

Conférence de l'ICGFM sur la mobilisation des revenus nationaux pour la santé

17 mai 2018

Annie Baldrige

Darrell Freund

John Yates



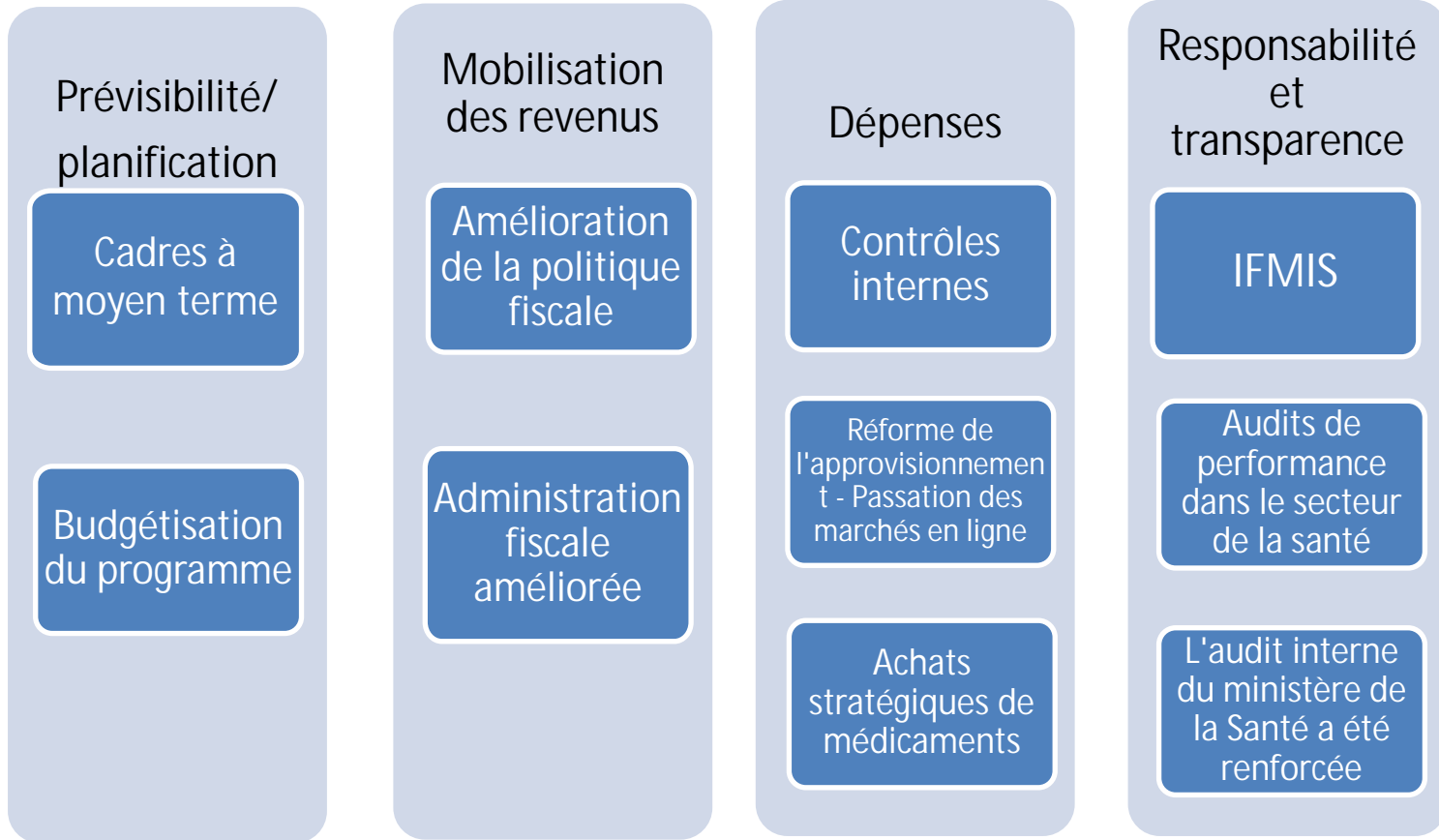
Qu'est-ce que la MRN pour le secteur de la santé ?



Qu'est-ce que la MRN pour le secteur de la santé ?

- § L'USAID définit la MRN comme «le processus par lequel les pays **mobilisent et dépensent leurs propres fonds** pour subvenir aux besoins de leur population», c'est à long terme la voie du financement du développement durable. La MRN fournit non seulement aux gouvernements **les fonds nécessaires pour réduire la pauvreté et offrir des services publics**, mais constitue également une étape cruciale vers la **sortie de la dépendance vis-à-vis de l'aide**.
- § D'autres bailleurs de fonds adoptent une vision plus large de la MRN, **y compris sur le volet des dépenses**, et reconnaissent le rôle joué par **l'efficacité et l'utilisation efficace** des fonds dans la durabilité et l'autosuffisance globales.
- § Le FMI définit la GFP pour la santé comme : "La traduction de la politique gouvernementale en **objectifs budgétaires et politiques durables**, et la mise en œuvre du budget d'une manière qui **soutient la prestation de services**, y compris la santé (de la planification nationale et sectorielle à la budgétisation basée sur les programmes)."

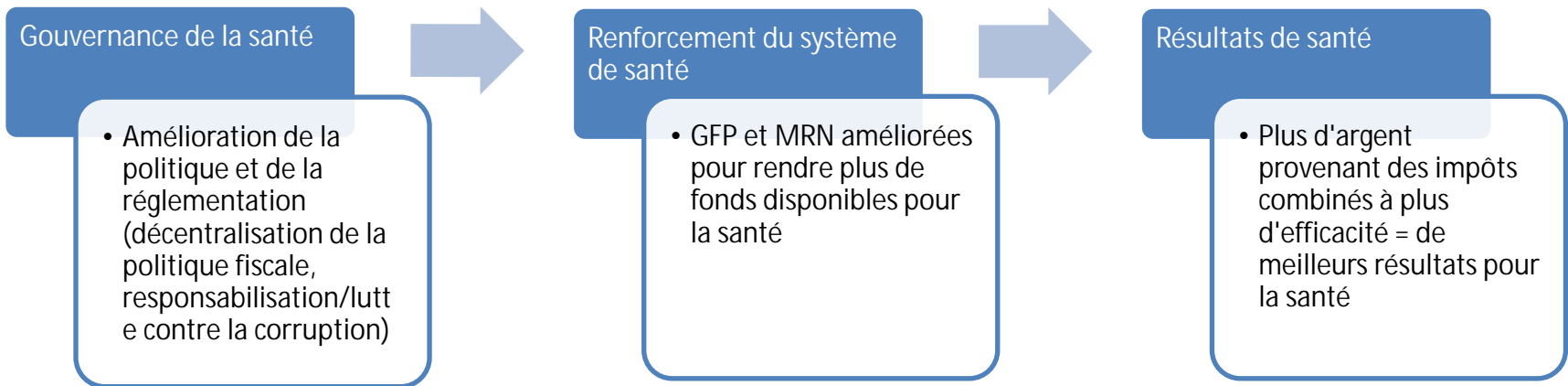
Phases et interventions



Approches de la MRN/GFP pour la santé

- § **De haut en bas** : Cabinet, finances, santé, planification macro-budgétaire, élaboration de politiques de santé
 - Politique et administration fiscales
 - Planification à moyen terme
 - Consolidation des TIC - déploiement du gouvernement électronique
- § **De bas en haut** : Collecte de données au niveau de l'établissement/patient, budgétisation du programme de décentralisation fiscale
 - Développement de KPI
 - Entrées budgétaires
 - Plaidoyer pour les allocations budgétaires/enveloppes
- § **Mesurer l'impact**
 - Utilisation d'indicateurs à la fois *qualitatifs* et *quantitatifs* comme critères d'évaluation
 - Comment cela affecte-t-il les résultats de santé tangibles

Lier la MRN à la santé



Lier la MRN/GFP aux résultats sur la santé



Travaux de MRN actuels - Preuve

§ Rassembler les preuves : Nous avons examiné toutes les preuves sur la façon de relier les interventions aux résultats de santé - nous avons compilé des preuves sur plus de 40 études

Intervention	Constatation - Effet sur les résultats en matière de santé
Réservés aux soins de santé	Corrélation positive : non favorisée en raison de la diminution de la flexibilité
Cadres de dépenses à moyen terme	Révisions mixtes : corrélation positive lorsque certains facteurs externes étaient contrôlés
Décentralisation	Mixte/négatif : sans une orientation centrale peut compromettre les résultats de santé
Passation de marchés électroniques	Corrélation positive : elle réduit le prix des médicaments et des équipements de santé
IFMIS	Pas d'études sur l'impact pour la santé
Budgétisation du programme	Résultats mitigés : dépendants du stade de développement et de la mise en œuvre

Travail actuel -- Preuve

- § DAI travaille dans le cadre du projet HFG pour développer un document d'orientation sur la façon d'influencer une augmentation disproportionnée des dépenses de santé avec des revenus accrus.
 - Cela pourrait servir de guide aux programmes de santé pour encadrer leur réflexion sur les interventions en matière de MRN

Travail de MRN actuel - basé sur le projet



§ MRN pour le VIH :

- A travaillé avec des unités de coordination de l'État au Nigeria pour plaider en faveur de l'organisme de coordination du VIH - planification budgétaire et exercice de plaidoyer

§ MRN pour la préparation et la réponse aux épidémies

- Rédaction d'une stratégie mondiale de gestion des risques de catastrophes aidant les unités de coordination nationale à réfléchir à la manière d'aborder la mobilisation des fonds publics pour la préparation et la réponse aux épidémies

Questions de discussion

- § Comment pouvons-nous commencer à compléter les indices sur la MRN et leurs effets sur le secteur de la santé - comment allons-nous procéder à une attribution potentielle dans les cas où l'argent de la santé est utilisé pour la MRN ?
- § Comment mieux coordonner les programmes de MRN et de santé pour atteindre les objectifs communs ?
 - Cela serait applicable à d'autres secteurs tels que l'éducation.



MRN pour la santé

Étude de cas



Étude de cas : réformes de la GFP dans le secteur de la santé en Indonésie

- § Le secteur de la santé en Indonésie s'est engagé dans deux importantes réformes de la GFP de 2013 à 2017.
 - Implémentation de PBB et MTEF
 - Préparation à la couverture universelle des soins de santé (Jaminan Semesta)
- § La Banque mondiale et AusAID ont été les principaux partisans des réformes.
- § Une série de lois ont été adoptées en 2003 pour déployer le PBB et le MTEF à travers les pouvoirs publics indiens, mais très peu de progrès ont été accomplis jusqu'en 2013.
- § La transition vers la couverture universelle des soins de santé s'étalera sur une période de cinq ans et garantira que tous les Indonésiens (237,6 millions selon le recensement indonésien de 2010) sont éligibles à la couverture d'ici 2019.

Les défis de la mise en œuvre de Jaminan Semesta

- § Les comparaisons régionales entre les niveaux de dépenses de santé montrent que les niveaux de dépenses de l'Indonésie sont inférieurs à ceux de ses voisins régionaux avec environ 1,2% du PIB et seulement 2,5% des dépenses publiques totales consacrées aux services de santé.
- § L'Indonésie compte environ 70 000 médecins (50 000 médecins et 20 000 spécialistes) et le ratio médecin/patient devrait être de 1: 2 500. Soutenir ce ratio internationalement accepté signifierait que l'Indonésie devrait avoir au moins 90 000 médecins.
- § La prestation de soins de santé à tous les Indonésiens est encore compliquée par le fait que 64 % de tous les médecins en Indonésie sont concentrés à Java.

Les défis de la mise en œuvre du MTEF et du BBP

- § Manque de volonté/de pouvoir politique aux plus hauts niveaux du gouvernement pour mettre en œuvre d'importantes réformes de la GFP.
- § La Renstra du Ministère de la Santé (plan de développement quinquennal) avait historiquement des objectifs de KPI qui étaient :
 - Répétitifs et axés sur les extrants administratifs (ou cocher la case) plutôt que sur les extrants qui mesurent la qualité ou la quantité des services de santé ;
 - Pas SMART;
 - Plus concernés par les intrants;
 - Pas calculés avec précision; et
 - Non alignés avec un MTEF.
- § Les rôles et responsabilités ne sont pas clairs entre le ministère des Finances et Bappenas (ministère de la Planification).
- § Faiblesse du contrôle de la qualité des MTEF (estimations prévisionnelles) et formulation du KPI, des coûts, du suivi et de l'évaluation.

Pourquoi MTEF ?

RÉPONSE : Si les ministères planifient sur cinq ans, pourquoi ne pensent-ils pas aux besoins en ressources à moyen terme ?

- § Le MTEF est devenu une stratégie commune de nombreux gouvernements dans le monde pour mieux lier les ressources aux résultats.
- § L'allongement du délai du budget d'une année à trois ou quatre ans a souvent pour effet de rendre les gouvernements plus axés sur les résultats.
- § Le MTEF aligne la planification et la budgétisation en s'assurant que les engagements financiers pour atteindre les priorités en matière de politiques et de dépenses favorisent une meilleure budgétisation.

Réorienter le budget pour rendre la politique plus importante

Approche traditionnelle du budget de conformité	Approche budgétaire plus stratégique
Les budgets sont préparés chaque année avec un risque de dépenser dans la précipitation en fin d'année et aucune provision pour les engagements futurs.	Les budgets sont préparés à l'intérieur d'un MTEF avec des provisions pour le report des engagements.
Les budgets sont préparés progressivement, généralement en mettant l'accent sur les demandes ascendantes des ministères.	Les budgets sont préparés en fonction d'une orientation stratégique, ce qui permet de répondre de haut en bas aux exigences ascendantes du MDA.
Les budgets sont basés sur les postes de dépenses de sorte que le contrôle se concentre sur les intrants plutôt que sur les extrants et les résultats.	Les budgets sont déterminés par les priorités politiques, et les programmes visant à répondre à ces priorités contrôlent les produits et les résultats des politiques.
La documentation et les rapports budgétaires existent à des fins de conformité par institution ou organisme et les coûts approuvés accordent peu d'importance à la politique.	La documentation et les rapports sur le budget ne visent pas seulement à assurer la conformité, mais aussi à évaluer l'efficacité et l'efficacités de la réalisation des objectifs stratégiques.

BBP ou gérer pour les résultats

§ Le ministre indonésien de la Santé a décidé que la mise en œuvre du BBP était importante car elle mesure le budget et la performance opérationnelle du secteur de la santé en Indonésie.

§ Les quatre composantes de PBB en Indonésie comprennent :

1. L'exécution de la politique liée à l'établissement des coûts du programme ;
2. Calculer avec précision les programmes, sous-programmes et activités;
3. Mesure du rendement; et
4. Responsabilité de laisser les gestionnaires gérer.

Quelques résultats de la mise en œuvre du PBB et du MTEF au Ministère de la Santé

- § De nombreux indicateurs administratifs ou bureaucratiques ont été convertis en indicateurs décrivant les résultats d'activités telles que la recherche et le développement.
- § Le nombre d'indicateurs cibles pour le Renstra de 2014 à 2019 a été réduit à 121 (de 286 pour le Renstra de 2010 à 2014).
- § La qualité des estimations prospectives du MTEF s'est améliorée de 87 % entre l'exercice 2015 et l'exercice 2016.
- § Les 121 cibles d'indicateurs pour le Renstra de 2014 à 2019 ont été calculées avec précision.
- § Les réformes du ministère de la Santé ont servi de pilote aux réformes de PBB et MTEF dans d'autres ministères.

Questions de discussion

1. Quels ont été les défis auxquels les autres gouvernements ont dû faire face en essayant d'aligner la planification et la budgétisation ?
2. Quels sont les éléments importants des systèmes de gestion des finances publiques pour soutenir le PBB et le MTEF ?



Recouvrement des recettes pour les soins de santé



Recouvrement des recettes pour les soins de santé

Comment sont collectées les recettes pour les soins de santé ?

- § Source dédiée de fonds pour les services de santé
 - Cotisations sociales
 - Retenues de salaire
- § Utilisation des fonds budgétaires généraux
 - Impôts pour le budget général
 - Recettes non fiscales (lorsque c'est un contributeur important au budget)
 - Auto-évaluation et conformité volontaire
 - Collecte d'impôts et application
- § Une combinaison de fonds budgétaires dédiés et généraux

Deux principaux modèles de financement des soins de santé du gouvernement :

1. Le modèle de Beveridge
2. Le modèle de Bismarck

Sans oublier les frais qui ne sont pas inclus

Collecte unifiée de la réforme des cotisations sociales

Objectif : réduire les coûts administratifs et de conformité et augmenter la collecte des cotisations sociales

- § Une réforme menée dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale.
- § Selon le modèle de Bismarck, les caisses d'assurance-maladie, de retraite et d'assurance-chômage perçoivent conjointement les retenues salariales auprès des employeurs et des employés.
- § La réforme met l'accent sur les principaux éléments suivants :
 - 1) Unifier l'enregistrement pour les employeurs et les employés à un seul endroit : l'autorité fiscale.
 - 2) Traitement des rapports de contribution sociale à un seul endroit : l'autorité fiscale.
 - 3) Échange de données avec les fonds sociaux pour la fourniture d'avantages sociaux.
 - 4) Déplacement de la collecte des trois types d'assurance sociale à l'autorité fiscale.
 - 5) Donner à l'administration fiscale les moyens d'utiliser les techniques de recouvrement les plus rigoureuses pour les cotisations sociales.

Expérience de :

L'Arménie
La Bosnie-
Herzégovine
La Macédoine

Leçons tirées de la réforme

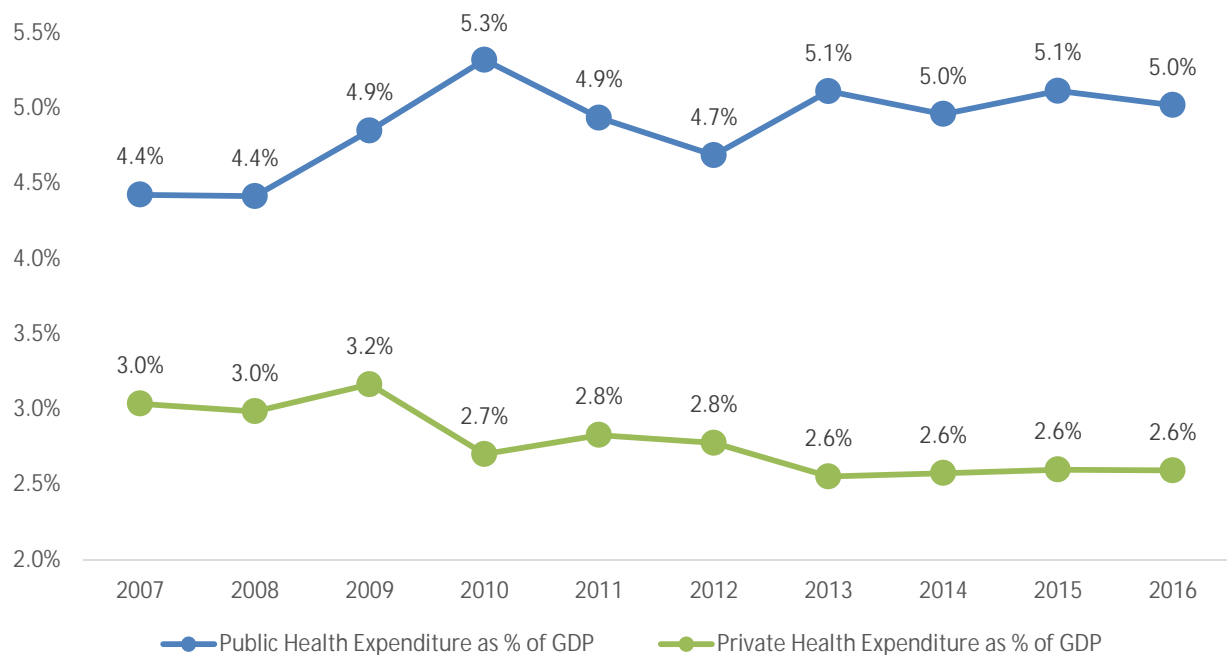
La réforme a été couronnée de succès dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale (anciennement communistes) avec des leçons apprises similaires :

- § Les coûts de conformité des employeurs ont été considérablement réduits comme prévu.
- § Les recouvrements ont augmenté, ce qui a permis de réduire les taux de cotisation, car les employeurs dans le passé avaient tendance à ne verser des cotisations que lorsque les employés avaient besoin de prestations.
- § Même avec des gains d'efficacité, la volonté politique de réduire les effectifs du gouvernement était très limitée.
- § L'application des recouvrements de cotisations sociales continue d'être plus faible qu'elle ne devrait l'être.
- § Le recours aux procédures de recouvrement forcé a été limité, même si les autorités fiscales disposent des outils d'exécution les plus puissants.
- § Même avec une amélioration de la collecte des cotisations sociales, les fonds budgétaires généraux ont souvent été utilisés pour compléter les dépenses de santé.

Défis pour les pays en développement

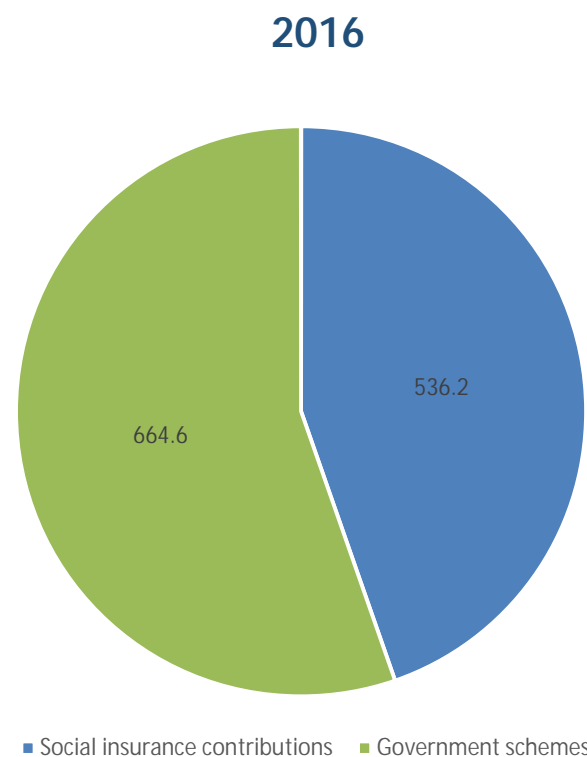
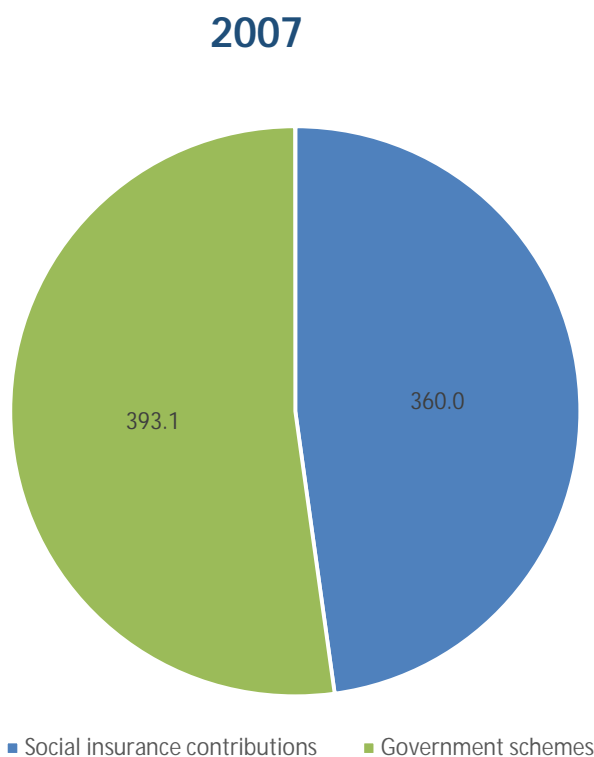
- § Les gouvernements des pays en développement n'ont souvent pas les revenus nécessaires pour améliorer sensiblement les soins de santé.
- § Les épidémies et les maladies chroniques, telles que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, consomment d'importantes ressources sanitaires.
- § Un grand nombre des pays les plus pauvres dépendent du financement des donateurs pour soutenir les soins de santé, en particulier les pays frappés par le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.
- § Une grande partie de la population travaille en dehors de l'économie formelle, ce qui réduit l'opportunité de collecter des revenus basés sur l'emploi.
- § Les taxes qui financent le budget général, en particulier la TVA et la taxe d'accise, ont tendance à être régressives.
- § Augmenter la collecte des recettes et donc augmenter les dépenses de santé a un impact marginal.
- § L'impact économique de la mauvaise santé aggrave le problème.

Expérience au Salvador : Dépenses publiques et privées de santé en % du PIB, 2007-2016



Source : Données du MINSAL et de la Banque centrale de réserve d'El Salvador

Recouvrement des contributions sociales par rapport aux dépenses budgétaires générales



Source : Données du MINSAL

Questions de discussion

1. L'assurance sociale devrait-elle financer les soins de santé universels dans les pays en développement ?
2. Qu'est-ce qui est nécessaire pour soutenir les augmentations substantielles des dépenses de santé dans les pays en développement ?

