissocier les prestations de la capacité contributive, contribuer à la réduction de la pauvreté et avoir un effet positif profond sur le capital humain, en libérant des ressources financières et en améliorant la productivité (Message n° 2). C'est pourquoi le recours à des ressources du secteur public national constituées par des versements obligatoires effectués de manière anticipée apparaît essentiel pour permettre aux pays de se rapprocher de la CSU et briser le cycle de la pauvreté et de la mauvaise santé (Message n° 1).^{9, 8, 10}

Les ressources du secteur public national ne bénéficient pas nécessairement aux personnes qui en ont le plus besoin. Dans de nombreux pays à faible revenu, les paiements directs des ménages restent la principale source de financement (Message n° 7), et représentent en moyenne 39 pour cent des dépenses totales de santé.¹³ Chaque année, le reste à charge des habitants des pays en développement représente 500 milliards de dollars, ce qui entraîne des dépenses de santé catastrophiques et plonge près de 100 millions de personnes dans la pauvreté.^{3,14} Les pays de l'OCDE à revenu élevé, dans lesquels la part des paiements directs des ménages ne dépasse pas 20 pour cent des dépenses totales de santé, recourent davantage à des systèmes financés par anticipation et enregistrent une incidence plus faible des dépenses de santé appauvrissantes. Une évaluation internationale de l'incidence des dépenses publiques de santé sur les prestations a montré que, dans 66 pays, les dépenses publiques totales de santé (GHE) étaient largement favorables aux riches, ce qui signifie que les personnes en mesure de payer profitent davantage des dépenses publiques que celles qui ne le peuvent pas. Si l'on considère les pays séparément, la proportion des dépenses publiques de santé favorables aux pauvres diminue au fur et à mesure que la part des recettes publiques provenant des paiements directs des ménages, comme les redevances

a Les taux de 10 et de 25 pour cent du revenu total ou de la consommation des ménages sont deux seuils courants pour les dépenses catastrophiques et sont conformes à l'indicateur 3.8.2 des objectifs de développement durable (ODD). L'appauvrissement peut être mesuré à partir des seuils internationaux de pauvreté absolue : 1,90 dollar américain par jour et 3,20 dollars américains par jour (en parité de pouvoir d'achat), seuil international de pauvreté (2011), ou en utilisant un seuil de pauvreté relatif (par exemple 60 pour cent de la consommation médiane par habitant).

d'utilisation, augmente : plus les populations pauvres paient directement leurs soins de santé, moins la contribution de l'État est importante (Message n° 7).^{6,b}

Le nombre de personnes appauvries par les dépenses de santé représente une part croissante des pauvres dans le monde. Lorsque les ressources des administrations publiques nationales sont affectées aux populations pauvres et vulnérables, elles sont plus susceptibles que d'autres sources de revenus, de soutenir ceux qui en ont le plus besoin. Ces fonds aident les populations à éviter des dépenses élevées, à leur charge, qui peuvent exacerber la pauvreté, et favorisent en fin de compte la croissance économique.^{7,8} Les pauvres doivent faire face à des difficultés financières considérables et tombent souvent en dessous du seuil de pauvreté, car ils doivent payer directement des prestations de santé. Bien que la part de la population mondiale ayant basculé dans l'extrême pauvreté ait diminué entre 2000 et 2015, la part relative de personnes vivant dans la pauvreté en raison de paiements directs a augmenté, passant d'environ 7 pour cent en 2000 à 12 pour cent en 2015 (Tableau 6.1). Ces personnes sont généralement déjà pauvres et passent de ce fait sous le seuil de pauvreté.¹¹

Tableau 6.1 Appauvrissement dû aux paiements directs des ménages et à l'extrême pauvreté (à 1,90 USD)²⁵

	2000	2005	2010	2015
Pauvres dans le monde (millions)	1695	1363	1109	741
Appauvris à cause des dépenses directes (millions)	123.9	116.8	103.4	89.7
Part de la population pauvre appauvrie à cause des dépenses directes (%)	7.3%	8.6%	9.3%	12.1%

Source: Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé, 2019 ; Sparkes et al., à paraître.

Les ressources du secteur public national peuvent permettre de dissocier l'utilisation des services de la capacité contributive.¹² Sans le financement du secteur public national qui constitue la principale source de financement du régime d'assurance, les utilisateurs sont exposés au risque financier, ce qui limite la protection financière, en particulier pour ceux qui se trouvent déjà dans les quintiles de richesse les plus bas. Bien que certains pays prévoient l'utilisation de tickets modérateurs simples, modiques et fixes lors de la conception du régime, ceux-ci peuvent aussi limiter l'accès des pauvres aux soins (Message n° 7). Les paiements à la charge des ménages effectués au prestataire au titre des soins reçus risquent de compromettre la satisfaction de besoins fondamentaux tels que la nourriture ou le logement, de dissuader de rechercher des soins et, lorsque les dépenses médicales sont importantes ou qu'elles se prolongent dans le temps, de faire basculer dans la pauvreté des personnes et des familles qui connaissent déjà des difficultés économiques. Les paiements directs des ménages peuvent également nuire à l'épargne des ménages et réduire la consommation discrétionnaire potentielle qui pourrait stimuler l'économie. Alors que les paiements directs des ménages sous forme de participation aux coûts, comme les cotisations ou les tickets modérateurs, peuvent aider à contrôler la surconsommation des ménages non pauvres, les pauvres souffrent davantage lorsque les paiements directs sont liés aux services de base.^{17,13}

Cibler les groupes prioritaires et les facteurs connus d'appauvrissement grâce à des ressources du secteur public national peut accentuer les effets positifs et protéger les populations.⁸ Les médicaments prescrits aux malades ambulatoires représentent le principal facteur de difficultés financières dans les pays européens, et touche particulièrement les plus pauvres.¹⁵ En Afrique, la majorité des paiements directs des ménages en matière de santé concerne les médicaments et les services ambulatoires, et non les soins tertiaires. Les difficultés financières sont en outre dues à l'accumulation

b Il existe deux grandes catégories de paiements ou de dépenses au titre de la santé effectués par les particuliers, qui sont financées par les revenus, l'épargne ou les emprunts des ménages : i) les montants versés de manière anticipée, comme les cotisations versées à une caisse d'assurance maladie à laquelle les particuliers peuvent souscrire volontairement, avant de nécessiter des soins, et ii) les paiements à la charge des particuliers effectués au prestataire au titre des soins reçus.

des dépenses et non à des événements ponctuels.^{15,16} La combinaison des conditions et des causes peut également varier selon le contexte. En Éthiopie, on estime que 75 pour cent de l'appauvrissement lié aux soins médicaux résulte des paiements directs pour les diarrhées, les infections des voies respiratoires inférieures et les accidents de la route.¹⁸ Faute de mesures de protection sanitaire et sociale, les inégalités existantes pourraient s'aggraver avec la pandémie de COVID-19. En effet, les aides publiques n'ont pas été suffisantes pour répondre aux besoins fondamentaux des chômeurs, des personnes âgées ou des enfants, et des familles. Le soutien financier de l'État, lorsqu'il existe, était ponctuel dans 41 pour cent des cas et s'est maintenant considérablement ralenti.¹⁹ Les fonds publics destinés à la santé peuvent également être utilisés pour soutenir le développement de programmes existants ou de programmes ciblant les populations pauvres et les plus vulnérables qui ne seraient pas prioritaires autrement (Encadré 6.1). Ainsi, la participation à l'ancien programme mexicain Seguro Popular était financée par la taxation des recettes générales. Conçu pour répondre aux besoins de 50 millions de Mexicains, dont la plupart étaient pauvres et exclus de l'assurance sociale, ce système a permis de réduire de 8 pour cent la probabilité de dépenses de santé catastrophiques.^{20,21} De même, au Viet Nam, le programme de soins de santé financé par les pouvoirs publics, le Vietnam Health Care Fund for the Poor, a permis de réduire les paiements directs des ménages et de transférer le recours aux soins ambulatoires du secteur privé au secteur public.²²

Encadré 6.1 De la théorie à la pratique.

Expérience pays : Brésil

Si le financement public national peut aider à réduire la pauvreté, il peut être difficile de maintenir ce financement et la volonté politique nécessaires à ces programmes de façon durable. Le programme brésilien de transferts monétaires conditionnels, Bolsa Família, a permis de sortir plus de 30 millions de Brésiliens de la pauvreté entre 2003 et 2010. En 2019, il a permis de soutenir plus de 50 millions de personnes, soit un quart de la population, y compris les personnes en âge de travailler et les enfants. Le modèle a connu un tel succès qu'il a été adapté pour être mis en œuvre en Afrique du Sud, en Indonésie, au Chili, au Mexique et dans d'autres pays, et était utilisé par 67 pays en 2017. Le programme a été reconnu pour avoir relancé l'économie pendant la crise en stimulant la consommation, ainsi que pour avoir initié une transformation à long terme en investissant dans le capital humain. Cependant, en juin 2019, les paiements aux familles déjà inscrites ont cessé et le nombre de nouvelles familles acceptées a ralenti. Le nombre de familles admises est passé de 275 000 à moins de 2 500 par mois.^{23, 24}

Références

1. Kutzin, J. 2008. Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers. Geneva: World Health Organization.
2. Barros, A. J. D., Wehrmeister, F. C., Ferreira, L. Z., Vidaletti, L. P., Hosseinpoor, R., Victora, C. G. 2020. Are the Poorest Poor Being Left Behind? Estimating Global Inequalities in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. *BMJ Glob. Heal.* 5:1–9.
3. Wagstaff, A., Bredenkamp, C., and Buisman, L. R. 2014. Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind? *World Bank Res. Obs.* 29:137–162.
4. Moreno-Serra, R., Millett, C., and Smith, P. C. 2011. Towards Improved Measurement of Financial Protection in Health. *PLoS Med.* 8: 8–13.
5. Bonfrer, I., and Gustafsson-Wright, E. 2017. Health Shocks, Coping Strategies and Foregone Healthcare Among Agricultural Households. In Kenya. *Glob. Public Health* 12:1369–1390.
6. Wagstaff, A., Bilger, M., Buisman, L. R., and Bredenkamp, C. 2014. Who Benefits from Government Health Spending and Why: A Global Assessment. Policy Research Working Paper Series 7044. Washington DC: World bank
7. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
8. Tandon, Ajay, and Reddy, K. S. 2019. Redistribution and the Health Financing Transition. Working draft
9. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepyonoga, K., Buisman, L. R., van Wilgenburg, K., Eozenou, P. 2018. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. *Lancet Glob. Heal.* 6: e169–179.
10. Barroy, H., Vaughan, K., Tapsoba, Y., Dale, E., and Maele, N. Van De. 2014. Towards Universal Health Coverage: Thinking Public. Overview of Trends in Public Expenditure on Health (2000-2014). file:///Users/idcvlhas/Downloads/Resources/2017 Thinking Public WHO.pdf
11. Sparkes, S., Hoang-Vu Eozenou, P., Evans, D., Kurowski, C., Kutzin, J., Tandon, A. Forthcoming. Will COVID-19 Derail the Quest for UHC? Health Systems and Reforms.
12. Smith, P. C., and Witter, S. N. 2004. Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance. Washington DC: World Bank
13. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank.
14. World Health Organization and World Bank Group. 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health pp. 10–15.
15. World Health Organization and The World Bank. 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health pp. 1–60.
16. Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents. 2018. Health Financing: Strengthening Financial Protection. Backgr. Pap. Seventh Investors Gr. Meet. pp. 1–30.
17. Njagi, P., Arsenijevic, J., and Groot, W. 2018. Understanding Variations in Catastrophic Health Expenditure, Its Underlying Determinants and Impoverishment in sub-Saharan African Countries: A Scoping Review. *Syst. Rev.* Vol. 7.
18. Verguet, S., Memirie, S. T., and Norheim, O. F. 2016. Assessing the Burden of Medical Impoverishment by Cause: A Systematic Breakdown by Disease. In Ethiopia. *BMC Med.* 14: 1–11.
19. Barba, L. M., van Regenmortel, H., and Ehmke, E. 2020. Shelter from the Storm: The Global Need For Universal Social Protection in Times of COVID-19. *Oxfam.* doi:10.21201/2020.7048.
20. Hernandez-Torres, J., Avila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A., and Poblano-Verastegui, O. 2008. Seguro Popular's Initial Evaluation of Household Catastrophic Health Spending in Mexico. *Rev Salud Publica.* 1:18–32.
21. Frenk, J. 2006. Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Health Policy in Mexico. *Lancet* 368: 954–961.
22. Axelson, H., Bales, S., Minh, P. D., Ekman, B., and Gerdtham, U. G. 2009. Health Financing for the Poor Produces Promising Short-Term Effects on Utilization and Out-Of-Pocket Expenditure: Evidence from Vietnam *Int. J. Equity Heal. Financ.* Vol. 8.
23. Maranhao, B.. 2020. Bolsa Família Brazil's Admired Anti-Poverty Programme, is Flailing pp. 2–7. *The Economist*, The Americas, Feb 1st 2020 Edition.
24. Hikmet, G. B. 2020. Understanding the Bolsa Familia Program as a Social Protection System in Brazil. Chapter 3. Geopolitics, Discrimination, Gender And Immigration. London: IJOPEC.
25. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

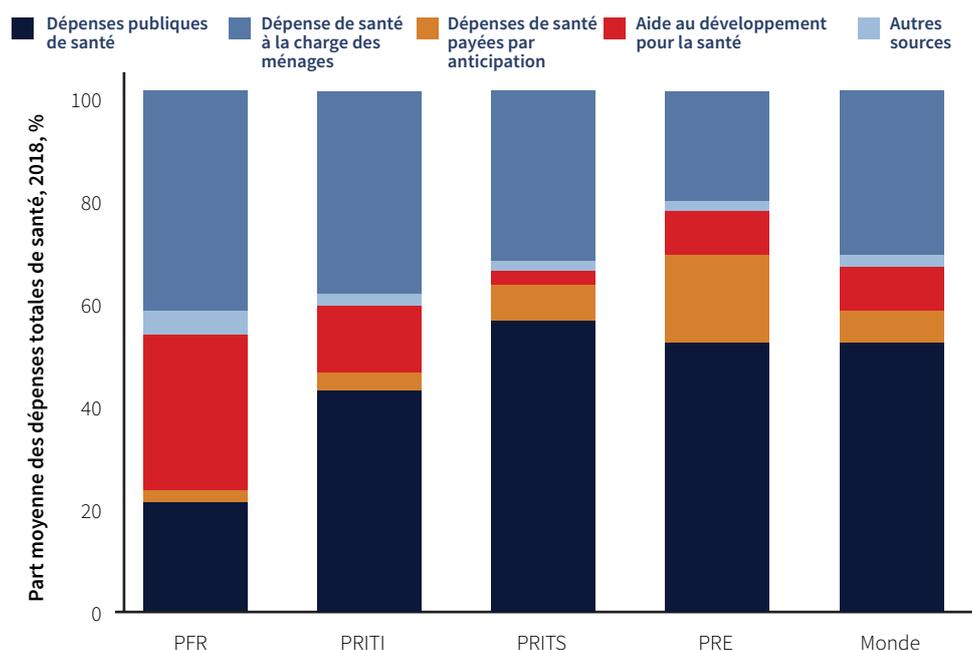
Message n° 7.

Le système de paiement direct est inefficace et inéquitable

Lorsque les fonds publics ne permettent pas de couvrir les coûts des soins de santé, il devient nécessaire de faire appel à des ressources privées. Il existe deux grandes catégories de paiements ou de dépenses au titre de la santé effectués par les particuliers, qui sont financées par les revenus, l'épargne ou les emprunts des ménages : i) les montants versés de manière anticipée, comme les cotisations versées à une caisse d'assurance maladie à laquelle les particuliers peuvent souscrire volontairement, avant de nécessiter des soins, et ii) les paiements à la charge des particuliers effectués au prestataire au titre des soins reçus. Les paiements à la charge des particuliers effectués au prestataire au titre des soins reçus peuvent inclure les redevances couvrant l'utilisation de services – des redevances explicites pour des services ou des tickets modérateurs (partage des coûts) pour des services, des médicaments ou des marchandises, payés à des acteurs privés ou spécifiés par le gouvernement pour couvrir une charge en partie ou en totalité –, les paiements informels effectués en nature et en espèces pour des services, des médicaments ou des marchandises, ainsi que des pratiques telles que la facturation équilibrée lorsque les patients sont facturés au-delà d'un prix établi pour les soins.^{1, 2, 3, a} La dépendance à l'égard du financement privé et des paiements directs des ménages en particulier diminue de manière générale à mesure que les économies se développent et que les dépenses publiques augmentent en pourcentage du PIB.² Dans la plupart des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI), le paiement direct des ménages reste la principale source de financement de la santé, et représente en moyenne 39 pour cent des dépenses totales de santé.⁸ Une grande partie des fonds est acheminée vers le secteur privé, qui ne parvient pas toujours à subvenir aux besoins des personnes qui en ont le plus besoin (Figure 7.1). Les paiements directs des ménages des pays en développement représentent chaque année 500 milliards de dollars, ce qui se traduit par des dépenses catastrophiques et plonge près de 100 millions de personnes dans la pauvreté (soit 15 pour cent de l'ensemble des personnes confrontées à des difficultés financières extrêmes).^{b, 4-7} Les frais à la charge de l'utilisateur sont inéquitables et appauvrissants (Message n° 6), ainsi qu'inefficaces (Message n° 11). C'est pourquoi ces fonds ne doivent pas être considérés comme une source majeure de revenus pour les systèmes de santé.

-
- a Les coûts encourus pour accéder aux soins, tels que le transport, ne sont pas inclus dans la définition officielle des dépenses directes des ménages, qui tend à se concentrer sur les coûts directs. Ces coûts peuvent être intégrés dans une catégorie de coûts indirects.
- b Les taux de 10 et de 25 pour cent du revenu total ou de la consommation des ménages sont deux seuils courants pour les dépenses catastrophiques et sont conformes à l'indicateur 3.8.2 des ODD. L'appauvrissement peut être mesuré à partir des seuils internationaux de pauvreté absolue : 1,90 dollar américain par jour et 3,20 dollars américains par jour (en parité de pouvoir d'achat), seuil de pauvreté international (2011), ou en utilisant un seuil de pauvreté relatif (par exemple 60 pour cent de la consommation médiane par habitant).

Figure 7.1 Sources des dépenses de santé par niveau de revenu



Source: Indicateurs du développement dans le monde ; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (2020).

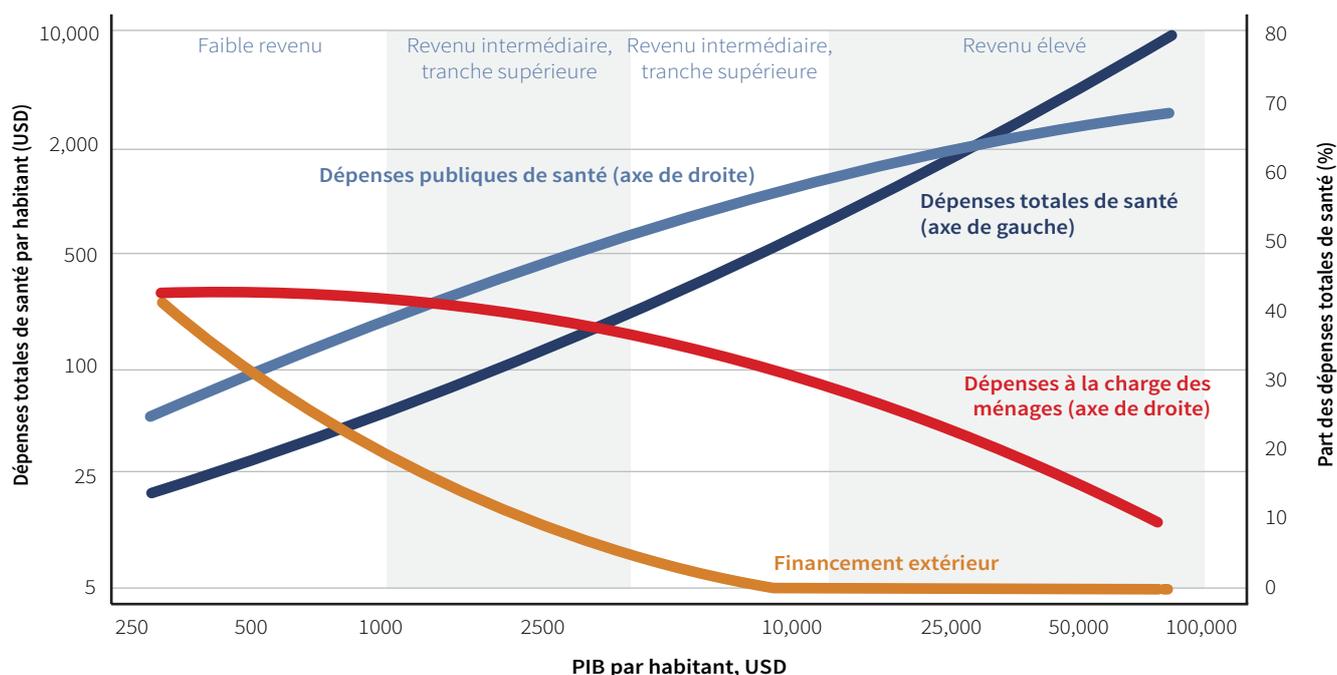
Le système de paiement direct est inefficace, car il réduit la capacité à fixer des prix équitables, ne permet pas la mutualisation des risques et peut contraindre les achats.

Dans le secteur public, le système de paiement direct peut être source de manque d'efficacité, car il peut limiter la capacité à fixer des prix équitables pour les services et contribuer à faire varier les coûts d'un établissement à l'autre pour un même traitement. Les établissements sont autorisés à fixer le prix des soins (Message n° 11). Les frais à la charge des particuliers perçus au travers de paiements informels peuvent créer une fragmentation, limiter la mutualisation et avoir un impact sur les allocations budgétaires en réduisant la transparence de ce qui est perçu. L'adoption de mécanismes de remboursement anticipé et l'abandon des paiements directs peuvent également améliorer les accords de mutualisation et d'achat qui améliorent l'efficacité et assurent une meilleure valorisation de chaque dollar dépensé pour la santé.^{4,8,9} Cependant, l'abandon du système de paiement direct n'est pas chose aisée, et doit se faire en tenant compte de la manière de remplacer les revenus perdus de manière opportune, durable et favorable aux pauvres.¹⁰ En 2016, les paiements directs représentaient 54 pour cent des dépenses totales aux Philippines et entraînaient 1,5 million de personnes dans la pauvreté chaque année. Bien que la stratégie de financement de la santé des Philippines vise à garantir la protection financière en réduisant les frais à la charge des patients par la mutualisation des fonds et des achats plus stratégiques, certains problèmes persistent, comme les incitations liées au paiement à l'acte et les frais élevés à la charge des patients pour les produits pharmaceutiques.¹¹ Au Cameroun, au Burkina Faso, au Ghana, au Nigeria et en Zambie, les mesures visant à supprimer les redevances d'utilisation ont amélioré l'accès aux services d'accouchement en établissement de santé, en particulier pour les femmes pauvres, rurales et sans instruction.¹² Malgré ces mesures, les frais encourus par les ménages dans ces pays restent élevés.^c

Les frais à la charge des patients sont inéquitables, car ils ont un impact disproportionné sur les pauvres. Des recherches ont montré que même lorsque le ticket modérateur est progressif et que la part payée par les pauvres est faible, cela peut tout de même entraver l'accès aux services de santé des personnes démunies et accroître davantage leur risque d'encourir des dépenses courantes de santé.¹¹

^c Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales, consultée le 15/01/2021. Paiement direct des ménages en % des dépenses de santé du pays (2018) : Burkina Faso (36 %), Cameroun (76 %), Ghana (38 %), Nigeria (77 %), Zambie (10 %).

Figure 7.2 Transition du financement de la santé



Source: Authors' estimates using data from WHO Global Health Expenditure Database (2020).

Un examen des 24 pays européens qui assurent l'accès aux services financés par l'État à l'ensemble de la population montre que les dépenses catastrophiques touchent surtout les pauvres et qu'elles sont principalement liées au paiement des médicaments prescrits en consultation externe (Message n° 6).¹² Ce phénomène se retrouve dans les contextes à faible revenu, même lorsque l'on examine la situation à l'intérieur d'un même pays ou entre plusieurs États qui peuvent présenter des niveaux variables de développement économique. Par exemple, une étude portant sur huit districts dans trois États de l'Inde a révélé que la répartition des paiements directs des ménages était régressive dans tous les districts, et plus prononcée dans les zones rurales.¹³ Au Ghana, les paiements pour les personnes assurées par le régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) peuvent provenir de retards dans le versement des fonds par le gouvernement à l'Autorité nationale d'assurance maladie aux prestataires. Pour assurer leur fonctionnement, certains prestataires de soins de santé prélèvent des frais non autorisés sur les membres du NHIS, ce qui rend les pauvres plus vulnérables et compromet l'équité et l'accès aux soins de santé. Les frais à charge des patients découlent également des retards enregistrés dans la révision de la liste des médicaments du NHIS en fonction des prix du marché, ce qui conduit certains distributeurs à suspendre la vente de médicaments au motif que les prix ne sont pas compétitifs et à inciter les patients à se tourner vers le marché libre.

La croissance économique peut stimuler une transition en matière de financement de la santé, en réduisant la dépendance à l'égard des paiements directs et en contribuant à un cercle vertueux qui favorise les gains en capital humain (Message n° 2). Les ressources du secteur public national consacrées à la santé améliorent l'accès à des services de santé de qualité et permettent de préserver la santé, d'accroître la productivité et d'augmenter les revenus (Messages n° 2 et 3)⁹. L'amélioration de l'économie des pays leur permet logiquement d'injecter davantage de ressources publiques dans le secteur de la santé et de devenir moins dépendant de sources telles que les contributions directes versées sous forme de participation aux coûts ou de paiements informels effectués au prestataire au titre des soins reçus, qui ont des répercussions négatives sur les populations pauvres. Cette « transition du financement de la santé » (Figure 7.2) peut améliorer la pérennité, l'équité et l'efficacité, et se traduire par une amélioration de la santé et du bien-être, en particulier pour les populations les plus pauvres¹⁶. Cette situation a pour effet d'améliorer le capital humain, de stimuler la productivité et de permettre aux individus d'épargner et d'investir dans des domaines autres que la santé (Messages n° 1 et 3), ce qui dynamise l'économie et boucle un cercle vertueux.

En attendant une croissance suffisante ou une redéfinition des priorités, la réduction des paiements directs des ménages et des redevances d'utilisation en particulier doit être soutenue par des mesures politiques complémentaires. Explorer comment réduire ou abolir les redevances d'utilisation et minimiser l'impact fiscal d'autres formes de dépenses directes sans conséquences indésirables telles que l'interruption des services et une détérioration du recours aux services de santé, nécessite de disposer de ressources publiques pour la santé. Cependant, il est peu probable que ces fonds puissent être mobilisés à court terme, en particulier compte tenu du ralentissement de la croissance au moment où les pays luttent contre les retombées de la pandémie de COVID-19, et du fait que certains pays ou régions dépendent déjà fortement des dépenses directes (Message n° 3).^{18,19} Faute de pouvoir augmenter les recettes tirées des impôts ou d'autres sources, l'examen de certaines pistes d'action susceptibles d'améliorer l'efficacité, comme l'amélioration des accords d'achat visant à rembourser les prestataires de manière réaliste et souple pour les coûts des services, peut être une solution. Les pays qui cherchent des sources de revenus supplémentaires doivent également garder à l'esprit les problèmes d'équité et d'accès que peut poser la facturation de services ou de produits liés à la COVID-19 ou autres, et éviter de s'appuyer davantage sur des sources de financement directes, qui peuvent également donner l'impression que la santé est prise en charge (Encadré 7.1).¹⁷ Dans les cas où les montants à charge des ménages sont déjà employés pour soutenir le fonctionnement des établissements de santé afin de gérer la demande excessive de services spécifiques, les pauvres doivent être subventionnés et protégés contre un appauvrissement supplémentaire.¹⁰

Encadré 7.1 De la théorie à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Éthiopie

La dépendance à l'égard des redevances d'utilisation risque de compromettre les recettes destinées au secteur de la santé. Depuis 1950, les établissements de santé en Éthiopie facturent des redevances aux usagers. En revanche, les revenus perçus par les établissements au titre des redevances d'utilisation étaient, avant la mise en place de la stratégie de financement des soins de santé en 1998, transférés au ministère des Finances et n'étaient pas conservés au niveau des établissements, ce qui avait pour effet de dissocier les revenus perçus de la capacité de ces établissements à mobiliser des ressources. Les réformes du financement des soins de santé introduites à la suite de la mise en place de la stratégie de financement des soins de santé de 1998 ont permis aux établissements de santé de maintenir ces redevances, lesquelles représentaient une part importante de leur budget ordinaire. Toutefois, au-delà des problèmes d'équité que pose cette réforme, les redevances elles-mêmes ne constituent pas une recette supplémentaire comme prévu et les établissements voient la dotation versée par les collectivités locales diminuer du fait de cette levée de fonds. Par ailleurs, étant donné que d'autres ministères considèrent ces redevances d'utilisation comme une source de fonds « sanctuarisée », le ministère de la Santé et les autorités sanitaires à différents niveaux du gouvernement ont vu diminuer leur capacité à négocier des ressources. Il s'ensuit une réduction des budgets récurrents hors salaires alloués aux établissements de santé, une baisse consécutive de la qualité des services et une incitation à percevoir davantage de redevances pour compenser les déficits.

Références

1. Wagstaff, A., Eozenou, P., Neelsen, S., and Smits, M. 2018. The 2018 Health Equity and Financial Protection Indicators Database Overview and Insights. Washington DC: World Bank.
2. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
3. World Bank and World Health Organization. 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank.
4. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
5. Evans, T. 2019. High-Performance Health Financing Systems for UHC Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. In G20 Seminar on Innovation for Inclusive Development. Osaka, Japan.
6. Wagstaff, A., Flores, G., Smits, M. F., Hsu, J., Chepynoga, K., Eozenou, P. 2018. Progress on Impoverishing Health Spending in 122 Countries: A Retrospective Observational Study pp. 5–10. doi:10.1016/S2214-109X(17)30486-2.
7. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smits, M. F., Chepyonoga, K., Buisman, L. R., van Wilgenburg, K., Eozenou, P. 2018. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. *Lancet Glob. Heal.* 6: e169-179.
8. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank.
9. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
10. World Bank. 1997. Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Development Results. Washington DC: World Bank.
11. Bales, S., Bredenkamp, C., and Gomez, V. 2018. Striving for Equity and Efficiency: An Assessment of Provider Payment Reforms in the Philippines Health Sector. Washington DC: World Bank.
12. Leone, T., Cetorelli, V., Neal, S., and Matthews, Z. 2016. Financial Accessibility and User Fee Reforms for Maternal Healthcare in Five sub-Saharan Countries: A Quasi-Experimental Analysis pp. 1–8. doi:10.1136/bmjopen-2015-009692.
13. Bayati, M., Mehorhassani, M.H., Yazdi-Feyzabadi, V., 2019. Paradoxical situation in regressivity or progressivity of out-of-pocket payment for health care: which one is a matter of the health policy maker's decision or intervention? *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 17 (28).
14. World Health Organization (WHO). 2019. Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
15. Chowdhury, S., Gupta, I., Trivedi, M., Prinja, S. 2018. Inequity and Burden of out- of-pocket health spending: District level evidences from India. *Indian Journal of Medical Research* 148(2): 180-189.
16. Fan, V., and Savedoff, W. 2014. The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence. *Soc Sci Med* 105: 112–21.
17. Oxfam. 2020. WB World Bank COVID Health Report Findings for World Bank Review 29 Oct 2020.
18. Shaw, P., and Griffin, C. C. 1995. Financing Health Care in Sub-Saharan Africa Through User Fees And Insurance. Washington DC: World Bank.
19. Aasante, A., Wasike, W.S.K., Ataguba, J. E.. 2020. Health Financing in Sub-saharan Africa: From Analytical Frameworks to Empirical Evaluation. *Applied Health Economics and Health Policy*. 18.

Message n° 8.

L'investissement dans la santé génère des résultats positifs pour d'autres secteurs

Les pouvoirs publics opposent souvent les arguments avancés pour la réalisation d'investissements publics dans le secteur de la santé à ceux qui sont mis en avant dans d'autres secteurs tels que l'éducation, l'eau et l'assainissement, et les transports, tous susceptibles de produire des avantages tangibles et directs pour la société et l'économie.¹ Les conséquences économiques d'une santé déficiente sont toutefois considérables. Une analyse de l'Organisation mondiale de la Santé estime qu'entre 2011 et 2025, les maladies non transmissibles représenteraient à elles seules un manque à gagner de 7 280 milliards de dollars américains dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, lié à des handicaps, des décès prématurés ou des absences au travail pour cause de maladie ou de recherche de soins.² Il est essentiel d'investir dans les systèmes de santé pour assurer la solidité des marchés de l'emploi³ et produire des avantages économiques indirects pour d'autres secteurs en contribuant à améliorer la santé et la productivité de la population.⁴ Cela améliore ensuite les perspectives de revenus et contribue à l'économie globale, sachant que le revenu par habitant est étroitement lié à la santé, quel que soit le pays.^{a,5} La couverture santé universelle (CSU) peut contribuer au développement d'autres secteurs grâce à la constitution d'une main-d'œuvre plus nombreuse et plus productive.

La santé est un facteur déterminant de la productivité de la main-d'œuvre, en particulier dans les secteurs qui demandent un travail physique. Les personnes en bonne santé sont plus productives. Elles s'absentent moins souvent de leur travail pour cause de maladie ou de recherche de soins, sont capables de travailler plus longtemps, de manière plus productive, et gagnent davantage.⁶ Une bonne santé est particulièrement importante dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre comme l'agriculture et l'industrie manufacturière, qui représentaient ensemble plus de la moitié du PIB des pays à faible revenu en 2018.⁷ Les données recueillies dans le secteur agricole montrent qu'une meilleure santé peut contribuer à améliorer la productivité de la main-d'œuvre. Au Nigeria, un programme de dépistage et de traitement du paludisme sur le lieu de travail a permis d'augmenter les revenus et les jours travaillés d'environ 10 pour cent. Investir dans des opérations très efficaces et rentables (Message n° 13), comme le traitement du VIH, de l'anémie ferriprive, la supplémentation en vitamine A et en fer, et le déparasitage, peut avoir des effets immédiats sur la productivité des travailleurs, et éviter des coûts pour les familles grâce à une meilleure performance moins de jours d'absence au travail pour cause de maladie.⁸⁻¹⁰

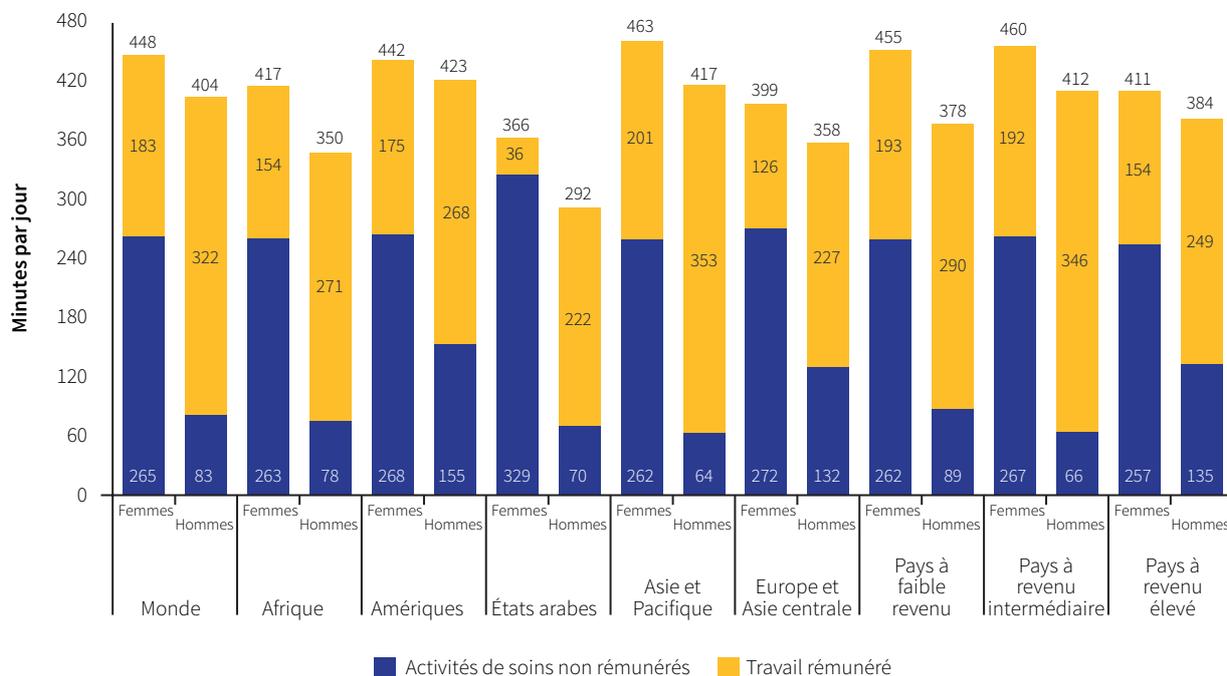
L'amélioration de la santé permet à un plus grand nombre de personnes de participer à la vie active et de travailler plus longtemps. Le décès prématuré et l'invalidité de longue durée peuvent réduire de

a Ce lien dépend également de l'amélioration de l'état nutritionnel général, de la qualité des institutions et du capital humain.

manière substantielle l'espérance de vie en bonne santé et le nombre d'années passées sur le marché du travail.^{13,14} La couverture santé universelle, combinée à l'augmentation des revenus et aux systèmes de retraite, favorise un vieillissement plus sain et une retraite plus tardive^{3,15}, ce qui permet de créer un environnement plus favorable au maintien d'une activité professionnelle plus longue et en bonne santé.¹⁶ Le vieillissement de la population accroît la nécessité de créer des opportunités pour permettre aux personnes plus âgées qui le souhaitent et qui sont en assez bonne santé de participer à la vie active.¹⁷ Les liens du secteur de la santé avec d'autres secteurs sociaux rendent indispensable l'adoption d'une démarche multisectorielle qui rattache les investissements dans le secteur de la santé à la création de dispositifs de protection sociale plus larges (Encadré 8.1).

L'amélioration de la santé des enfants et des personnes âgées permet à un plus grand nombre de personnes en âge de travailler de participer à la vie active. Les activités de soins non rémunérées et informelles auprès des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées, qu'il s'agisse des soins quotidiens ou de la recherche de soins en cas de maladie, ont des effets considérables sur la participation des adultes à la vie active (Figure 8.1).³ La charge des soins informels est particulièrement lourde pour les femmes ; une étude portant sur 66 pays, regroupant les deux tiers de la population mondiale, montre que les femmes consacrent en moyenne dix semaines ou plus par an à la prestation de soins non rémunérés (Message n° 3).¹¹ La multiplication par deux des investissements dans l'éducation, la santé et l'action sociale d'ici à 2030 permettrait de créer 269 millions d'emplois supplémentaires dans le monde, ce qui stimulerait l'économie.¹² Investir dans la santé des personnes âgées et des enfants, même si ces populations ne font pas partie de la population active, produit des effets sur la productivité en permettant à ces aidants de participer à la vie active et de s'y maintenir.²

Figure 8.1 Temps consacré quotidiennement aux activités de soin à autrui non rémunérées, au travail rémunéré et à l'ensemble du travail, selon le sexe, la région et le niveau de revenu du pays, dernière année



Source: ILO (2018).¹²

Encadré 8.1 De la théorie à la pratique.**Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Cambodge**

La mise en place d'un cadre politique national de protection sociale au Cambodge couvrant tous les secteurs a renforcé les dispositifs de protection sociale, et notamment celui de la santé. Le ministère de l'Économie et des Finances a dirigé un groupe de travail technique chargé d'élaborer un cadre de protection sociale. Ce groupe était composé de plusieurs ministères de tutelle, comme le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et le ministère de la Jeunesse et des Sports, relevant du dispositif de protection sociale du Cambodge. Cette collaboration a donné lieu au Cadre stratégique national de protection sociale 2016-2025, qui reflète les priorités partagées par tous les ministères sous la forme de feuilles de route clairement définies à court, moyen et long terme. Ce Cadre a été suivi par la création du Conseil national de la protection sociale (National Social Protection Council – NSPC) en 2018, présidé par le ministre de l'Économie et des Finances, et composé des ministres et secrétaires d'État des onze autres ministères de tutelle et institutions publiques. Le Conseil national de la protection sociale est chargé de coordonner la formulation des politiques de protection sociale, de suivre et d'évaluer leur mise en œuvre, et de veiller à ce que le système de protection sociale couvre l'ensemble des dispositifs d'aide sociale, et pas uniquement celui des soins de santé.¹⁶

Références

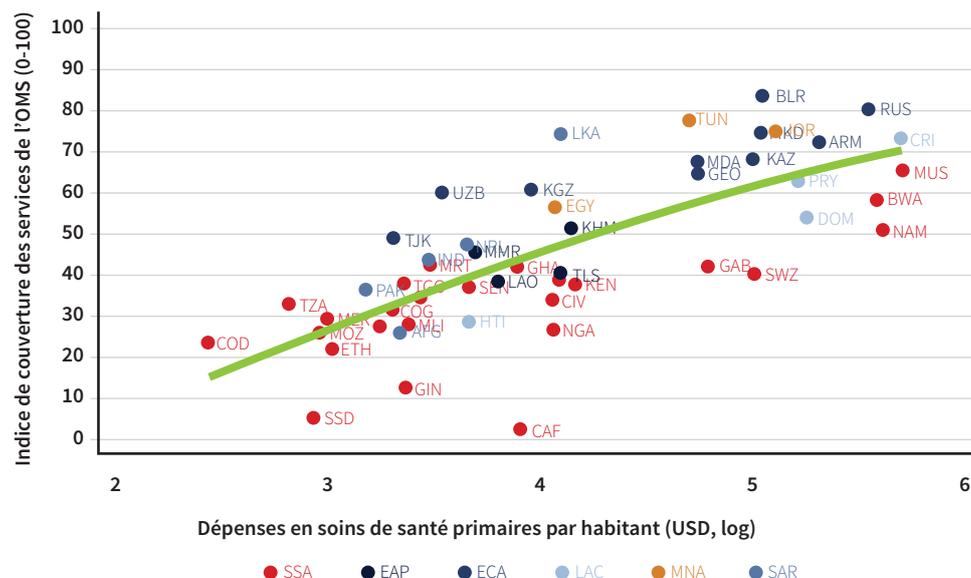
1. Jamison, D. T., Summers, L.H., Alleyne, G., Arrow, K., Berkley, S., Bingwaho, A., Bustrio, F., Evans, D., Feachem, R.G.A., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Horton, R., Kruk, M.E., Mahmoud, AA., Mohohlo, L.K., Ncube, M., Pablos-Mendez, A., Reddy, K.S., Saxenian, H., Soucaat, A., Ulltveit-Moe, K.H., Yamey, G. 2015. *Global Health 2035: A World Converging Within a Generation*. *Lancet* 57: 444–467.
2. World Economic Forum, Harvard School of Public Health, and World Health Organization. 2011. *From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*. World Economic Forum.
3. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. *Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives?* European Observatory on Health Systems and Policies. Geneva: World Health Organization
4. McGreevey, W. Angus Deaton. 2013. *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. *Popul. Dev. Rev.* doi:10.1111/j.1728-4457.2013.00638.x.
5. Weil, D. N. 2014. *Health and Economic Growth*. In *Handbook of Economic Growth 2*: 623–682. Elsevier B.V.
6. Dillon, A., Friedman, J., and Serneels, P. 2014. *Health Information, Treatment, and Worker Productivity: Experimental Evidence from Malaria Testing and Treatment among Nigerian Sugarcane Cutters*. Policy Res. Work. Pap. World Bank.
7. World Bank. 2020. *World Development Indicators: Structure of Output*. Available at: <http://wdi.worldbank.org/table/4.2#>. Accessed on April 14, 2020.
8. Basta, S. S., Soekirman, Karyadi, D., and Scrimshaw, N. S. 1979. *Iron Deficiency Anemia and the Productivity of Adult Males in Indonesia*. *Am. J. Clin. Nutr.* 32: 916–925.
9. World Bank. 2019. *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century*. Washington DC: World Bank..
10. Jamison, D., Yamey, G., Beyeler, N., and Wadge, H. 2016. *Investing in Health: The Economic Case*. Report from the WISH investing in Health Forum, 2016.
11. Samman, E., Presler-Marshall, E., Jones, N., Bhatkal, T., Melamed, C., Savropoulou, M., Wallace, J. 2016. *Women’s Work: Mothers, Children and the Global Childcare Crisis*. London: Overseas Development Institute
12. International Labour Organization (ILO). 2018. *Care work and Care Jobs: The future of Decent Work*. Geneva: ILO.
13. Stack, M. L. Ozawa, S., Bishai, D. M., Mirelman, AA., Tam, Y., Niessen, L., Waalker, D.G., Levine, O. S. 2011. *Estimated Economic Benefits During the ‘Decade Of Vaccines’ Include Treatment Savings, Gains in Labor Productivity*. *Health Aff.* 30: 1021–1028.
14. Anderson, M., Averi Albala, S., Patel, N., and Lloyd, J. 2018. *Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review*. Geneva: World Health Organization.
15. World Health Organization and US National Institute of Aging. 2011. *Global Health and Aging*. doi:10.1016/B978-0-12-375000-6.00006-9.
16. OECD (2017), *Social Protection System Review of Cambodia*, OECD Development Pathways, OECD Publishing, Paris.
17. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and Office for the Southern Cone of Latin America of the International Labour Organization (ILO). 2018. *Labour Market Participation of Older Persons: Needs and Options*.
18. Staudinger, U. M., Finkelstein, R., Calvo, E., and Sivaramakrishnan, K. 2016. *A Global View on the Effects of Work on Health in Later Life*. *Gerontologist* 56: S281–S292.

Message n° 9.

Les investissements dans les soins de santé primaires et préventifs peuvent générer des économies immédiates et à long terme

Les soins de santé primaires (SSP) constituent une base essentielle pour la réalisation de la couverture santé universelle (CSU).¹ Il s'agit du premier point de contact de la population avec le système de santé. Il assure une prise en charge complète de la plupart des troubles de la santé, tout en essayant de les prévenir grâce à des services de conseil et de prévention. Les soins de santé primaires impliquent également des soins à long terme centrés sur la personne qui peuvent améliorer la coordination des soins à tous les niveaux du système de santé, réduisant ainsi les coûts en évitant les aiguillages inutiles.² Le fait de disposer de systèmes de soins de santé primaires solides et dotés de ressources financières suffisantes permet également d'accroître la couverture des services (Figure 9.1) et peut produire des avantages sociaux et économiques comme l'amélioration des résultats en matière de santé, de l'efficacité des systèmes de santé et de l'équité en matière de santé ; autant d'éléments qui favorisent la réalisation de gains économiques plus importants. Il n'existe toutefois pas d'objectif global quant au montant qu'un pays doit allouer aux soins de santé primaires ; le pourcentage des dépenses de santé publique consacrées aux soins de santé primaires représente entre 31 et 88 pour cent des dépenses ordinaires de santé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI).^{3,4} En outre, la variabilité des sources de financement des soins de santé primaires, notamment les sources non publiques, peut engendrer des inégalités d'accès qui conduisent à des inefficacités. Une récente étude de modélisation

Figure 9.1 Dépenses en soins de santé primaires et couverture des services dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire



Source: Indicateurs du développement dans le monde ; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (2020), dernière année disponible.

estime que la prestation universelle de soins de santé primaires essentiels dans 67 les pays à revenu faible et intermédiaire demanderait une augmentation des dépenses par habitant pouvant atteindre 65 dollars américains.⁵ L'allocation de ressources aux soins de santé primaires, même si cela représente un défi, peut contribuer à la santé et à la productivité des populations et optimiser les ressources publiques.

Une meilleure couverture des services de soins de santé primaires est associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues, ce qui peut contribuer à des gains économiques substantiels.^{2,6-8}

La contribution de l'amélioration de la santé de la population à l'augmentation du PIB se fait principalement au travers du capital humain: des populations en meilleure santé sont à même d'acquérir davantage de connaissances et de compétences tout au long de leur vie, ce qui en fait des participants économiques et sociétaux plus productifs (Message n° 2). Les soins de santé primaires permettent de répondre de manière exhaustive aux besoins en matière de santé, et ce, de la manière la plus rentable qui soit (Message n° 13). Dans le cas des vaccins, les interventions de soins de santé primaires ne sont pas seulement rentables, mais aussi très économiques. Si l'on utilise la méthode de la valeur de la vie statistique, l'investissement dans les services de soins de santé préventifs tels que les vaccinations infantiles dans 43 les pays à revenu faible et intermédiaire entre 2021 et 2030 s'élèverait à 52 dollars américains pour chaque dollar dépensé.⁹ Selon une récente étude de modélisation, l'augmentation de la couverture des interventions de soins de santé primaires permettrait d'éviter plus de 60 millions de décès et d'augmenter l'espérance de vie moyenne de près de quatre ans.⁵ Ce type de bénéfices présente des incidences économiques notables; selon une étude, l'augmentation de l'espérance de vie de cinq ans peut entraîner une hausse du PIB pouvant aller jusqu'à 0,58 pour cent¹⁰. Le financement des systèmes de soins de santé primaires, notamment en période de récession économique, est essentiel pour maintenir l'équité et l'accès, et peut permettre d'optimiser les ressources (Encadré 9.1 et Message n° 3).

Des systèmes de soins de santé primaires (SSP) de grande qualité peuvent générer des économies en réduisant des futures dépenses.

Les patients peuvent éviter les dépenses inutiles ou évitables liées à l'utilisation de types de soins spécialisés plus coûteux en accédant à des services de soins de santé primaires à la fois moins chers et plus proches de leur domicile.^{6,8} Les prestataires de soins primaires utilisent moins de ressources que les prestataires de soins spécialisés en ce qui concerne les hospitalisations, les ordonnances et les examens et procédures courantes^{6,11}. Les personnes bénéficiant d'un accès aux soins de santé primaires sont plus susceptibles de rechercher des soins préventifs, ce qui peut prévenir l'apparition ou le développement de maladies chroniques ou la progression de maladies à des stades avancés qui coûtent très cher à l'individu et au système de santé.² Il existe en outre de solides indications selon lesquelles la présence de médecins en soins de santé primaires et un meilleur accès à ces derniers peuvent réduire le nombre total d'hospitalisations, d'admissions évitables et d'admissions d'urgence.⁶ Une étude a ainsi révélé que l'expansion des services de soins de santé primaires au Brésil avait permis de réduire les hospitalisations liées à des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires et l'asthme.¹² De même, les réformes majeures entreprises au Chili pour élargir l'accès aux soins préventifs se sont traduites par une baisse de 11 pour cent de la mortalité due à l'hypertension et de 48 pour cent pour le diabète, ainsi que par une diminution des hospitalisations.^{13,14}

Les soins de santé primaires favorisent un accès équitable aux soins de santé, qui peut contribuer à réduire la perte de bien-être.^{2,15}

Les services de soins de santé primaires sont souvent plus équitablement répartis au sein d'une population que les services de soins spécialisés. En d'autres termes, les services de soins de santé primaires sont souvent installés plus près des communautés que les services de soins spécialisés.^{6,16} Les inégalités en matière de santé peuvent entraîner des répercussions économiques notables: une étude sur les inégalités en matière de santé dans l'Union européenne révèle que les pertes de bien-être associées aux inégalités en matière de santé pourraient représenter 9,4 pour cent du PIB.¹⁷ Un accès plus équitable à des services de soins de santé primaires de qualité permet non seulement de lutter contre les disparités en matière de santé associées aux disparités socio-économiques, mais aussi de réduire les dépenses de santé appauvrissantes résultant d'un accès tardif aux soins de santé primaires, ce qui favorise en fin de compte la croissance économique.

L'allocation ou la réallocation de ressources du secteur public national aux soins de santé primaires est à la fois techniquement et politiquement difficile, mais elle est essentielle pour garantir la progression vers la couverture santé universelle. Les soins de santé primaires ne sont souvent pas suffisamment prioritaires dans les stratégies nationales et peuvent ne pas apparaître de manière suffisante ou transparente dans les budgets. Le besoin d'investir dans les systèmes de soins de santé primaires se trouve en concurrence avec les demandes d'accès à des services de plus haut niveau, surtout dans les pays qui ont connu une croissance économique rapide. En effet, dans de nombreux pays, les hôpitaux reçoivent une part importante du budget de la santé.^{18,19} De plus, les services de soins de santé primaires sont souvent segmentés par secteurs verticaux comme la nutrition ou la santé maternelle et infantile, chacun disposant de sa propre stratégie nationale et de ses propres critères de financement. Au lendemain de la pandémie de COVID-19 et de la récession économique mondiale qui en a résulté, l'espace budgétaire pour la santé s'est contracté, ce qui a potentiellement réduit les ressources pour les services de santé essentiels et a eu une incidence sur l'accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables – en raison de la réduction des ressources et du renoncement aux soins pendant la pandémie elle-même.²⁰ Une méthodologie a récemment été élaborée pour suivre et mesurer les dépenses en soins de santé primaires. L'amélioration du suivi et du calcul des allocations et des dépenses en matière de soins de santé primaires peut soutenir les efforts qui seront déployés à l'avenir pour identifier les domaines dans lesquels des investissements accrus ou plus efficaces dans les soins de santé primaires peuvent être réalisés^{3,21}. Dans le contexte actuel, les pays dont les budgets de santé sont limités devront non seulement donner la priorité aux soins de santé primaires dans leurs stratégies nationales, mais aussi refléter ces priorités dans les budgets, en démontrant les avantages que ces investissements peuvent avoir pour limiter les dépenses futures. Le régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) du Ghana, par exemple, alloue jusqu'à 10 pour cent de ses recettes pour soutenir les soins de santé primaires et préventifs et l'investissement dans les services de santé, ce qui permet de prévenir l'apparition de maladies et d'améliorer l'infrastructure sanitaire pour garantir la qualité des soins. Cela a permis de réduire le coût des demandes de remboursement soumises par les prestataires de soins de santé à l'organisme national d'assurance maladie (National Health Insurance Authority – NHIA) à moyen et long terme. Les vaccins, les médicaments antirétroviraux, les traitements contre la tuberculose, la vaccination contre le tétanos, la lutte contre les vecteurs de la malaria, les services d'ambulance, la construction d'écoles de formation en santé, les ascenseurs dans les hôpitaux publics et l'intégration du système des prestataires de santé sont quelques-uns des domaines qui sont généralement couverts.

Encadré 9.1 De la théorie à la pratique. **Expérience pays : Costa Rica**

Les investissements réalisés dans le cadre des réformes des soins de santé primaires au lendemain d'une récession économique se traduisent par des gains à long terme, comme au Costa Rica. Après des décennies d'investissements publics, une crise économique dans les années 1980 a laissé le système de soins de santé primaires du Costa Rica insuffisamment financé et peu satisfaisant pour le public. Malgré une marge de manœuvre budgétaire limitée, le pays a pu mobiliser des ressources nationales et des prêts extérieurs pour mettre en œuvre des réformes profondes de son système de soins de santé primaires. Il s'agissait notamment de mettre en place des groupes représentatifs sur le plan géographique et de renforcer les capacités multidisciplinaires au sein des équipes de soins intégrés (Equipo Básico de Atención Integral de Salud, EBAIS). Dans le même temps, les régions desservies ont été réorganisées en sept régions sanitaires, chacune comprenant une douzaine de zones sanitaires, ou comtés. Ces réformes ont permis de mettre en place un taux de couverture élevé, des soins de santé primaires de haute qualité et de réduire considérablement la mortalité infantile et adulte. Le retour sur investissement des prêts contractés pour soutenir ces réformes des soins de santé primaires est évalué à 70 pour cent. Aujourd'hui, le pays continue d'obtenir de bons résultats en matière de santé tout en consacrant 9,3 pour cent de son PIB à la santé, soit moins que la moyenne mondiale.⁹⁻¹¹

Références

1. World Health Organization. 2019. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage Vol. 12. Geneva: World Health Organization.
2. Starfield, B., Shi, L., and Macinko, J. 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 83: 457–502.
3. Vande Maele, N., Xu, K., Soucat, A., Fleisher, L., Aranguren, M., Wang, H. 2019. Measuring Primary Healthcare Expenditure in Low-Income and Lower Middle-Income Countries. *BMJ Glob. Heal.* 4: e001497.
4. Kluge, H. et al. 2018. After Astana: Building the Economic Case for Increased Investment in Primary Health Care. *Lancet* 392: 2147–2152.
5. Stenberg, K. Hanssen, O., Bertram, M., Brindley, C., Beshreky, A., Barkley, S., Tan-Torres Edejer, T. 2019. Guide Posts for Investment in Primary Health Care and Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries: A Modelling Study. *Lancet Glob. Heal.* 7: e1500–e1510.
6. Anderson, M., Averi Albala, S., Patel, N., and Lloyd, J. 2018. Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review. Geneva: World Health Organization.
7. Perry, H. B., Rassekh, B. M., Gupta, S., and Freeman, P. A. 2017. Comprehensive Review of the Evidence Regarding the Effectiveness of Community-Based Primary Health Care in Improving Maternal, Neonatal and Child Health: Vol. 7. Shared Characteristics of Projects with Evidence of Long-Term Mortality Impact. *J. Glob. Health* 7: 1–17.
8. MacInko, J., Starfield, B., and Erinosho, T. 2009. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of Ambulatory Care Management*. doi:10.1097/JAC.0b013e3181994221.
9. Sim, S. Y., Watts, E., Constenla, D., Brenzel, L., and Patenaude, B. N. 2020. Return on Investment from Immunization against 10 Pathogens in 94 Low- and Middle-Income Countries, 2011–30. *Health Aff. Millwood* 39: 1343–1353.
10. Bloom, D. E., Canning, D., and Sevilla, J. 2004. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Dev.* 32: 1–13.
11. Harrold, L. R., Field, T. S., and Gurwitz, J. H. 1999. Knowledge, Patterns of Care, and Outcomes of Care for Generalists and Specialists. *Journal of General Internal Medicine* 14: 499–511.
12. Macinko, J., Dourado, I., Aquino, R., de Fatima Bonolo, P., Lima-Costa, M.F., Medina, M. G., Mota, E., de Oliveira, V. B., Turci, M.A. 2010. Major Expansion of Primary Care in Brazil Linked to Decline in Unnecessary Hospitalization. *Health Aff.* 29: 2149–2160.
13. Bitrán, R., Escobar, L., and Gassibe, P. 2010. After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates. *Health Aff.* 29: 2161–2170.
14. Glassman, A., Giedion, U., and Smith, P. C. 2017. What's in, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage. Washington DC: Center for Global Development
15. Cylus, J., Permanand, G., Smith, P. C., Kluge, H., and Figueras, J. 2018. Making the Economic Case for Investing in Health Systems. What is the Evidence that Health Systems Advance Economic and Fiscal Objectives? Geneva: World Health Organization.
16. Van Doorslaer, E., Masseria, C., and Koolman, X. 2006. Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *CMAJ*. doi:10.1503/cmaj.050584.
17. Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., and Kunst, A. E. 2011. Economic Costs of Health Inequalities in the European Union. *J. Epidemiol. Community Health*. doi:10.1136/jech.2010.112680
18. Glassman, A., Keller, J. M., and Lu, J. 2018. The Declaration of Alma-Ata at 40: Realizing the Promise of Primary Health Care and Avoiding the Pitfalls in Making Vision Reality. Center for Global Development Notes. Available at: <https://www.cgdev.org/publication/declaration-alma-ata-40-realizing-promise-primary-health-care-and-avoiding-pitfalls>. Accessed on January 22, 2021.
19. Hatefi, A., Dandu, M., and Wachter, R. M. 2017. Hospitals, Hospital Medicine, and Health For All. *Health Affairs*. doi: 10.1377/hblog20170216.058672
20. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World Bank
21. The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). 2021. Health Financing. Available at: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/health-financing> Accessed on January 25, 2021.

Message n° 10.

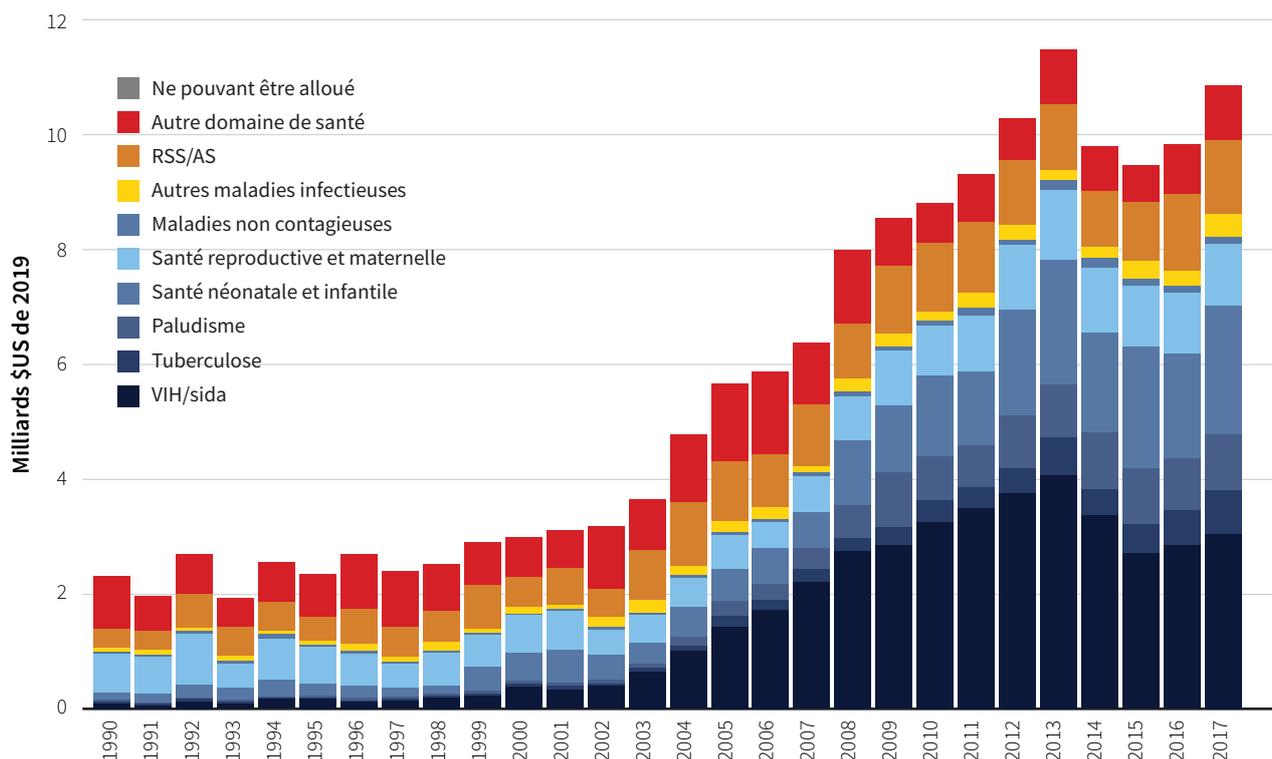
Les initiatives financées par les bailleurs de fonds peuvent contribuer à augmenter le financement public national plutôt qu'à le ralentir

Les ressources des bailleurs de fonds peuvent constituer des financements essentiels à l'amélioration de la santé de la population et au développement de la croissance économique.¹ Bien que le financement externe ou l'aide au développement pour la santé (DAH) représentent moins d'un pour cent des dépenses mondiales de santé, il est important dans la mesure où il se limite aux pays à revenus faibles et intermédiaire (PRFI) et dans des domaines de santé spécifiques les pays à revenu faible et intermédiaire et des secteurs spécifiques de la santé (Figure 10.1).^{2,a} Les bailleurs de fonds réduisent généralement leur financement de la santé à mesure que les économies s'assainissent, renforçant ainsi le rôle que les fonds nationaux doivent jouer dans le financement de la santé.⁵ Les récessions économiques mondiales limitent cependant le financement pour tout le monde, et peuvent provoquer des baisses soudaines des financements externes, ce qui, à son tour, entraîne des difficultés pour les pays à revenu faible et intermédiaire à maintenir leurs progrès vers la couverture santé universelle (CSU) et les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.³ Le fait que les gouvernements diminuent généralement les dépenses en santé pour chaque dollar d'aide au développement en faveur de la santé complique en outre la situation, mettant le secteur de la santé encore plus à risque de sous-financement.⁶ Il a été démontré que l'ADS peut entraîner une diminution des dépenses du gouvernement dans la santé : entre 1995 et 2010, l'ADS versée aux gouvernements aurait diminué les dépenses des gouvernements en matière de santé de 152,8 milliards dollars américains.^{7,8} Il ne sera pas simplement question, à l'avenir, de connaître le montant des fonds, mais bien la manière dont ces fonds seront versés, et à quelles priorités cela répondra au niveau national (voir également le Message n° 12).

Les bailleurs de fonds qui financent directement le renforcement du système de santé sont rares, une situation qui risque d'aggraver la fragmentation et la verticalisation. Les financements externes peuvent être confrontés à des problèmes de fragmentation encore plus importants dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs en raison de l'existence de plusieurs programmes verticaux ou spécifiques à une maladie, et du manque de financement pour le renforcement du système sanitaire en particulier, ce qui peut limiter l'intégration et entraver les mouvements vers la CHU. La dépendance à long terme sur l'ADS peut fausser les schémas locaux d'allocations des ressources au sein du secteur de la santé et entraîner une augmentation de la dépendance sur les fonds externes pour des programmes ou interventions spécifiques, tout en ralentissant les priorités sanitaires concurrentes.^{7,8} Depuis 2000, par

a Les trois principales sources d'ADS en 2019 étaient les États-Unis, la fondation Bill and Melinda Gates et le Royaume-Uni. Entre 1990 et 2017, les principaux bénéficiaires de l'ADS au cours des cinq dernières années étaient des pays d'Afrique subsaharienne, et la santé le principal secteur visé. La majorité de l'aide a été affectée au VIH/sida et à la santé néonatale et infantile.

Figure 10.1 Aide au développement pour la santé par maladie, les pays à revenu faible et intermédiaire, 1990–2017



Source: IHME. 2020. Base de données sur l'aide au développement pour la santé 1990-2019. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation.

exemple, plus de 350 milliards de dollars américains ont été dépensés en ADS, avec un peu plus d'un tiers de ce financement total allant aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA.^{10,11} Il existe des preuves que le financement des bailleurs aux programmes de VIH/SIDA ont déplacé le financement vers d'autres priorités de santé et n'ont pas réussi à produire des effets d'entraînement dans des domaines tels que le renforcement des systèmes de santé et la santé de la population et de la reproduction.^{12,13}

Les financements des bailleurs correctement alignés sur les processus et priorités nationales peuvent améliorer la valeur monétaire et aider les ressources publiques à avoir plus d'impact.

Plus de la moitié de l'aide globale ne parvient jamais dans les budgets gouvernementaux.⁹ Malgré les engagements mondiaux, les bailleurs sont réticents à octroyer des fonds par le biais des budgets nationaux des pays, du fait d'idées préconçues relatives à une mauvaise capacité d'absorption ou de corruption. Des incohérences se produisent lorsque les ressources ne circulent pas par les biais gouvernementaux.^{b,9,14} Les systèmes s'en retrouvent dupliqués et les bonnes pratiques en matière de financement de la santé, telles que la mutualisation qui permet d'améliorer l'équité et l'efficacité de l'utilisation des fonds et de procéder à des achats stratégiques, peuvent être compromises, affaiblissant ainsi les canaux par lesquels circulent les fonds publics. En outre, cela peut entraîner la duplication de programmes dans lesquels il devient difficile d'assurer le suivi des flux financiers. De plus, une augmentation des emprunts pour compenser les baisses de revenus suite à la COVID-19 entraînera une élévation des niveaux de dette publique tant dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé, et pourrait avoir un impact supplémentaire sur la fragmentation des financements et les progrès en direction de la CSU. Les ressources des bailleurs de fonds et l'espace fiscal des pays pour la santé seront alors moins disponibles, phénomène qui se prolongera au-delà de la crise actuelle. Les financements des bailleurs de fonds doivent retrouver

b Voir la Déclaration de Paris et le Programme d'action : <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/declarationdeparisurlefficacitedelaide.htm> ; IHP+ et CSU2030 : <https://www.uhc2030.org/fr/a-propos-de-nous/histoire/> ; ainsi que des efforts régionaux tels que Harmonisation for Health in Africa (HHA) : <https://www.who.int/workforcealliance/countries/hha/en/>

un rythme de croissance qui permette aux PFR et à certains les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de compenser les baisses attendues des dépenses publiques dans le domaine de la santé et de continuer à atteindre leurs objectifs de CSU d'ici 2030.^{2,4}

La transition représente une opportunité de planifier de manière proactive une utilisation plus efficiente et durable des ressources nationales.¹⁵ Cependant, pour les pays en transition, le paysage financier mondial en mutation et le programme de transition en cours représentent tous deux une impulsion leur permettant de recadrer les avancées en direction de résultats que s'approprient les pays et d'utiliser les systèmes locaux pour orienter les ressources. Il sera alors possible de démanteler les structures parallèles en place pour soutenir les programmes, améliorer l'efficacité et libérer des ressources pour les priorités des gouvernements.⁵ De nombreuses organisations de développement ont des seuils d'assistance au développement et d'autres, telles Gavi et le Fonds mondial, incluent des programmes explicites permettant aux pays de faire la transition depuis le financement des bailleurs de fonds, à mesure qu'ils atteignent des niveaux supérieurs de développement économique, et d'orienter prioritairement leurs investissements dans des économies moins développées. Le montant qu'un pays accorde à la santé n'est cependant pas toujours proportionnel à la taille de son économie : la proportion de dépenses publiques dédiées peut ainsi varier de moins de 3 pour cent au Venezuela à près de 30 pour cent au Costa Rica.¹⁶ Bien qu'il n'y ait pas de montant idéal pour le financement de la santé (voir le Message no 1), lorsque les pays n'investissent pas suffisamment dans leur propre système, la transition peut compliquer le maintien des progrès.

Les pratiques qui renforcent la transparence et le contrôle des flux de ressources et de l'utilisation des incitations financières peuvent permettre de tirer le meilleur profit des ressources publiques.

De nombreux pays mettent en place des mécanismes de mutualisation pour limiter la fragmentation et améliorer la visibilité des flux de financement des bailleurs de fonds (Encadré 10.1). Les mesures telles que le cofinancement, les indicateurs en lien avec les décaissements ou la mise en lien des incitations financières pour augmenter les parties de la santé dans le budget peuvent contribuer à réduire le déplacement des fonds publics. La cartographie des ressources et le suivi des dépenses initiés par le gouvernement peuvent également contribuer à améliorer la transparence et le contrôle. Ces exercices peuvent servir à quantifier les écarts financiers en identifiant les écueils, améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources existantes et escomptées et soutenir la mise en œuvre du suivi, de la coordination et de la redevabilité. Les outils de cartographie des ressources et de suivi des dépenses peuvent également servir à estimer et à atténuer l'impact de la COVID-19 sur la prestation de services essentiels ou de routine, ainsi qu'à soutenir l'harmonisation des planifications d'urgence avec les investissements à plus long terme et contribuer à mobiliser l'assistance technique pour la préparation et l'intervention.¹⁷

Encadré 10.1 Des principes à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint: Éthiopie et République démocratique du Congo

Mécanismes de mutualisation de l'aide en Éthiopie et en RDC. La mise en place de systèmes de mutualisation de l'aide peut aider à la visibilité des flux des financements des bailleurs. En Éthiopie, le Fonds de performance des Objectifs de développement durable (ODD), un mécanisme grâce auquel les financements disponibles de divers bailleurs sont rassemblés et gérés par le gouvernement via des budgets réservés, sert à aligner les fonds des bailleurs avec les priorités vers un plan national de la santé. Des décennies d'instabilité politique et d'émeutes sociales en République démocratique du Congo ont favorisé la fragmentation des financements provenant de multiples bailleurs, la duplication de canaux parallèles d'approvisionnement en médicaments essentiels et l'inefficace répartition de la main-d'œuvre entre les centres de santé. L'introduction par le gouvernement d'une stratégie de renforcement du système de santé et le lancement de réformes du financement de la santé en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide des bailleurs ont permis d'augmenter les économies de plus de 56 millions de dollars américains.¹⁸

Références

1. Martin, G., Grant, A., and D'Agostino, M. 2012. Global Health Funding and Economic Development. *Global Health* 8: 2–5.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2020. Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle: IHME.
3. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World Bank.
4. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. 2019. Past, Present, and Future of Global Health Financing: A Review of Development Assistance, Government, Out-of-Pocket, and Other Private Spending on Health for 195 Countries, 1995-2050. *Lancet* 393: 2233–2260.
5. Kutzin, J., Sparkes, S., Soucat, A., and Barroy, H. 2018. From Silos To Sustainability: Transition Through a UHC Lens. *Lancet* 392: 1513–1514.
6. Lu, C., Schneider, M. T., Gubbins, P., Leach-Kemon, K. 2010. Public Financing of Health in Developing Countries: A Cross-National Systematic Analysis. *Lancet* 375: 1375–1387.
7. Dieleman, Joseph L., and Hanlon, M. 2014. Measuring the Displacement and Replacement of Government Health Expenditure. *Health Econ.* 23: 129–1401.
8. Dieleman, J. L., Cowling, K., Agyepong, I. A., Alkenbrack, S., Bollyky, T.J., Bump, J., Chen, C. S., Grepin, K.A., Haakenstad, A., Harle, A. C., Kates, J., Lavado, R. F., Micah, A. E., Ottersen, T., Tandon, A., Tsakalos, G., Wu, J., Zhao, Y., Zlavog, B. S., Murray, C. J. L. 2019. The G20 and Development Assistance for Health: Historical Trends and Crucial Questions to Inform a New Era. *Lancet* 394: 173–183.
9. Schieber, G. J., Gottret, P., Fleisher, L. K., and Leive, A. A. 2007. Financing Global Health: Mission Unaccomplished. *Health Aff.* 26: 921–934.
10. Resch, S., and Hecht, R. 2018. Transitioning Financial Responsibility for Health Programs From External Donors to Developing Countries: Key Issues and Recommendations for Policy and Research. *J. Glob. Health* 8: 1–7.
11. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2019. Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition. Seattle, WA: IHME.
12. Shiffman, J., Berlan, D., and Hafner, T. 2009. Has Aid for AIDS Raised All Health Funding Boats? *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 52: 45–48.
13. Shiffman, J. 2008. Has Donor Prioritization of HIV/AIDS Displaced Aid for Other Health Issues? *Health Policy Plan.* 23: 95–100.
14. Dodd, R., and Lane, C. 2010. Improving the Long-Term Sustainability of Health Aid: Are Global Health Partnerships Leading the Way? *Health Policy Plan.* 25: 363–371.
15. G20. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version / (2019). doi:10.1596/31930.
16. Tandon, A. 2019. Draft, For Discussion During New Delhi Collaborative Meeting On Domestic Resource Mobilization For Universal Health Coverage. pp. 1–10.
17. Global Financing Facility. 2020. Resource Mapping and Expenditure Tracking for COVID-19 Response: A Design Checklist and Overview of Tools. WBG. pp. 1–18.
18. Yip, W., and Hafez, R. 2015. Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Cases. Synthesis Report. Geneva: World Health Organization.

Message n° 11.

L'efficacité des dépenses dans le secteur de la santé contribue à préserver les ressources publiques

L'optimisation de l'efficacité des dépenses de santé vise à maximiser les résultats des ressources allouées aux soins de santé. L'économie mondiale se contracte du fait de la pandémie de COVID-19 et les décideurs doivent identifier les dépenses qui sont dues à des inefficacités ou des gaspillages au niveau national, afin d'utiliser au mieux les ressources publiques de plus en plus limitées. Les décideurs politiques doivent maintenant faire plus avec ce dont ils disposent. Les inefficacités dans le secteur de la santé sont cependant différentes de celles d'autres secteurs, et nécessitent l'intervention du secteur public. L'efficacité est atteignable de trois manières : en faisant les bonnes choses, en les faisant de la bonne manière ou en les faisant au bon endroit.¹ « Les bonnes choses » ou « le bon endroit » font référence à l'amélioration de la répartition ou de l'allocation géographique des ressources dans l'ensemble du secteur de la santé, ou en fonction du bon éventail de services qui permet d'obtenir le plus d'avantages grâce à la hiérarchisation, la planification et la distribution des ressources (efficacité allocative). « La bonne manière » a trait à l'amélioration directe de la manière dont les ressources sont dépensées, ce qui peut inclure la manière dont les services sont apportés ou le bon éventail d'intrants utilisés pour atteindre un résultat souhaité (efficacité technique).² Il est essentiel de résoudre les principales causes de l'inefficacité, notamment en créant un environnement favorable aux changements ou en répondant aux inquiétudes politiques inhérentes au secteur de la santé.

Il n'y a pas toujours de relation directe entre ce qui est dépensé pour la santé et les avantages (sanitaires ou autre) au niveau national. Le secteur de la santé doit disposer de ressources suffisantes pour permettre le développement du capital humain nécessaire à favoriser la croissance économique (voir le Message no 2). La croissance des dépenses de santé a cependant dépassé celle du PIB dans presque tous les pays du monde au cours des deux dernières décennies.^{a,3} En fait, des recherches récentes montrent que sans gains d'efficacité dans les domaines de la santé, de l'éducation et des infrastructures, les besoins de dépenses dans ces secteurs passeront de 15 % à 25 % du PIB dans les pays à faible revenu. Vingt à 40 pour cent de toutes les ressources de santé sont gaspillés en raison de l'inefficacité du secteur de la santé. Ainsi, le montant que dépense un pays dans la santé n'est souvent pas directement en lien avec les bénéfices obtenus. Aux États-Unis, par exemple, les résultats en matière de santé continuent de s'aggraver, bien que le pays dépense deux fois plus que d'autres pays à revenu élevé, un fait largement dû aux inefficacités du système de santé.⁷

a La croissance des dépenses pour la santé est due au vieillissement accéléré des populations, au fardeau croissant des maladies non transmissibles et chroniques, au progrès technologique et aux attentes croissantes de la population.

Les inévitables défaillances du marché, qui sont propres au secteur de la santé, entraînent des inefficacités et nécessitent des interventions gouvernementales.⁸ Si on ne comptait que sur les forces du marché ou du secteur privé pour la prestation de soins (voir le Message no 15), de considérables problèmes d'efficacité et d'équité surviendraient et coûteraient d'autant plus au système de santé. En matière de prestation de soins, les inefficacités proviennent majoritairement de défaillances du marché, elles-mêmes uniques à la santé en tant que secteur: des besoins imprévisibles quant au nombre de patients, à leurs problèmes de santé et au niveau du système affecté; des avantages ou des effets secondaires négatifs pour les personnes ou la société dans son ensemble suite à des schémas pathologiques (externalités); des informations insuffisantes ou manquantes entre patients et prestataires (asymétrie de l'information); ou des incitations inégales pour les patients et les prestataires à passer sous silence l'état de santé, faire une utilisation abusive du système ou sous-traiter/traiter en excès les patients pour des raisons de gain financier (risque moral ou sélection adverse). Enfin, alors que la santé est unique en tant que droit, les préférences individuelles en matière de libre arbitre et de choix peuvent entraîner des résultats de santé négatifs estimés différemment d'une personne à l'autre (rationalité limitée et actualisation hyperbolique).

S'attaquer aux principales causes de l'inefficacité peut aider le secteur de la santé à faire davantage avec ce dont il dispose. Les inefficacités sont également dues à d'autres caractéristiques qui ne sont pas en lien avec le marché, mais propres au secteur de la santé, notamment : la fragmentation des sources de financement, telles que les paiements directs des ménages (voir le Message no 7); les systèmes de prestation verticaux et spécifiques à des maladies ; et la difficulté à mettre en lien les ressources investies et les résultats. Les inefficacités du système de santé les plus coûteuses sont celles qui émanent de décisions relatives à la dépense des ressources « de la bonne manière » ou l'allocation de ressources au niveau du système, de l'établissement ou du médecin, en fonction de la manière d'utiliser les intrants (le Tableau 11.1).^{1,2,8} L'OCDE a récemment estimé qu'entre 20 et 50 pour cent des ressources des pays de la région étaient gaspillés parce que les choses étaient faites de la mauvaise manière.^{6,1}

Tableau 11.1 Principales sources d'inefficacité⁸

Catégorie	Source
Médicaments	Sous-utilisation des médicaments génériques et prix des médicaments supérieurs aux besoins
Médicaments	Utilisation de médicaments de qualité inférieure ou contrefaits
Médicaments	Utilisation inadaptée ou inefficace
Produits et services de soins de santé	Utilisation ou fournitures abusives des équipements, enquêtes et interventions
Agents de santé	Éventail de personnels inadapté coûteux, travailleurs non motivés
Services de soins de santé	Admissions en hôpital ou durée du séjour inadaptées
Services de soins de santé	Taille de l'hôpital inadaptée ou faible utilisation des infrastructures
Services de soins de santé	Qualité de soins sous-optimale et erreurs médicales
Fuites au niveau du système de santé	Gaspillage, corruption et fraude
Intervention de santé	Éventail inefficace ou niveau de stratégies inadapté

La création d'un environnement favorable aux réformes du financement de la santé, particulièrement celles centrées sur les achats, peut contribuer à modifier la manière dont ces intrants sont utilisés. Les achats stratégiques soutiennent les gains d'efficacité de manière unique et essentielle : la fragmentation des entités d'achat aux Philippines, par exemple, et la nécessité de recourir à des mécanismes de paiement des prestataires pour favoriser les comportements ont été respectivement identifiées comme des sources majeures d'inefficacité allocative et technique.⁹ Les améliorations de la qualité des données et des systèmes, et notamment les données de réclamations, peuvent contribuer à identifier et stimuler l'amélioration de l'efficacité. Les règles de la gestion des finances publiques (GFP) doivent s'aligner sur les objectifs du financement de la santé pour soutenir cet environnement, en déplaçant par exemple les modalités de budgétisation basée sur les résultats qui permettent de recourir à des réformes stratégiques des achats centrées sur la production de résultats plutôt que de comptabiliser chacun des intrants (voir le Message no 12).¹⁰ Veiller à disposer de suffisamment de ressources publiques nationales permet également de réduire les inefficacités dans les flux de ressources dues aux paiements directs des ménages, les retards d'utilisation et la prestation sans incitations de soins superflus (voir le Message no 7).¹¹ Regrouper les flux de financement des paiements directs par les ménages ou d'autres sources en les intégrant dans le système peut également améliorer la mutualisation. Les fonds affectés au versement des salaires sont un autre exemple de ce qui peut entraîner des inefficacités et redistribuer les ressources vers les riches, alors que les recettes générales sont plus susceptibles d'être durables, efficaces et équitables.¹²

Certaines mesures permettant d'améliorer l'efficacité sont du ressort du secteur de la santé uniquement. Par exemple, les politiques de santé qui limitent les incitations négatives en définissant des standards peuvent être utilisées au sein du secteur de la santé et également servir à résoudre les inefficacités (Encadré 11.1). En Chine, l'introduction d'une liste des médicaments essentiels a contribué à contrer les incitations financières abusives des prestataires qui fournissaient des antibiotiques et médicaments injectables en quantité superflue, entraînant une réduction de 25 pour cent du prix moyen des médicaments essentiels et une baisse du prix médian de 29 médicaments génériques dans les secteurs publics et privés (5,3 pour cent et 4,7 pour cent, respectivement).² En effet, la forte amélioration de l'efficacité grâce à la diminution des prix des médicaments peut également avoir un impact positif sur les paiements directs des ménages ainsi que sur les résultats de santé. Dans le seul continent africain, une amélioration de l'efficacité – aux niveaux actuels de dépense – pourrait renforcer l'espérance de vie de près de cinq ans.¹³

Encadré 11.1 Des principes à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Corée du Sud

Pour éviter les prescriptions abusives et la mauvaise utilisation des médicaments, ainsi que pour limiter les dépenses nationales de santé, le gouvernement de la Corée du Sud a mis en place une politique visant à distinguer la prescription de la distribution des médicaments : les patients se rendent en premier lieu dans un hôpital pour obtenir une ordonnance auprès d'un médecin, puis dans une pharmacie pour obtenir les médicaments prescrits. Pour apaiser la forte résistance des associations de médecins à cette politique, les honoraires de consultation ont été augmentés à plusieurs reprises, jusqu'à atteindre en une seule année une augmentation de près de 30 pour cent des honoraires, entraînant une croissance du budget au-delà de ses moyens. Cette nouvelle politique aura été l'une des principales causes du déficit financier de l'an 2000, après l'intégration de nombreux assureurs préexistants dans ce régime.

Références

1. Global Financing Facility. 2017. Health Financing: Achieving More with the Available Resources. Glob. Financ. Facil. Backgr. Pap. to Fifth Investors Gr. Meet. pp. 1–22.
2. Yip, W., and Hafez, R. 2015. Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Cases. Synthesis Report. Geneva: World Health Organization.
3. World Bank. 2019. World Development Indicators. Washington DC: World Bank.
4. Gaspar, V., Amaglobeli, D., Garcia-Escribano, M., Prady, D., and Soto, M. 2019. Fiscal Policy and Development: Human, Social, and Physical Investment for the SDGs. IMF Staff Discuss. Note 19/03 45.
5. World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>.
6. OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
7. Feldsher, K. 2018. What's Behind High US Health Care Costs. The Harvard Gazette, Health and Medicine. <https://news.harvard.edu/gazette/story/2018/03/u-s-pays-more-for-health-care-with-worse-population-health-outcomes/>
8. World Health Organization. 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Report. https://www.who.int/whr/2010/10_chap02_en.pdf doi:10.1136/bmj.4.5787.575-a.
9. Bales, Sarah, Bredenkamp, C, and Gomez, V. A. 2018. 'Missing' Family of Classical Orthogonal Polynomials. Striving Effic. Equity An Assess. Provid. Paym. Reforms Philipp. Heal. Sect. Washington DC: World Bank.
10. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf>.
11. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., and Postolovska, I. 2018. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington DC: World Bank.
12. Yazbeck, A. S. et al. 2020. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance For Low- And Low-Middle-Income Countries. Health Aff. (Millwood) 39: 892–897.
13. Grigoli, F., and Kapsoli, J. 2018. Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies. Rev. Dev. Econ. 22: 384–403.

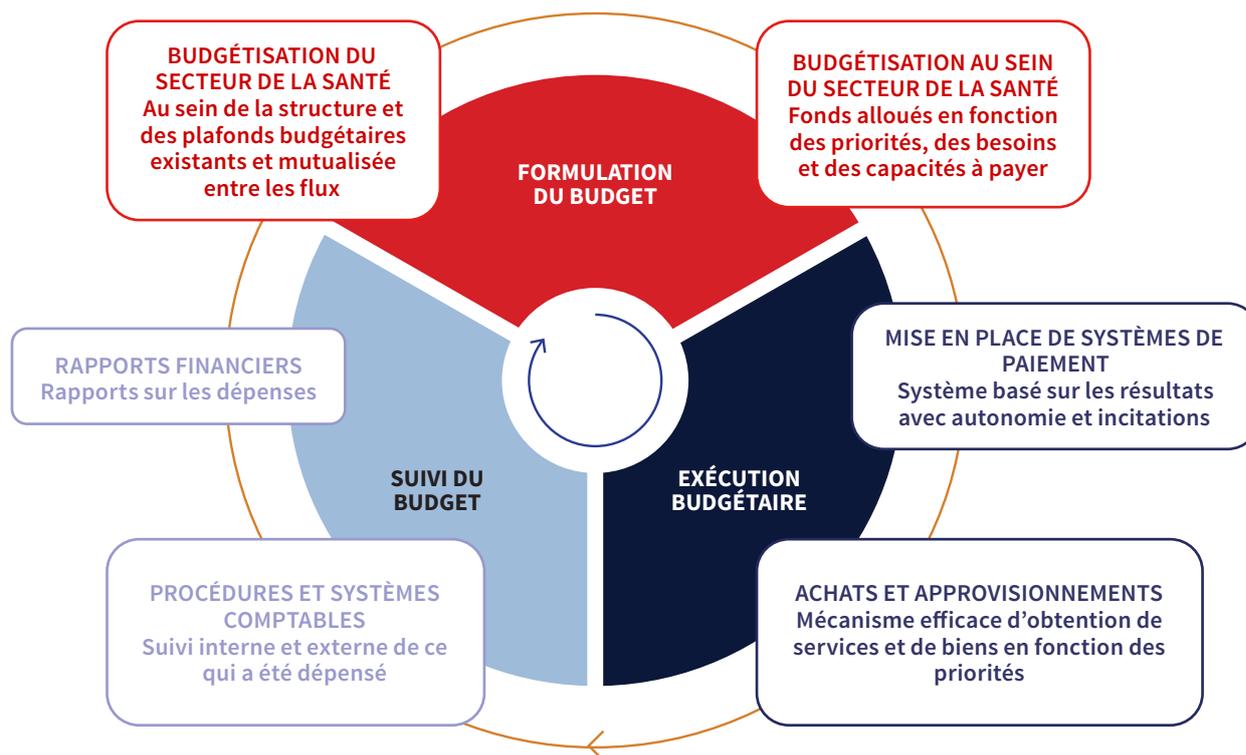
Message n° 12.

De solides systèmes de gestion des finances publiques peuvent améliorer l'utilisation des ressources financières et soutenir l'évolution vers la couverture santé universelle (CSU)

Une utilisation efficace des ressources publiques peut augmenter la valeur monétaire, et aider le secteur de la santé à argumenter en faveur d'allocations budgétaires supérieures ou constantes pour la santé.^{1,2} Cette amélioration peut se faire de diverses manières, notamment en traitant les causes fondamentales ou en résolvant les problèmes urgents (voir le Message no 11). Aborder les causes premières de l'inefficacité peut très souvent s'appuyer sur l'approche « du retour aux fondamentaux » : examiner la manière dont les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) soutiennent ou retardent la réalisation des objectifs du financement de la santé, dont la couverture santé universelle (CSU).^{3,4} Les systèmes de GFP englobent la série élémentaire de règles et d'institutions, de politiques et de processus qui gouvernent le flux des ressources publiques, notamment relatives à l'aide budgétaire des bailleurs de fonds. Ils constituent le principal moteur de la formulation des budgets en santé, qui déterminent comment les fonds de santé sont dépensés, suivis et rapportés, et enfin comment les services sont fournis et la santé de la population est améliorée.^{3,5} Les fonctions du financement de la santé figurent toutes dans le contexte du cycle budgétaire (Figure 12.1).³ À l'inverse, chaque fonction du financement de la santé est impactée par le fonctionnement du système de GFP. Surtout dans le contexte de la profonde contraction économique mondiale causée par COVID-19, les systèmes de GFP qui sont bien alignés sur les objectifs de financement de la santé peuvent aider à rendre les flux de ressources publiques vers le secteur de la santé plus transparents et responsables, efficaces et efficaces.

Le renforcement du lien entre la formulation budgétaire et les priorités politiques basées sur des données probantes améliore l'efficacité et l'efficience. La formulation budgétaire inclut les fonctions de planification et d'allocation de la GFP. Les faibles dépenses en faveur de la santé peuvent parfois entraîner une réduction des allocations dans le secteur de la santé, bien que l'origine des faibles dépenses ne soit généralement pas clairement attribuable à un gain d'efficacité ou une inefficacité provenant de difficultés au niveau de la capacité d'absorption au sein du secteur, ou à un manque de flexibilité permettant de réorienter les allocations vers les secteurs en ayant le plus besoin.³ La création d'un lien clair entre les priorités politiques et les allocations budgétaires est un moyen de progresser, mais cela peut aussi être entravé par une budgétisation graduelle ou au coup par coup, ou par des objectifs qui ne sont ni spécifiques ni clairement définis (Encadré 12.1). Améliorer le lien entre un processus de budgétisation pluriannuel, des budgets annuels et des objectifs politiques axés sur les résultats peut rendre les budgets plus réactifs aux besoins et réduire les problèmes d'efficacité tels que les sous-utilisations. Au Bangladesh, le cadre budgétaire à moyen terme (MTBF) est conçu pour mettre l'allocation en lien avec les politiques et priorités. Différentes divisions des services de santé ont cependant des objectifs et des mandats qui se chevauchent, ce qui peut entraîner des complications au niveau de l'attribution. En outre, les objectifs des priorités sont généralement trop vastes et manquent de cibles spécifiques telles que : « Mettre en

Figure 12.1 Alignement entre les fonctions de GFP et de financement de la santé



Source: Cashin et al. (2017)³

place un secteur pharmaceutique amélioré et efficace » ou « Améliorer la qualité des services de soins de santé pour tout le monde », ce qui pose des problèmes pour le suivi. Les règles budgétaires peuvent également compliquer la mobilisation efficace et efficiente des fonds lors de crises sanitaires, et limiter les ressources de santé là où elles sont le plus nécessaires. Par exemple, lors d'une flambée épidémique de choléra en Zambie en 2017, les restrictions relatives aux dépassements budgétaires ont notamment empêché d'obtenir des ressources pour le secteur de la santé.⁶ Au cours des premières semaines de COVID-19, la plupart des pays ont accordé à l'exécutif la flexibilité de redéfinir les priorités des allocations budgétisées entre les postes budgétaires ou dans les enveloppes de programme comme première action, ainsi que pour l'activation des fonds de prévoyance.

La flexibilité de faire des achats et de s'approvisionner en modifiant les règles de la GFP, au cours de l'exécution budgétaire, permet au secteur de la santé de faire des choix intelligents. Dans la budgétisation, il existe une tension entre le besoin de flexibilité et de contrôle. Les systèmes de budgétisation qui permettent un paiement basé sur les résultats, ou ce qui est réalisé, au lieu des intrants, peuvent aider à améliorer la flexibilité nécessaire pour que les prestataires déplacent les fonds en fonction des priorités de santé au fur et à mesure qu'elles surviennent. Bien que la budgétisation basée sur les programmes ait été mise en place en Tanzanie et en Zambie, par exemple, l'exécution est toujours contrôlée à l'aide des lignes budgétaires. Lors d'un même exercice fiscal, les responsables d'établissements de santé ne sont pas en mesure de modifier l'allocation de fonds vers des besoins qui varient, pour des dépenses de médicaments par exemple, ce qui limite leur capacité à s'approvisionner de manière efficace⁶. Les mécanismes qui permettent aux responsables d'acheter de manière plus stratégique, tels que la capitation, peuvent servir à améliorer l'efficacité de l'exécution budgétaire. En Indonésie, le fonds de capitation de l'assurance maladie nationale (BPJS) dans les établissements de santé de premier niveau (*Puskesmas*) est contrôlé par le gouvernement régional. Les *Puskesmas* ont cependant connu des problèmes de gestion et d'utilisation des fonds de capitation, car il leur était demandé de proposer une utilisation de ces fonds et de recevoir des transferts monétaires, au lieu d'y accéder directement. En

2014, un règlement présidentiel a permis le transfert des fonds de capitation de la BPJS directement aux *Puskesmas*. Les ajustements dans les méthodes stratégiques d'achat alignées sur les systèmes de GFP peuvent également améliorer la flexibilité en situations d'urgence. Lors d'un récent sondage sur les achats de 54 pays en réponse à la pandémie de COVID-19, la moitié des répondants auraient ajusté les méthodes ou taux de paiement, soit en introduisant des taux journaliers pour les patients de COVID-19, soit en permettant aux prestataires d'utiliser les fonds de manière plus flexible.⁸

L'amélioration du lien entre le suivi des ressources de santé et leur allocation peut renforcer la redevabilité et la transparence, minimisant ainsi les pertes de ressources. Par exemple, l'évaluation peut porter sur le respect des règles financières plutôt que sur des résultats tels que l'efficacité ou la qualité, et entraîner des gaspillages.⁶ De mauvais systèmes d'information ou de faibles capacités de suivi peuvent également compliquer le suivi des fonds selon les résultats, ou l'identification et la réallocation de ressources publiques non dépensées. Disposer des bonnes données peut s'avérer essentiel pour distinguer ce qui est dû à des gains en efficacité ou à des blocages, tels que des difficultés au niveau de la capacité d'absorption ou des gaspillages (voir Message no 11).³ En outre, l'absence de lien entre les modalités d'allocation et de suivi des budgets peut affaiblir des réformes qui visent à renforcer la flexibilité et la transparence. Une récente évaluation initiale dans plusieurs pays a révélé qu'alors que de nombreux pays rapportent que l'allocation des fonds a lieu conformément aux priorités du secteur, seuls 30 pour cent des ressources peuvent effectivement être associés à ces priorités.⁹ Une nouvelle loi sur la gestion des finances publiques au Ghana (loi 921) a amélioré les contrôles en garantissant une budgétisation et un usage adaptés des fonds publics et imposant que les opérations des institutions publiques soient limitées à leur budget. Cette loi exige des institutions publiques qu'elles utilisent le système d'information intégré de gestion financière du Ghana (GIFMIS) afin d'enregistrer leurs budgets et toutes leurs transactions financières. Elle contribue également à veiller à la transparence, au suivi adapté et à la redevabilité des fonds publics. Les paiements réalisés en dehors du GIFMIS constituent un infraction, passible de sanctions.

Les systèmes de gestion des finances publiques bien alignés sur les objectifs de financement de la santé peuvent, en fin de compte, contribuer à améliorer les résultats de santé.³ La structuration des GFP peut aider ou freiner la manière dont les ressources publiques circulent au sein du système de santé, et soutenir la réalisation des objectifs du système de santé et l'amélioration de la santé de la population.^{1,10} Une étude a par exemple révélé qu'un point d'amélioration dans la qualité de la GFP est associé à une réduction de la mortalité des moins de cinq ans de 14 pour 1 000, et que dans les pays où au moins 75 pour cent des dépenses publiques passent par le système public, cette amélioration atteint 17 pour 1000.^{a, 11} Au cours de la pandémie de COVID-19, les pays font des efforts pour tenter d'accélérer les flux de financement vers les premières lignes, en vue de soutenir la réponse à la pandémie. Les systèmes de GFP qui incluent des flexibilités pour les options telles que les virements, paiements anticipés, financement direct des établissements ou formules de transferts robustes peuvent enregistrer des avantages immédiats en matière de résultats de santé, et soutenir le renforcement de la résilience dans l'avenir (voir le Message no 16).^{7, 12}

a Tel que mesuré à l'aide du score PEFA, un outil servant à mesurer et suivre les performances par rapport à une série d'indicateurs dans un large éventail d'institutions, de systèmes et de processus de gestion des finances publiques.

Encadré 12.1 Des principes à la pratique.**Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : RDP Lao**

Dans le cadre de la Stratégie de développement des finances publiques 2025 et de Vision 2030, le ministère des Finances de la RDP Lao a mis en place des réformes nationales de la GFP. Approuvée par le Premier ministre en juillet 2017, cette stratégie pose le cadre de réformes de la GFP à moyen et long terme. Des discussions sont en cours avec le ministère de la Santé pour piloter ces initiatives de réformes pour améliorer (i) les processus généraux de planification du budget de la santé, (ii) résoudre les principaux goulots d'étranglement dans la GFP au niveau de la formulation du budget dans le secteur de la santé, et notamment les délais dans l'approbation du budget et le manque de lien clair entre les priorités politiques du secteur et les allocations budgétaires, et (iii) assurer la coordination et la collaboration entre les ministères pour la préparation de budgets crédibles pour le secteur de la santé. En coopération avec la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé, le ministère de la Santé élabore actuellement des principes directeurs pour la GFP et une stratégie de financement de la santé 2021-2025, dans le cadre des activités d'amélioration de la formulation budgétaire basée sur les politiques dans le secteur de la santé.

Références

1. *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage (Vol. 2) : Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century (English)*. Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/641451561043585615/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century>.
2. World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>.
3. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf>
4. JLNUHC. 2020. Public Financial Management for Universal Health Coverage: Why and How it Matters. JLNUHC 2030 Policy Note.
5. G20. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930.
6. Piatti-Fünfkirchen, M., and Schneider, P. 2018. From Stumbling Block to Enabler: The Role of Public Financial Management in Health Service Delivery in Tanzania and Zambia. *Heal. Syst. Reform* 4: 336–345.
7. Barroy, H., Wang, D., Pescetto, C., and Kutzin, J. 2020. How to Budget for COVID-19 Response? *World Heal. Organ.* pp.1–5.
8. Mathauer, I., Dkhimi, F., and Townsend, M. 2020. Adjustments in Health Purchasing as Part of the Covid-19 Health Response: Results of a Short Survey and Lessons for the Future pp. 1–15. Geneva: World Health Organization.
9. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. 2020. Health Priority Setting and Resource Allocation Benchmarking, Overview and 10 Country Summary.
10. Barroy, H., Kabaniha, G., Boudreaux, C., Cammack, T., and Bain, N. 2019. Leveraging Public Financial Management for Better Health in Africa: Key Bottlenecks and Opportunities for Reform. World Health Organization Working Paper. Health Financing Working Paper No. 14.
11. Piatti-Funfkirchen, M., and Smets, L. 2019. Public Financial Management, Health Financing and Under-Five Mortality: A Comparative Empirical Analysis. IDB Work. Pap. Series No IDB-WP-976. Inter-American Development Bank .
12. Barroy, H., Margini, F., Kutzin, J., Ravishankar, N., Piatti-Funfkirchen, M., Gurazada, S. 2020. If You're Not Ready, You Need To Adapt: Lessons for Managing Public Finances from the Covid-19 Response. P4H Network pp. 1–10.

Message n° 13.

Investir dans des priorités sanitaires basées sur des données probantes renforce la valeur monétaire des fonds publics

Les recettes publiques devraient être dirigées vers les services qui stimulent le plus les avancées vers la couverture santé universelle (CSU)¹. À cette fin, l'investissement dans des processus qui soutiennent la création d'ensembles de prestations de santé (EPS) sur la base de données probantes, ainsi que d'outils complémentaires tels que l'évaluation des technologies de la santé (ETS), peut contribuer à donner la priorité systématique aux interventions les plus rentables qui améliorent le rapport qualité/prix et minimisent les coûts d'opportunité des investissements ayant moins d'impact.² Les investissements dans le secteur de la santé soutiennent des populations saines, qui sont le moteur essentiel de la productivité et du capital humain nécessaires à la réussite d'investissements dans d'autres secteurs (voir le Message n° 8)³. Ils sont bien justifiés lorsqu'ils financent des interventions de santé qui se sont révélées rentables, équitables et réalisables avec l'enveloppe de ressources existante.⁴

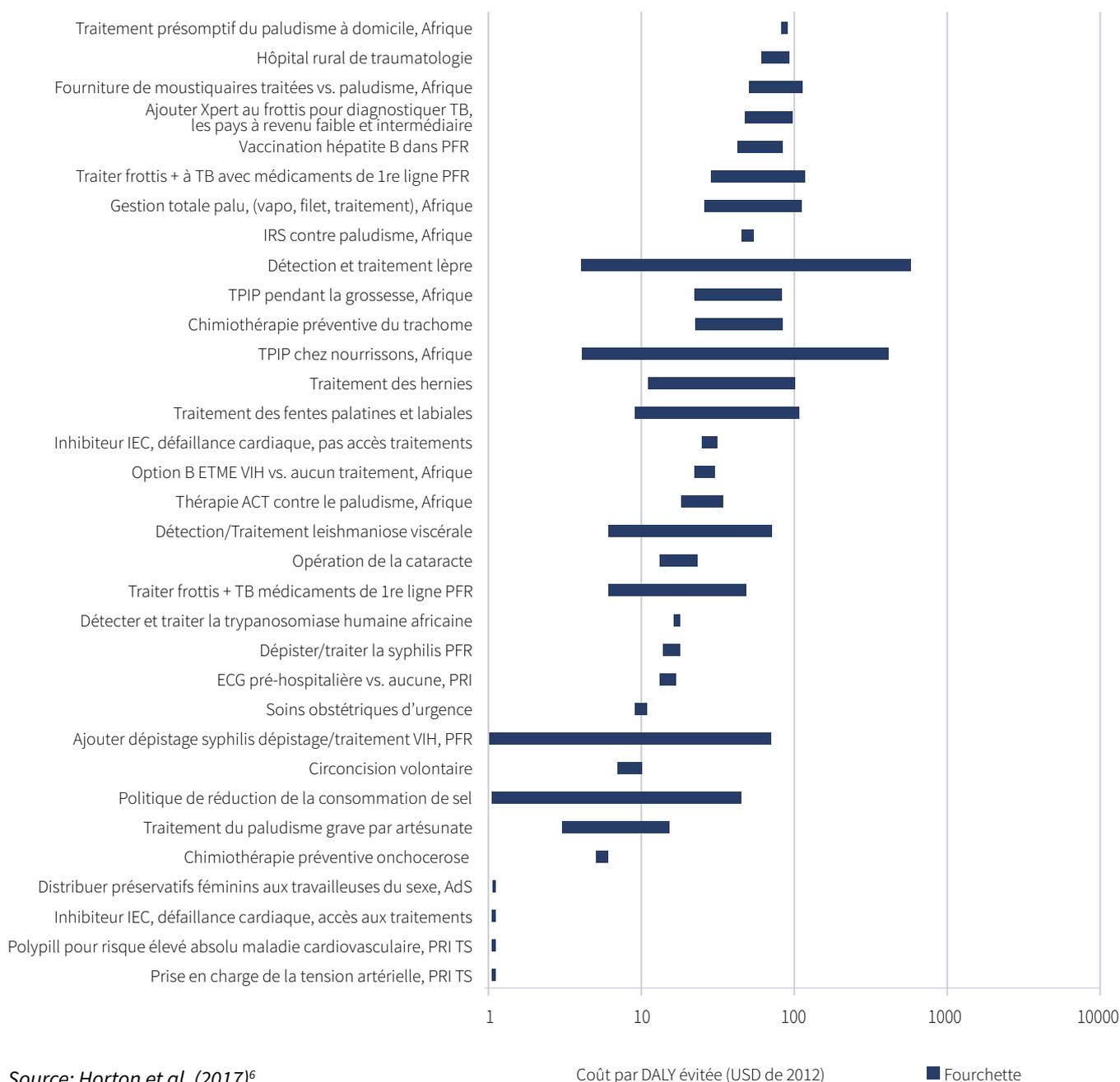
L'un des éléments essentiels pour qu'un système de santé soit efficace est que l'on donne la priorité aux services achetés et qu'ils soient alignés sur les ressources disponibles.^{15,16} Un éventail de services sous-financé, mal défini ou trop large peut provoquer des inefficacités, entraînant un rationnement implicite des services qui contribue aux inégalités et à une mauvaise utilisation des ressources publiques (voir le Message n° 11).^{15,1} Un EPS chiffré basé sur des estimations à jour basées sur des données actuarielles et qui est augmenté en fonction des ressources disponibles peut éclairer des décisions d'allocation, améliorer la valeur monétaire et renforcer la transparence autour des prestations disponibles pour la population.^{17,15,18} Par exemple, la loi péruvienne sur la santé universelle de 2009 a inscrit le droit à la santé en déterminant une base minimum de prestations et les principes de la CSU, mais l'EPS qui a suivi ne reposant pas sur les projections à jour des coûts des soins, la démographie et le profil épidémique local de la population, ou sur la capacité des services disponibles, n'a pas été viable financièrement.¹⁹

Many health sector investments have been shown to be highly cost-effective. L'analyse de la rentabilité^{a,5} peut servir à identifier les interventions de santé à inclure dans les programmes de CSU (Figure 13.1). Parmi les interventions rentables figurent le traitement et la prévention des maladies infectieuses primaires (p. ex. paludisme, TB, VIH/sida et maladies cardiaques), les interventions chirurgicales de base (chirurgie traumatique de base, soins obstétriques d'urgence, chirurgie pour cataracte, hernies) et d'autres interventions telles que les soins néonataux communautaires.⁶ L'Organisation mondiale de la Santé recourt à une approche de l'analyse de la rentabilité pour sa liste de « meilleurs achats »^b dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, notamment en augmentant les taxes d'accise et les prix

a Les analyses de la rentabilité sont particulièrement utiles pour définir les allocations au sein d'un budget de la santé. Elles permettent d'évaluer l'impact des investissements à l'aide de données telles que les véritables résultats de santé (par exemple les décès infantiles) ou de mesures de santé sommaires (par exemple les années de vie pondérées par la qualité [QALY] ou les années de vie corrigées de l'incapacité [DALY]).

b ≤ 100 dollars par DALY évitée.

Figure 13.1 Interventions sur des adultes coûtant moins de 100 dollars américains par DALY évitée



Source: Horton et al. (2017)⁶

des produits du tabac, en réduisant la consommation de sel grâce à des campagnes de modification des comportements, en fournissant des traitements médicamenteux et conseils pour les personnes qui ont eu ou présentent de forts risques d’avoir un AVC.⁷ Dans le cadre des vaccinations de routine, les investissements dans le secteur de la santé se sont révélés très rentables. Il est estimé qu’entre 2021 et 2040, le retour sur investissement des programmes de vaccination contre 10 principaux pathogènes dans 94 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sera de 54 dollars américains pour chaque dollar consenti.⁸

Le processus piloté par les données probantes des ETS peut éclairer la mise en place des EPS qui font le meilleur usage des fonds publics. Les ETS sont une évaluation systématique des coûts et bénéfices de nouvelles interventions de santé. Il s’agit d’un mécanisme institutionnel visant à élaborer et modifier des EPS afin de refléter les priorités du système de santé et obtenir un meilleur rapport qualité/prix. Les ETS peuvent servir à évaluer de très nombreuses technologies de la santé, allant des médicaments aux programmes de santé publique (telles que les programmes de vaccination ou de prévention du tabagisme) ou à soutenir des systèmes (banques de sang, systèmes de télémédecine et listes de médicaments essentiels à rembourser).⁹ L’institutionnalisation d’un processus d’ETS exige d’importantes ressources.

Encadré 13.1 Des principes à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Thaïlande

Les progrès de l'ETS en Thaïlande éclairent les décisions incrémentielles d'inclusion au sein de l'EPS. En pleine récession économique (1997–2005), la Thaïlande a introduit un régime de couverture universelle en 2001 et, du fait d'un besoin de contenir les coûts, un programme d'évaluations des technologies de la santé (ETS) en 2002. L'ETS a joué un rôle clé dans le programme thaïlandais, et s'est transformé, en 2016, en un programme d'évaluation des interventions et de la technologie de la santé (HITAP).¹ L'HITAP implique des groupes de parties prenantes dans l'identification de 10 nouveaux sujets chaque année, dont l'inclusion dans l'EPS sera évaluée en fonction de six critères de priorité:²

1. la taille de la population affectée
2. la gravité de la maladie
3. l'efficacité des interventions de santé
4. la variation dans la pratique
5. l'impact économique sur les dépenses des ménages
6. les implications équitables/éthiques et sociales

Les résultats de l'HITAP ont servi au gouvernement non seulement à concevoir et mettre à jour l'EPS, mais également à négocier les prix pour son ensemble de CSU.^{20, 21}

Dans les pays à faible revenu, il est possible de créer dans les ministères de la Santé, de petites unités techniques visant à influencer l'élaboration des EPS à l'aide de données probantes clés. Ces unités pourront ensuite devenir des processus plus institutionnels (Encadré 13.1).^{10, 11}

Il est indispensable que les ETS prennent en compte la rentabilité, en plus des critères de protection financière, et qu'elles s'appuient sur les données de source locale.¹² L'un des piliers d'un financement de la santé très performant est le financement de la CSU à l'aide de ressources à la fois efficaces et équitables. Il existe dans certains cas une tension entre les objectifs d'efficacité et ceux d'équité. Les processus élargis d'ETS qui tiennent compte des données de rentabilité et des critères de protection financière, ainsi que des informations portant sur l'équité de la couverture, l'impact budgétaire et les questions éthiques, sont les mieux à même de soutenir un financement de la santé hautement performant.^{9, 12} Enfin, dans les contextes où les données probantes servent à définir plutôt qu'à réviser ou ajuster à la marge un EPS, les ETS et les processus plus globaux d'élaboration d'un EPS devraient prendre en compte non seulement le coût global et l'analyse de la rentabilité, mais également les données locales relatives à la protection financière, aux valeurs et à la faisabilité opérationnelle (consulter Encadré 13.1).¹¹ En outre, l'expertise locale, qui représente un large éventail de parties prenantes, devrait être impliquée dans la commande, la production et l'interprétation des données.¹¹

La quantification de la valeur de l'investissement dans la santé par rapport aux investissements dans d'autres secteurs peut appuyer les propositions budgétaires qui maximisent la valeur et le bien-être pour la société. L'approche complémentaire de l'analyse coût-bénéfice (ACB) peut servir à prendre des décisions relatives aux allocations dans divers secteurs, car elle étudie les avantages économiques des investissements en attribuant statistiquement une valeur monétaire aux vies sauvées.^{5, 13, c} L'ACB peut être une source de données plus utile (que l'analyse de la rentabilité) lorsque l'impact des investissements dans le secteur de la santé semble augmenter au niveau monétaire plutôt qu'en matière de résultats de santé. Des orientations et études de cas ont été récemment publiées en soutien à l'analyse coût-bénéfice des pays.¹⁴

c Cette mesure, appelée la valeur de la vie statistique (VVS), correspond au taux marginal de substitution entre l'argent et le risque de mortalité sur une période définie¹³. De manière plus intuitive, la VVS indique combien les personnes seraient disposées à payer pour réduire le risque de décès.

Références

1. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).
2. Watkins, D. A., Jamison, D. T., Mills, A., Atun, R., Danforth, K., Glassman, A., Horton, S., Jha, P., Kruk, M.E., Norheim, O.F., Qi, J., Soucat, A., Stephane, V., Wilson, D., Alwan, A., 2017. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty* edited by Jamison, D. T., Gleband, H., Horton S., et al. Washington DC: World Bank. Third edition, 9:43–65. doi:10.1596/978-1-4648-0527-1_ch3.
3. Jamison, D. T., Summers, L.H., Alleyne, G., Arrow, K., Berkley, S., Bingwaho, A., Bustrio, F., Evans, D., Feachem, R.G.A., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Horton, R., Kruk, M.E., Mahmoud, AA., Mohohlo, L.K., Ncube, M., Pablos- Mendez, A., Reddy, K.S., Saxenian, H., Soucaat, A., Ulltveit-Moe, K.H., Yamey, G. 2015. Global Health 2035: A World Converging Within a Generation. *Lancet* 57: 444–467.
4. Gillingham, R. 2014. Fiscal Policy for Health Policy Makers. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper Series.
5. Culyer, A. J., and Chalkidou, K. 2019. Economic Evaluation for Health Investments En Route to Universal Health Coverage: Cost-Benefit Analysis or Cost-Effectiveness Analysis? *Value Heal.* 22: 99–103.
6. Horton, S. Gelband, H., Jamison, D., Levin, C., Nugent, R. Watkins, D. 2017. Ranking 93 Health Interventions for Low- And Middle-Income Countries by Cost-Effectiveness. *PLoS One* 12: e0182951.
7. World Health Organization. 2017. 'Best Buys' and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Updated (2017). Appendix 3 of the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020.
8. Sim, S. Y., Watts, E., Constenla, D., Brenzel, L., and Patenaude, B. N. 2020. Return on Investment from Immunization Against 10 Pathogens in 94 Low- And Middle-Income Countries, 2011-30. *Health Aff. (Millwood)* 39: 1343–1353.
9. Chi, Y. L., Jeffry, M., and Stewart, M. 2018. Health Technology Assessment Toolkit. Vol. 1. Equitable Access to High-Cost Pharmaceuticals. doi:10.1016/B978-0-12-811945-7.00002-6.
10. Culyer, A. J. 2018. Cost, Context, and Decisions in Health Economics and Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 34: 434–441.
11. Chalkidou, K., Li, R., Culyer, A. J., Glassman, A., Hofman, K.J., Teerawattananon, Y. 2017. Health Technology Assessment: Global Advocacy and Local Realities. *Int. J. Heal. Policy Manag.* 6: 233–236.
12. Daniels, N., Porteny, T., and Urritia, J. 2016. Expanded HTA: Enhancing Fairness and Legitimacy. *Int. J. Heal. Policy Manag.* 5: 1–3.
13. Chang, A. Y., Horton, S., and Jamison, D. T. 2017. Benefit-Cost Analysis in Disease Control Priorities. In *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty* pp.167–181. The World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0527-1_ch9.
14. Robinson, L. A., Hammitt, J.K., Jamison, D.T., Walker, D.G. 2019. Reference Case Guidelines for Benefit - Cost Analysis in Global Health and Development Review Draft 101.
15. Glassman, A., Giedion, U., Sakuma, Y., and Smith, P. C. 2016. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? *Health System and Reform* 2: 39–50.
16. Baltussen, R., Jansen, M.P., Bijlmakers, L., Tromp, N., Yamin, A.E., Norheim, O.F., 2017. Progressive Realisation of Universal Health Coverage: What are the Required Processes and Evidence? *BMJ Glob. Heal.* 2: e000342.
17. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., and Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up Vol.53. World Bank.
18. World Health Organization. 2015. Anchoring Universal Health Coverage in the Right To Health: What Difference Would it Make? Geneva: World Health Organization.
19. Vermeersch, C., Medici, A., and Navarez, R. 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Peru. Health, Nutrition and Population Global Practice. World Bank Group.
20. Teerawattananon, Y., Tantivess, S., Yothasamut, J., Kingkaew, P., and Chaisiri, K. 2009. Historical Development of Health Technology Assessment in Thailand. *Int J Technol Assess Health Care (Suppl.S1)* 25:241–52.
21. Center for Global Development. 2017. What's in, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage edited by A. Glassman, Ursula Giedion, Peter Smith. Washington, DC.

Message n° 14.

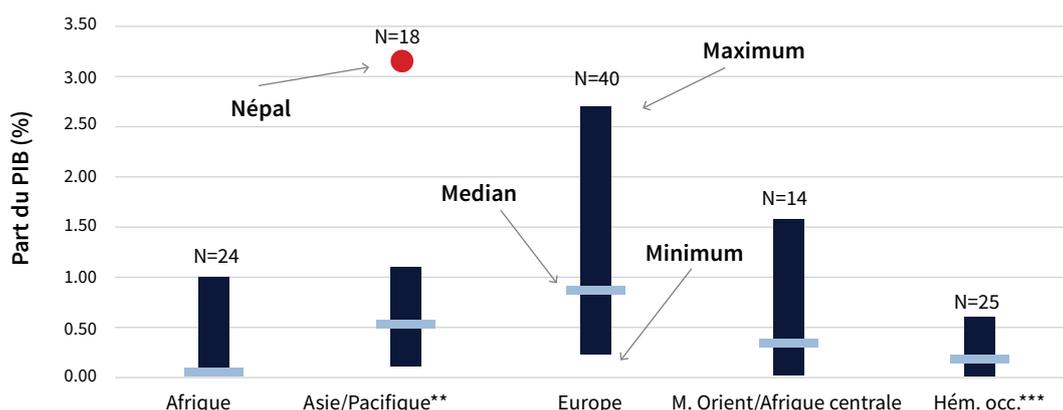
Les taxes sur la santé peuvent limiter les comportements néfastes pour la santé et générer des recettes

Les « taxes sur la santé », parfois dénommées taxes sur les vices, sont imposées sur des produits qui ont un impact négatif sur la santé publique, telles que le tabac, l'alcool ou les boissons sucrées. Elles peuvent également inclure les taxes environnementales sur la pollution qui a des effets néfastes sur la santé (p. ex. combustibles fossiles). Selon leur structuration, ces taxes peuvent être assumées par le producteur ou par la société. Alors que le risque qu'elles entraînent des effets secondaires négatifs (commerce illégal ou régressivité) est parfois avancé, les taxes sur la santé peuvent être largement gagnantes : elles ont le potentiel de réduire le fardeau des maladies non transmissibles sur le secteur de la santé, ce qui peut entraîner des augmentations passives du budget de la santé. Si elles sont affectées en priorité à la santé, elles peuvent également augmenter directement les ressources du secteur de la santé. Cependant, leur appellation de « taxe sur la santé » ne signifie pas que les recettes sont réservées pour le secteur de la santé. Si les processus budgétaires ne donnent pas la priorité à la santé, le ciblage des taxes sur la santé devrait être réalisé avec précaution.¹

Les taxes sur la santé peuvent limiter les comportements néfastes considérés comme des facteurs de risque pour la COVID-19 et réduire à l'avenir ce fardeau sur le secteur de la santé. Le principal objectif de l'introduction d'une taxe sur la santé est l'amélioration de la santé de la population grâce à une réduction de la consommation de produits nocifs pour la santé. Les facteurs de risque pour la COVID-19, tels que l'obésité et le diabète, ou le tabagisme, qui sont associés à une augmentation de la gravité de la COVID-19, peuvent être limités grâce à des taxes sur la santé et entraîner un allègement de la charge qui porte sur le secteur de la santé.²⁻⁷ Ceci permettrait de générer des gains d'efficacité et aider les ressources actuelles à aller plus loin. Une étude sur la taxe sur les produits du tabac dans neuf pays, par exemple, a révélé que la principale motivation à réserver les taxes d'accise était l'amélioration de la santé publique, plutôt que l'augmentation des recettes⁸. L'augmentation des taxes sur le tabac est la mesure de contrôle du tabagisme la plus efficace, avec une augmentation de 10 pour cent de réduction de la consommation dans 5 à 8 pour cent des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, et de 4 pour cent approximativement dans les pays à revenu élevé⁹. Une récente étude portant sur 500 millions de fumeurs de sexe masculin dans 13 pays à revenu intermédiaire a démontré qu'une augmentation de 50 pour cent du prix des cigarettes entraînerait un gain de 450 millions d'années de vie. Les hommes dans les 20 pour cent les plus pauvres de la population gagneraient ^{6,7} fois plus d'années de vie que le groupe au revenu le plus élevé – la moitié de ces gains étant concentrée en Chine – ce qui pointe également vers d'importants avantages en matière d'équité et de retombées au niveau des gains de productivité, des années de vie productive et du capital humain.^{11, 12}

Les taxes sur la santé augmentent les recettes, qui peuvent être dirigées en priorité vers le secteur de la santé. La COVID-19 a entraîné une profonde contraction économique mondiale.¹³ Les dernières estimations indiquent que les taux de croissance économique par habitant chuteront d'environ 6,4 pour cent au niveau mondial, et de 4 à 8 pour cent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. L'impact sera cumulé dans de nombreux pays qui étaient déjà en position économique défavorable avant la COVID-19.^{14, 15} Un groupe de travail mondial sur la politique fiscale en faveur de la santé a récemment estimé que si l'ensemble des pays imposaient une augmentation de 50 pour cent des taxes d'accise ciblée sur la réduction de la consommation de tabac, d'alcool et de boissons sucrées, plus de 20 000 milliards de dollars américains pourraient être générés en 50 ans.^{a, 6} En outre, des estimations plus récentes sur le revenu potentiel de référence à court terme du tabac, de l'alcool et des boissons sucrées est de 0,6 à 0,7 pour cent du PIB.^{10, a} Pour décider si une taxe sur la santé a du potentiel dans un contexte donné, il y a lieu de prendre en compte les capacités et conditions administratives locales et la priorité générale donnée à la santé au sein des budgets gouvernementaux : les taxes sur la santé ne sont synonymes d'argent supplémentaire pour la santé que si celui-ci est ciblé vers le secteur de la santé, ou si le gouvernement ne rétrograde pas le secteur de la santé dans ses priorités. Cependant, dans les pays qui ont institué ou augmenté les taxes sur la santé, et particulièrement les taxes d'accise sur le tabac, les gains de recettes sont considérables et continueront à l'être tant que les comportements de consommation ne changent pas radicalement (Figure 14.1).^{2, 1}

Figure 14.1 Taxes sur le tabac et PIB minimum, maximum et médian (2013)*



Source: Petit (2018)²

Remarques: *données FMI et OMS. Accise seulement, recettes des entreprises nationales exclues

** Incluant le Népal (3,19 pour cent). Le deuxième plus élevé sont les Îles Salomon (1,12 pour cent).

*** En excluant notamment le Canada, les États-Unis et le Brésil. De nombreuses îles des Caraïbes dépendent des taxes à l'importation

Certaines allégations négatives à l'encontre des taxes sur la santé ont été largement réfutées.

Celles-ci prétendent que les taxes sur la santé peuvent ralentir l'économie, encourager le commerce illégal et entraîner les inégalités. Ces allégations sont cependant apparues largement infondées.¹⁶ Par exemple, une récente étude en Afrique du Sud a démontré que l'impact global sur la santé des taxes sur le tabac est positif, diminue les dépenses médicales pour les pauvres et augmente le nombre d'années travaillées, ce qui entraîne des répercussions sur l'économie.¹⁷ En outre, les estimations du commerce illégal en Afrique du Sud se sont révélées gonflées par le secteur lui-même. L'Afrique du Sud a mis en place des taxes d'accise sur le tabac, l'alcool et les boissons sucrées qui ont effectivement servi à limiter les volumes de vente de

a Ces estimations mettent à jour des simulations de recettes à long terme préparées par le Task Force on Fiscal Policy for Health (Groupe de travail sur la politique fiscale pour la santé). Elles sont équivalentes à une augmentation des recettes totales des impôts de 3 à 6 pour cent, en fonction du niveau de revenu total. Les estimations inférieures aux montants précédents suite à un horizon plus limité et aligné sur la COVID-19 ont entraîné des baisses de recettes.

ces produits, tout en augmentant les recettes pour la santé (respectivement 14,5 milliards, 31,5 milliards et 2,9 milliards de rands), bien que ces recettes n'aient pas été affectées au financement de la santé.¹

Lorsque les processus budgétaires standard ne donnent pas la priorité à la santé, les taxes sur la santé peuvent faire l'objet d'affectations provisoires et promouvoir ainsi des objectifs favorables aux populations pauvres. Les affectations consistent à prendre la totalité ou une partie des recettes d'une taxe ou d'un groupe de taxes et les réserver pour les objectifs prédéfinis, tels que la santé. L'affectation peut cependant également limiter la capacité des acteurs financiers à gérer de manière flexible les ressources publiques. Lorsqu'un processus budgétaire fonctionne correctement et que la priorité est accordée à la santé, l'affectation des recettes des taxes sur la santé ou d'autres sources peut être facultative. En cas d'incapacité à générer des allocations correspondant aux priorités, ou lorsqu'une taxe peut contribuer à améliorer un soutien politique, l'affectation provisoire peut être utilisée à court terme. Les affectations provisoires peuvent servir à injecter des fonds si celles-ci sont réalisées avec précaution, une bonne compréhension des conditions locales, sont favorables aux populations pauvres et alignées sur les processus de gestion des finances publiques (voir Encadré 14.1).^b Il n'y a cependant aucune garantie que les affectations provisoires conduisent à des recettes durables pour la santé au fil du temps, et peuvent en fait servir de signal pour les détenteurs de budget afin de réduire les fonds publics nets pour la santé, ce qui suggère que ces affectations devraient également être limitées dans le temps ou faire l'objet d'un examen périodique.^{4, 18} En outre, si les affectations de crédits ne sont pas nécessaires pour que les taxes sanitaires aient un impact sur le financement de la réponse à la COVID-19, un ensemble de dépenses soutenant les dépenses de santé à moyen terme pourrait fournir une raison d'utiliser les taxes sanitaires dans le cadre de la réponse à la pandémie.¹⁰

Encadré 14.1 Des principes à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Philippines

Aux Philippines, les affectations provisoires alignées sur le processus standard budgétaire ont été introduites suite à une promesse politique d'orienter le pays vers la CSU. De ce fait, la réforme de 2012 sur les taxes sur les vices et ses amendements ultérieurs ont entraîné d'importantes augmentations des recettes pour la santé. Dès 2020, les parts affectées à la santé étaient les suivantes : alcool (100 pour cent), tabac (50 pour cent), boissons sucrées (50 pour cent), tabac chauffé (100 pour cent) et produits de vapotage (100 pour cent). Les affectations se sont révélées non seulement une source de recettes constante, mais également considérable, triplant en effet les ressources pour la santé sur une période de cinq années (2013-2018). Les affectations ont également contribué à réduire la prévalence du tabagisme et améliorer l'équité en élargissant la couverture et prenante en charge l'assurance maladie pour les pauvres.^{1, 4}

Outil: [Le modèle TaxSim sur le tabac de l'OMS](#) calcule l'impact potentiel de la taxation du tabac sur les recettes fiscales et le marché du tabac. Ce modèle inclut une prévision du taux de prévalence du tabagisme, une évaluation de l'impact et des prises de décision relatives à la réforme sur la taxe sur le tabac, peut appuyer l'analyse des politiques fiscales et apporte des données globales sur les prix du tabac et les taux de taxe en un format téléchargeable.

b Les affectations « provisoires » sont celles qui sont destinées à un objectif spécifique mais qui ne déterminent pas le montant dépensé par le biais de plafonds de dépenses fixés par la loi. Elles peuvent être complétées par des recettes générales et s'alignent généralement sur le processus budgétaire d'un pays. (Définition adaptée de Cashin et al. 2017)

Références

1. Ozer, C., Bloom, D., Marinez Valle, A., Banzon, E., Mandeville, K., Paul, J., Blecher, E., Sparkes, S., Chhabra, S. 2020. Earmarks and Health Taxes: What Do We Know? Geneva: World Health Organization
2. Petit, P. 2018. Excises and Health Taxes Revenue Mobilization and the IMF. Presentation, JLN DRM Collab.
3. World Health Organization. 2016. Earmarked Tobacco Taxes: Experience from Nine Countries. Geneva: World Health Organization.
4. Cashin, C., Sparkes, S., and Bloom, D. 2017. Earmarking for Health: From Theory to Practice. Health Financing Working Paper. Geneva: World Health Organization
5. Petit, Patrick, and Nagy, J. 2016. Fiscal Policy: How to Design and Enforce Tobacco Excises? How to Note No. 3. IMF How to Notes.
6. The Task Force on Fiscal Policy for Health. 2019. Health Taxes to Save Lives Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages.
7. World Health Organization. 2020. Smoking and COVID-19 pp. 34–37. Geneva: World Health Organization
8. World Health Organization. 2016. Earmarked Tobacco Taxes: Experience from Nine Countries. Geneva: World Health Organization.
9. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Lane, C., Glassman, A., and Smitham, E. 2021. “Using Health Taxes to Support Revenue—An Action Agenda for the IMF and World Bank.” CGD Policy Paper 203. Washington, DC: Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/>
11. Marquez, P., and Bank, W. 2018. The Health, Poverty, and Financial Consequences of a Cigarette Price Increase Among 500 Million Male Smokers in 13 Middle Income Countries: Compartmental Model Study. *BMJ* 361: k1162.
12. Verguet, S., Gavreau, C., Mishra, S., MacLennan, M., Murphy, S.M., Brouwer, E.D., Nugent, R.A.A., Zhao, K., Jha, P., Jamison, D.T. 2015. The Consequences of Tobacco Tax on Household Health and Finances in Rich and Poor Smokers in China: An Extended Cost-Effectiveness Analysis. *Lancet Glob. Heal.* 3: e206–e216.
13. Tandon, A., Roubal, T., McDonald, L., Cowley, P., Palu, T., de Oliveria Cruz, V., Eozenou, P., Cain, J., Teo, H.S., Schmidt, M., Pambudi, E., Postolovska, I., Evans, D., Kurowski, C. 2020. Implications for Health Financing: Economic Impact of Covid-19 in Asia and Pacific. Washington DC: World Bank
14. Kurowski, C., Evans, D. 2020., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World bank.
15. Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., Dozol, A., and Postolovska, I. 2020. From Slippery Slopes To Steep Hills: Contrasting Landscapes of Economic Growth and Public Spending for Health. *Soc. Sci. Med.* doi:10.1016/j.socscimed.2020.113171.
16. Hattersley, L., Thiebaud, A., Silver, L., and Mandeville, K. 2020. Countering Common Arguments Against Taxes on Sugary Drinks pp. 1–4. Washington DC: World Bank
17. Fuchs, Alan, Del Carmen, Giselle, and Mukon, A. K. 2018. Long Run Impacts of Increasing Tobacco Taxes in South Africa vol. 44. Washington DC: World bank
18. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conference copy).

Message n° 15.

La collaboration avec le secteur privé peut contribuer à tirer le meilleur profit des ressources publiques

Le secteur privé est un acteur prédominant du paysage de la prestation de services dans de nombreux pays. Ne pas l'impliquer et ne pas tirer profit de manière efficace de ses capacités est cependant un échec du marché et témoigne d'inefficacités au niveau de l'utilisation des ressources publiques.¹ Le secteur privé de la santé peut être partenaire du secteur public et améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources publiques lorsqu'il est mobilisé, mandaté et régulé de manière efficace. Le secteur privé peut tirer profit de son avantage comparatif sur le gouvernement par le biais de ses capitaux d'investissement ou de son expertise, sa capacité et son envergure.¹ Impliquer le large éventail d'acteurs du secteur privé peut améliorer l'utilisation des fonds publics et soutenir un accès renforcé aux services, entraînant des gains en matière de capital humain et de croissance économique. Ce message explore la collaboration avec le secteur privé sous l'angle des partenariats public-privé (PPP)^a et de la passation de contrats – en mettant l'accent sur l'implication du secteur privé par le public pour la prestation de services.^b

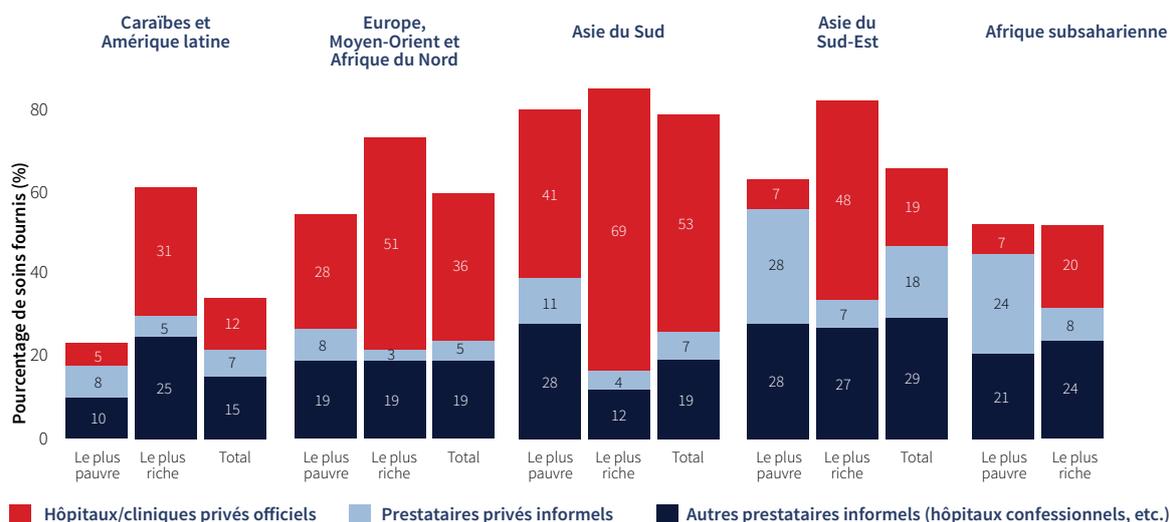
Faire appel au secteur privé dans le cadre de partenariats public-privé (PPP) dans la santé peut aider les ressources publiques à être plus efficaces. Les partenariats public-privé (PPP) sont une sorte de contrat à long terme (supérieur à cinq ans) conclu entre des partenaires publics et privés, centré sur le renforcement des ressources publiques. Les PPP se présentent sous six formes différentes : (i) le financement ou le cofinancement, (ii) l'élaboration, notamment pour des modèles d'infrastructure ou de prestation de soins, (iii) la construction, notamment la construction et la rénovation d'établissements, (iv) l'entretien des infrastructures lourdes ; et (v) le fonctionnement des équipements d'IT et autres services non cliniques ; ou (vi) la prestation et/ou la gestion de services cliniques ou de soutien clinique.^{c,2,3} Les PPP peuvent ainsi contribuer à augmenter les ressources publiques en renforçant le budget des immobilisations ou les contraintes des flux monétaires.³ Il est néanmoins nécessaire que le secteur public dispose de fortes capacités et d'environnements réglementaires afin de gérer les arrangements et d'aider à atteindre les objectifs du secteur de la santé, un défi dans de nombreux contextes de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.⁵ En outre, les investissements privés peuvent entraîner une anticipation partielle des coûts plutôt que des recettes supplémentaires pour la santé.⁴ La pandémie de COVID-19 a affaibli les PPP

- a Les paiements directs des ménages sont abordés dans les Messages nos 6 et 7 et l'assurance maladie volontaire dans le Message no 7.
- b Concerne à la fois la sous-traitance et l'externalisation. Il est question d'externalisation lorsque des entités privées sont chargées contractuellement de fournir des services financés par le gouvernement à l'extérieur des systèmes de prestations publiques, alors que la sous-traitance concerne les entités privées chargées contractuellement de gérer ou de fournir directement des services par le biais d'établissements publics.²
- c Le secteur privé de la santé est généralement peu réglementé et fortement fragmenté² ; les politiques et réglementations du secteur privé sont une des manières d'améliorer l'efficacité.

existants en perturbant la demande et les opérations et en entraînant des pertes de revenus. Ceci a révélé la nécessaire évaluation des projets afin de les rendre plus résilients aux chocs futurs.⁶ Une définition des PPP permettant l'exploration d'innovations du secteur privé, telles que la conception numérique et le soutien de la télémédecine, par exemple, sera indispensable.^d

Les acteurs du secteur privé peuvent être mobilisés par le biais d'arrangements de contrats publics qui élargissent la couverture de services, une manière de contribuer à tirer le meilleur profit des ressources publiques existantes. Le secteur privé est un des principaux acteurs des systèmes de prestations de soins de santé (Figure 15.1). Il est estimé que les prestataires privés représentent 50 pour cent de tous les traitements d'affections de base, telles que la diarrhée, la toux et la fièvre en Afrique subsaharienne, et qu'ils fournissent près de 80 pour cent de tous les soins, pour tous les groupes de revenu en Asie du Sud-Est.⁷ En tant qu'acteurs principaux de la fourniture de services de santé, les prestataires privés ont souvent un avantage comparatif majeur, particulièrement en ce qui concerne la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la logistique (l'Encadré 15.1).^e Faire appel à des prestataires privés pour la fourniture de services dans le cadre de PPP ou autre peut limiter la fragmentation et stimuler les services de santé qui soutiennent les résultats de santé de la population et le développement du capital humain dans les zones ou segments de la population difficiles d'accès, là où le secteur privé dispose d'un avantage comparatif. Par exemple, au Pakistan, le gouvernement travaille avec ses sociétés d'assurance volontaires et privées pour couvrir les primes de 50% des quintiles de revenus les plus pauvres afin de leur permettre de souscrire à des régimes privés.⁸ En Thaïlande, l'extension graduelle d'un assortiment de mécanismes d'assurance maladie publique et privée ont élargi la protection contre les dépenses directes des ménages à 70 pour cent de la population.⁹ Les PPP pour la prestation de services peuvent également répondre aux besoins d'une amélioration de la gestion et de la qualité, des coûts, et de l'efficacité des services de soins de santé, d'un approvisionnement plus robuste et efficace, d'une croissance vers des services supplémentaires ou d'une capacité de services élargis.^{3,10}

Figure 15.1 Prestations du secteur privé pour le traitement de la diarrhée et de la fièvre/toux des enfants de moins de cinq ans par région, type de prestataire et groupe de revenu



Source: Figure tirée de Wadge et al. (2017)⁷, avec des données d'Enquêtes démographiques et de santé de 2000 à 2008.

d Articles du blog du GBM consultés le 12 février 2021 : <https://blogs.worldbank.org/ppps/making-ppp-legal-frameworks-fit-post-covid-19> et <https://blogs.worldbank.org/fr/voices/parteneriats-public-privé-et-covid-19-vision-de-la-banque-mondiale>

e Les acteurs privés représentent un large éventail de parties prenantes dotées de diverses compétences et motivations, allant des réseaux de franchise sociale aux hôpitaux privés à but lucratif, en incluant les petits prestataires de soins infirmiers individuels, les investisseurs et les promoteurs.

Les gouvernements peuvent s'orienter vers la couverture santé universelle (CSU) en impliquant le secteur privé, mais doivent pour cela créer une gouvernance et un environnement réglementaire favorables.³ S'il existe un espace favorable à la collaboration, certains défis majeurs demeurent à l'implication du secteur privé pour parvenir à la CSU. Sans une gouvernance et un environnement réglementaire permettant une gestion et une coordination efficaces au sein d'un système de santé mixte, le secteur privé pourrait adopter un comportement monopolistique et une tarification prédatrice, ou fonctionner selon un mode qui ne soit pas aligné avec les objectifs de la CSU (qui sont l'équité, l'accès, la qualité et la protection financière).⁹ La réglementation strictement du haut vers le bas n'est pas particulièrement efficace. Il est au contraire préférable de compter sur, et de soutenir des plateformes de dialogue public-privé qui stimuleront l'acceptation et l'utilisation de conditions préalables, telles que l'attribution de permis et les accréditations, ainsi que des contrats robustes et flexibles et des capacités de gestion de contrat au sein du gouvernement afin de garantir les conditions indispensables avant la passation de contrats avec le secteur privé.¹¹

Encadré 15.1 Des principes à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Kenya

Tirer profit des capacités du secteur privé à améliorer la chaîne d'approvisionnement des vaccins et la logistique. Le secteur privé peut aider des gouvernements à gérer les chaînes d'approvisionnement complexes de vaccins, notamment pour les vaccins plus récents et coûteux tels que ceux pour la COVID-19. Le secteur privé est spécialisé et dispose de suffisamment de ressources pour parvenir à une amélioration de l'efficacité en tirant profit des économies d'échelle, et peut réduire les coûts en collaborant avec le ministère de la Santé au niveau de la prise en charge de l'investissement dans les domaines tels que l'équipement des chaînes de froid, les camions réfrigérés et les compétences des logisticiens. Le Kenya, par exemple, a mis en place un marché de la logistique des vaccins éprouvé au cours des dernières décennies grâce à la passation de contrats pour des services de transport des vaccins. En 2004, l'autorité des fournitures médicales du Kenya a rédigé de nombreux contrats de plus petite envergure avec des prestataires privés pour stimuler la concurrence, et finalement opté pour des contrats plus importants avec des prestataires dominants qui pouvaient prendre en charge les distributions à grande échelle.^{12,13}

Références

1. Montagu, D., and Goodman, C. 2016. Prohibit, Constrain, Encourage, or Purchase: How Should We Engage with the Private Health-Care Sector? *Lancet* 388: 613–621.
2. Umar-Sadiq, M. 2020. Role of Private Sector Engagement in Reimagined Primary Health Care Delivery: Comprehensive Review.
3. Abuzaineh, N., Brashers, E., Foong, S., Feachem, R., and Rita, P. Da. 2018. PPPs in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future. California: Global Health Group; New York: PwC
4. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
5. World Health Organization. 2018. The Private Sector, Universal Health Coverage and Primary Health Care. Tech. Ser. Prim. Heal. Care pp. 1–9.
6. World Bank. 2020. PPP Legal Frameworks, Post-COVID-19: Practice Note.
7. Wadge, H., Roy, R., Sripathy, A., Prime, M., Carter, A., Fontana, G., Marti, J., Chalkidou, K. 2017. Evaluating the Impact of Private Providers on Health and Health Systems. *Imp. Coll. London* vol. 4.
8. Fusheini, A., and Eyles, J. 2016. Achieving Universal Health Coverage in South Africa through a District Health System Approach: Conflicting Ideologies of Health Care Provision. *BMC Health Serv. Res.* 16: 558.
9. McPake, B., and Hanson, K. 2016. Managing the Public–Private Mix to Achieve Universal Health Coverage. *Lancet* 388: 622–630.
10. Sinanovic, E., and Kumaranayake, L. 2006. Financing and Cost-Effectiveness Analysis of Public-Private Partnerships: Provision of Tuberculosis Treatment of South Africa. *Cost Eff. Resour. Alloc.* vol. 4.
11. Tello, J. E., Barbazza, E., and Waddell, K. 2020. Review of 128 Quality of Care Mechanisms: A Framework and Mapping for Health System Stewards. *Health Policy (New York)* 124: 12–24.
12. World Health Organization, PATH. 2012. Outsourcing Vaccine Supply Chain and Logistics to the Private Sector [Internet]. Evidence Brief Series. 2012. Available at: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/optimize/outsourcing_evidence_brief.pdf?ua=1
13. Gavi Private Sector Priority Working Group. 2015. Outsourcing the Distribution Component of Vaccine and Medicine Supply Chains. GAVI Study. Geneva: 2015.

Message n° 16.

Les investissements dans la préparation aux flambées d'épidémie renforce la résilience des systèmes de santé et la sécurité économique

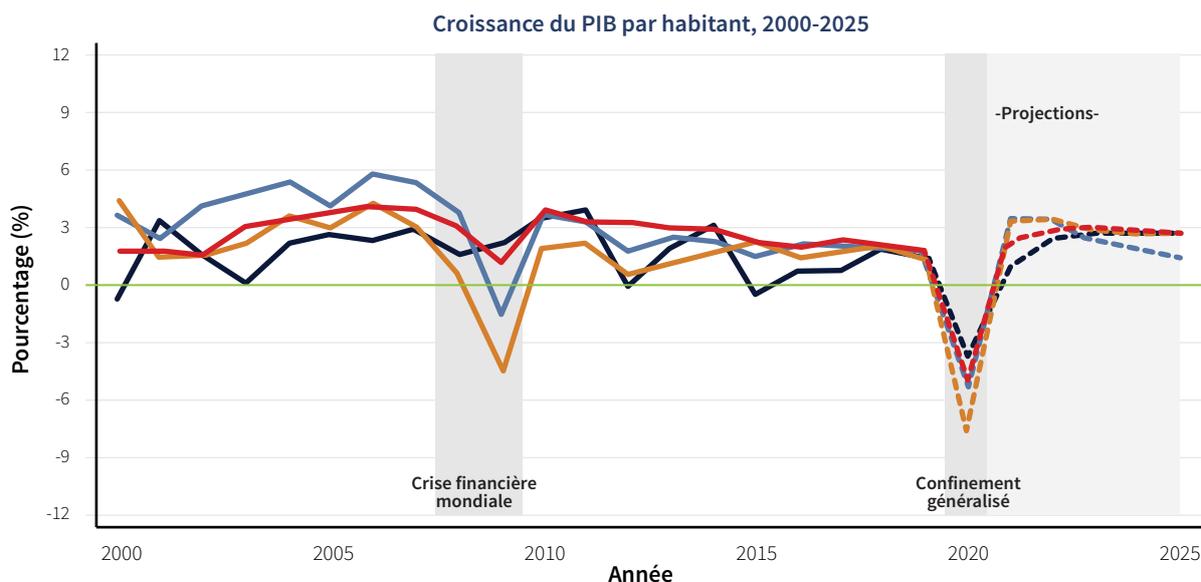
Se préparer aux pandémies implique de disposer de la capacité à mieux anticiper, détecter, réagir effectivement et récupérer de l'impact des urgences sanitaires suite à des urgences sanitaires.^a Les flambées de maladies infectieuses telles que le paludisme, les virus respiratoires tels que la maladie à coronavirus (COVID-19) ou les fièvres hémorragiques virales telles qu'Ebola posent d'énormes risques humains et économiques tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des frontières. La préparation^b est considérée comme un bien commun pour la santé^c, et une composante majeure de la couverture santé universelle (CSU) qui peut générer d'énormes avantages sociétaux, mais nécessite un financement public car elle jouit des caractéristiques d'un bien public.¹ Faire le choix d'investir en faveur d'événements futurs, inconnus et potentiellement improbables au détriment de besoins actuels du système de santé pose cependant des problèmes. La préparation aux flambées d'épidémie peut non seulement améliorer les systèmes de santé, mais également les rendre plus résilients ou aptes à absorber avec flexibilité et répondre rapidement aux chocs (par exemple les pandémies, les catastrophes naturelles, les migrations forcées), mais également améliorer le bien-être humain et la sécurité économique.²⁻⁴ Ces investissements peuvent être essentiels pour réduire les pertes en vies humaines, feiner les perturbations sociétales et économiques et la limiter le détournement des ressources nationales essentielles en période de besoin.⁵

La pandémie de COVID-19 a démontré qu'une mauvaise préparation peut entraîner des dommages économiques considérables et des reculs du développement.³ Les projections les plus récentes du Fonds monétaire international (FMI) indiquent que les économies se contracteront d'environ 6,4 pour cent par habitant du fait de la pandémie de COVID-19, dans tous les groupes de revenu, ce qui en fera la contraction économique la plus importante de l'histoire moderne (Figure 16.1).^{7, 8} La pandémie de COVID-19 est susceptible de ramener la pauvreté mondiale au niveau de 2017, entraînant jusqu'à 88 millions de personnes dans l'extrême pauvreté en 2020 et potentiellement jusqu'à 150 millions dès 2021.⁷ Ces pertes sont encore plus marquées que celle des épidémies précédentes du SRAS et d'Ebola. Les impacts mondiaux et nationaux des flambées épidémiques de SRAS en 2003 en Chine et à Hong Kong sont estimés à entre 40 et 53 milliards

a Aligné sur le *Global Preparedness Monitoring Board. A World at Risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies* [Internet]. Genève : 2019. Disponible sous la référence : ISBN 978-92-4-151701-0.

b Défini par le *Global Preparedness Monitoring Board* comme étant « l'aptitude (connaissances, capacités et organisations de systèmes) des gouvernements, des organisations professionnelles d'intervention, des communautés et des individus à anticiper, détecter et réagir efficacement à, et à se relever de l'impact d'urgences sanitaires, de dangers, d'événements ou de situations probables, imminents ou réels. »

c L'OMS définit ainsi les biens communs pour la santé : « Les biens communs pour la santé sont des fonctions ou interventions qui reposent sur les populations et nécessitent un financement collectif, de la part du gouvernement ou de bailleurs de fonds, et répondent aux conditions suivantes : 1. Ils doivent contribuer à la santé et au progrès économique. 2. Il existe une logique économique claire pour les interventions basées sur les défaillances du marché, tout en mettant l'accent sur (i) les biens publics (sans rivalité et sans exclusion) ou (ii) d'importantes externalités sociales ».

Figure 16.1 Croissance du PIB par habitant, 1996-2025

Source: Kurowski et al. (2021)⁷

de dollars américains à l'échelle mondiale, l'estimation la plus élevée reflétant les pertes à long terme des investissements dues à la crainte de récurrence.⁹ Le poids économique et social estimé de la flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 est supérieur à 50 milliards de dollars américains, avec au moins un tiers de cette perte dû à des décès non imputables à Ebola, mais bien au détournement des ressources.⁵

Investir dans la préparation évite des coûts de soins ultérieurs plus importants. L'investissement dans la préparation aux flambées épidémiques est une responsabilité nationale et mondiale. Les leaders locaux et nationaux devraient se mobiliser et aligner la demande d'investissement dans la préparation sur les mécanismes de coordination internationaux, par l'intermédiaire de l'engagement envers le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005. Il s'agit d'un accord international qui impose à 196 pays, et notamment tous les États membres de l'OMS, de développer les capacités nécessaires à la détection, l'estimation, la publication de rapports et la réaction aux urgences de santé publique de portée internationale, ainsi qu'à l'examen des mesures recommandées pour le financement de la préparation aux pandémies au niveau national.¹⁰ L'outil d'évaluation externe conjointe (EEC) de l'OMS, utilisé pour évaluer les niveaux des pays en matière de RSI, suggère que la plupart des pays devraient dépenser entre 0,50 et 2 dollars américains par personne pour atteindre un niveau acceptable de préparation générale.² En outre, la Banque mondiale estimait en 2018 que la préparation des systèmes de santé des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à la prévention et au contrôle de la propagation des principales zoonoses (soit, les maladies transmises des animaux aux humains, telles que la grippe animale)^{11,12} coûterait 3,4 milliards de dollars américains chaque année, comparativement aux 6,7 milliards de dollars dépensés annuellement en réponse aux flambées épidémiques de zoonoses entre 2007 et 2009, et bien que ces estimations soient susceptibles d'être révisées suite à la COVID-19.^{13,14} Au-delà du prix de la réponse aux épidémies, le système de santé est impacté dans son ensemble par l'escalade des flambées épidémiques car des ressources financières, humaines et matérielles doivent être détournées vers les mesures de réponse. Par exemple, lors de la flambée d'épidémie d'Ebola en Sierra Leone, des fonds publics ont été détournés vers le confinement d'Ebola, entraînant des effets directs et indirects disproportionnés sur les secteurs de la santé et de la nutrition.^{15,16}

De nombreux pays ne disposent pas des ressources nécessaires à la préparation, particulièrement en matière de répartition des investissements nécessaires au contrôle de la COVID-19 au détriment d'autres besoins de santé, et de la relance de leurs économies.^{17,18} Les investissements dans la préparation incluront des systèmes nécessaires à la détection précoce et la prévention des flambées épidémiques avant qu'elles ne s'aggravent, tels que la surveillance des ports d'entrée, la mise en place d'un système de surveillance et intervention, le renforcement des capacités des laboratoires et le développement des

ressources humaines. De tels investissements permettront d'éviter des coûts plus importants lors de futures épidémies et pandémies, ainsi que d'entraîner une augmentation de la capacité de fabrication, de soutenir la prévision de la demande pour le stockage et de constituer une base solide de ressources humaines qualifiées pour la santé afin de répondre aux épidémies et aux pandémies. A la suite de l'épidémie de SRAS en 2003, Taïwan a investi dans un mécanisme de réponse de santé publique pour permettre des interventions rapides lors d'événements semblables au SRAS, et a ainsi pu allouer rapidement des ressources nationales à la préparation et aux mesures de confinement qui ont joué un rôle majeur pour contenir la nouvelle pandémie de coronavirus (COVID-19).²² Bien évidemment, garantir un financement national régulier de ces mesures peut contribuer à la préparation, en mettant en place des systèmes qui aident à prévenir l'escalade des risques biologiques et facilitent des interventions plus rapides et efficaces lorsque cela s'avère nécessaire. Alors que les pays transitionnent vers la phase de relance suite à la COVID-19, les budgets des gouvernements seront plus limités, alors que la part réservée aux budgets de la santé sera très sollicitée pour répondre aux besoins de santé fondamentaux, sans oublier la prévention et le financement de la pandémie actuelle et sans négliger la préparation. En effet, les seuls coûts permettant d'atteindre des niveaux satisfaisants de couverture vaccinale s'élèvent à environ 2,1 pour cent du PIB dans les pays à faible revenu (PFR) et à 0,7 pour cent du PIB dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.⁷ Les dépenses sur ces mesures permettront de sauver des vies aujourd'hui et sont l'unique manière de limiter des retombées économiques actuelles et futures.⁷ Les pays ne peuvent cependant pas perdre de vue la nécessité d'inclure la préparation dès maintenant, notamment en formulant des plans nationaux qui définissent une voie permettant d'éviter les pertes considérables en capital humain et économique.²⁷ Les pays peuvent envisager de créer des synergies pour la mobilisation des ressources nationales, en vue de la préparation, sous la forme de réseaux régionaux ou de réseaux de santé mondiaux^e ou encore en réservant une part des ressources des bailleurs de fonds à la préparation.¹¹

Encadré 16.1 Des principes à la pratique.

Expérience pays du Réseau d'apprentissage conjoint : Inde

En Inde, les mécanismes de collecte et d'acheminement des fonds publics vers les interventions suite à des catastrophes ont permis une rapide mobilisation des ressources pour la COVID-19. Pour créer un mécanisme de préparation aux catastrophes, l'Inde a adopté la loi sur la gestion des catastrophes en 2005 et mis en place une autorité nationale de gestion des catastrophes (ANGC), présidée par le Premier ministre et chargée de définir des politiques, plans et orientations pour la gestion des catastrophes. Un Fonds national pour les secours suite à des catastrophes a ensuite été créé au sein de l'ANGC et financé par des taxes réservées prélevées sur le tabac, les carburants et les véhicules à moteur. En mars 2020, l'ANGC a pu dédier 35 pour cent de ses ressources annuelles (environ 700 millions USD) aux activités de réponse à la COVID-19 par le biais du Fonds étatique de réponse aux catastrophes. De plus, au moins 16 États en Inde ont fortement augmenté leurs impôts et taxe d'accise sur l'alcool en vue de mobiliser des recettes supplémentaires post-COVID, et notamment : a) une augmentation de la taxe d'accise sur l'alcool allant de 6 pour cent au Karnataka à près de 75 pour cent dans l'Andhra Pradesh ; B) une augmentation de 25 pour cent sur l'alcool dans l'Assam, l'Arunachal Pradesh et le Meghalaya ; c) une augmentation de 0,14 à 3 USD du prix de la bouteille de liqueur dans l'Uttar Pradesh et l'Uttarakhand; et d) la perception d'un nouveau « coût COVID » sur le prix de vente maximum, allant de 11 pour cent au Karnataka à 50 pour cent dans l'Odisha.^{25, 26}

d Certaines maladies sont propres à des régions spécifiques et peuvent se déclarer comme des flambées épidémiques au sein d'une communauté ou d'une région géographique. Ces flambées épidémiques initialement limitées peuvent se propager plus facilement et rapidement pour devenir une épidémie (plusieurs pays) ou une pandémie (échelle mondiale).

e Les réseaux de santé mondiaux sont définis par Shiffman (2016)²⁴ comme étant « des réseaux transnationaux de personnes et d'organisations reliées par une problématique de santé mondiale particulière... [Ils] connectent différents types d'institutions, telles que des agences des Nations Unies, des bailleurs de fonds et des fondations, des gouvernements nationaux, des organisations non gouvernementales (ONG), des associations médicales, des institutions de recherche et des groupes de réflexion ».²³

Références

1. Soucat, A. 2019. Financing Common Goods for Health: Fundamental for Health, the Foundation for UHC. *Heal. Syst. Reform* 5: 263–267.
2. World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: World Bank.
3. Lee, J.-W., and McKibbin, W. J. 2004. Globalization and Disease: The Case of SARS. *Asian Econ. Pap.* 3: 113–131.
4. International Bank for Reconstruction and Development, and The World Bank. 2019. High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting Version 2019. doi:10.1596/31930.
5. Huber, C., Finelli, L., and Stevens, W. 2018. The Economic and Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. *J. Infect. Dis.* 218: S698–S704.
6. Jonas, O. B., and World Bank. 2014. World Development Report: Pandemic Risk. World Bank.
7. Kurowski, C., Evans, D. 2021., Tandon, A., Eozenou, P., Schmidt, M., Irwin, A., Salcedo Cain, J., Pambodi E., Postolovska, I. From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Washington DC: World bank.
8. International Monetary Fund. 2020. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, October.
9. Lee, J. W., and McKibbin, W. J. 2004. Estimating the Global Economic Costs of Sars. Learning from SARS: Preparing for the next disease outbreak: Workshop summary. National Academies Press.
10. International Working Group on Financing Preparedness. 2017. From Panic and Neglect to Investing in Health Security: Financing Pandemic Preparedness at a National Level. International Working Group on Financing Preparedness. World Bank: Washington DC
11. Huber, C., Finelli, L., and Stevens, W. 2018. The Economic and Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. In *Journal of Infectious Diseases*. doi:10.1093/infdis/jiy213.
12. World Bank Group for the Global Preparedness Monitoring Board. 2019. Pandemic Preparedness Financing Vol. 7.
13. Delivorias, A., and Scholz, N. 2020. Economic Impact of Epidemics and Pandemics. *Eur. Parliamentary Res. Serv.* pp. 1–10.
14. World Bank. 2012. People, Pathogens and Our Planet Volume 2 - The Economics of One Health 2: 1–65. World Bank.
15. Smith, K. M., Machalaba, C. C., Seifman, R., Feferholtz, Y., and Karesh, W. B. 2019. Infectious Disease and Economics: The Case for Considering Multi-Sectoral Impacts. *One Health* 7: 19–21.
16. World Bank. 2016. World Bank 2014–2015: West Africa Ebola Crisis: Impact Update. Available at: <http://www.worldbank.org/en/topic/macroeconomics/publication/2014-2015-west-africa-ebola-crisis-impact-update>. (Accessed on: April 21, 2020)
17. Government of Sierra Leone. 2015. National Ebola Recovery Strategy for Sierra Leone. Gov. Sierra Leone pp.1–58.
18. World Health Organization. 2014. Implementation of the International Health Regulations (2005) Report by the Director-General. Sixty Seventh World Health Assembly. pp.1–8.
19. Suthar, A. B., Allen, L. G., Cifuentes, S., Dye, C., and Nagata, J. M. 2018. Lessons Learnt from Implementation of the International Health Regulations: A Systematic Review. *Bulletin of the World Health Organization*. doi:10.2471/BLT.16.189100.
20. Global Preparedness Monitoring Board. 2019. A World at Risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies.
21. Commission on a Global Health Risk Framework for the Future, and National Academy of Medicine. 2016. The Case for Investing in Pandemic Preparedness. In *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. National Academies Press.
22. World Economic Forum. 2019. Global Risks Report 2019. Geneva: WEF.
23. Wang, C. J., Ng, C. Y., and Brook, R. H. 2020. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 323: 1341–1342.
24. Shiffman, J., Schmitz, H.P., Berlan, D., Smith, S.L., Quissell, K., Gneiting, U., Pelletier, D. 2016. The Emergence and Effectiveness of Global Health Networks: Findings and Future Research. *Health Policy Plan.* 31: i110–i123.
25. Jeremias N. Paul Jr. Experiences in Earmarking Health Taxes. Presentation for the Joint Learning Network, Collaborative on Domestic Resource Mobilization webinar series on Pro-Health Taxes. August 20 2020.
26. Chhabra, Sheena. 2020. Presentation on India for “Filling the Coffers Post-COVID through Pro-Health Taxes.” Domestic Resource Mobilization Collaborative, Joint Learning Network’s Health Financing Technical Initiative Webinar, July 2, 2020.
27. The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. 2021. COVID-19: Make it the Last Pandemic.

Le soutien de la Banque mondiale au Réseau d'apprentissage conjoint pour la CSU est rendu possible grâce aux contributions financières des partenaires suivants:



BILL & MELINDA
GATES *foundation*



THE
ROCKEFELLER
FOUNDATION



JOINTLEARNINGNETWORK.ORG



**JOINT
LEARNING
NETWORK**

For Universal Health Coverage