2 Plus d'argent pour la santé

22 Messages clés
23 Augmenter les ressources pour la santé
24 Mais que coûte une couverture universelle ?
26 Assurer une juste répartition de l'ensemble des dépenses publiques pour la santé
28 Diversifier les sources des revenus nationaux
30 Explorer les sources de financement national de la santé
34 L'aide financière extérieure
36 Les effets de la récession économique sur l'aide au développement
38 Conclusions

Messages clés

- Aucun pays n'a encore été capable de garantir l'accès immédiat à tous pour tous les services qui peuvent préserver ou améliorer la santé. Tous font face à des contraintes de ressources d'un type ou d'un autre, bien que celles-ci soient très critiques dans les pays à faible revenu.
- Chaque pays pourrait lever des fonds nationaux supplémentaires pour la santé ou diversifier ses propres sources de fonds s'il le souhaitait.
- Les options proposées sont que les gouvernements attribuent une plus haute priorité à la santé dans leurs allocations budgétaires, lèvent des impôts ou des cotisations d'assurance et collectent des fonds supplémentaires grâce à plusieurs types de financements innovants.
- Les taxes sur les produits néfastes, comme le tabac et l'alcool, sont l'une de ces options. Elles réduisent la consommation, améliorent la santé et augmentent les ressources que les gouvernements peuvent alors dépenser pour la santé.
- Même avec ces innovations, l'augmentation des flux des donateurs sera nécessaire pour la plupart des pays les plus pauvres et ce, pour une durée considérable. Les pays donateurs peuvent aussi lever davantage de fonds qu'ils achemineront ensuite vers les pays pauvres de façon innovante, mais il conviendrait qu'ils fassent aussi davantage pour assumer leurs engagements internationaux déclarés vis-à-vis de l'aide officielle au développement (AOD) et pour fournir des flux d'aide plus prévisibles et à long terme.

2

Plus d'argent pour la santé

Augmenter les ressources pour la santé

En 2009, l'Institut national britannique pour la santé et l'excellence clinique (*National Institute for Health and Clinical Excellence* – NICE) annonçait que le Service de santé national n'était pas en mesure d'offrir certains médicaments coûteux dans le cadre du traitement du cancer rénal car ils n'étaient pas rentables (*1*). Ces refus ont provoqué une vague de protestations (*2*), mais l'institut les a défendus comme faisant partie de décisions difficiles, mais néanmoins nécessaires, pour rationner les ressources et établir des priorités (*3*). Le fait est que les nouveaux médicaments, diagnostics et technologies thérapeutiques deviennent disponibles beaucoup plus rapidement que les nouvelles ressources financières.

Tous les pays, riches et pauvres, s'efforcent de lever les fonds nécessaires au paiement des services de santé dont leur population a besoin ou demande (ce qui est parfois une autre question). Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'est capable de fournir à sa population globale toutes les technologies ou interventions qui peuvent améliorer sa santé ou prolonger sa vie. Mais bien que les systèmes de santé des pays riches puissent faire face à des limitations de budget - souvent exacerbées par les pressions doubles d'une population vieillissante et d'une main-d'œuvre s'amenuisant - les dépenses de santé restent relativement élevées. Les États-Unis d'Amérique et la Norvège dépensent plus de 7 000 dollars par personne et par an ; la Suisse plus de 6 000 dollars. Les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en tant que groupe dépensent en moyenne environ 3600 dollars. À l'autre extrémité de l'échelle des revenus, certains pays luttent pour arriver à assurer l'accès aux services même les plus élémentaires : 31 des États membre de l'OMS dépensent moins de 35 dollars par personne et par an et 4 d'entre eux dépensent moins de 10 dollars et ce, même lorsque les contributions des partenaires extérieurs sont incluses (*4*).

Toutefois, dans tous les pays, il existe des perspectives pour répartir la protection contre le risque financier et pour proposer l'accès aux services de santé d'une manière plus équitable. Avec un revenu national d'environ 400 dollars par personne, le Rwanda offre un ensemble de services de base à ses citoyens par des systèmes d'assurance maladie avec une dépense de 37 dollars par personne seulement (*4*). Alors que le Rwanda bénéficie du soutien financier de la communauté des donateurs internationaux, le gouvernement engage 19,5% de ses dépenses annuelles totales pour la santé (*4*). Bien que 182 États membres de l'OMS jouissent d'un produit intérieur brut (PIB) par personne comparable ou supérieur (dans certains cas très supérieur) à celui du Rwanda, beaucoup sont encore très loin d'une couverture universelle de santé (*4*). Cela doit changer. À quelques rares exceptions près, les pays n'ont aucune

raison de différer l'amélioration de l'accès aux services de santé de qualité, tout en augmentant la protection contre le risque financier. Il en coûtera et les gouvernements doivent commencer à réfléchir au montant et à l'origine de l'argent nécessaire pour y parvenir.

Mais que coûte une couverture universelle ?

La couverture universelle n'est pas la même pour tous. De même une couverture pour tous ne signifie pas nécessairement que tout est couvert. Comme décrit au Chapitre 1, progresser vers la couverture universelle signifie agencer au mieux le développement ou le maintien de la couverture au niveau de trois dimensions essentielles : qui est couvert par les fonds mis en commun, quels sont les services couverts et quelle proportion des coûts est couverte. Dans cette structure générale, les responsables politiques doivent décider de la façon de lever les fonds et de les gérer.

La Thaïlande offre des médicaments sur ordonnance, des soins ambulatoires, l'hospitalisation, les soins préventifs et la promotion de la santé gratuitement aux patients, ainsi que des services médicaux plus chers, comme la radiothérapie et la chimiothérapie pour le traitement du cancer, les opérations chirurgicales et les soins essentiels dans le cas d'accidents et d'urgences. Elle y parvient pour seulement 136 dollars par personne – soit moins que la dépense de santé moyenne des pays à revenus faible et moyen, qui s'élève à 153 dollars. (*4*). Mais la Thaïlande ne couvre pas tout. Par exemple, jusqu'à récemment, elle fixait la limite sous la thérapie de remplacement rénal pour maladie rénale terminale (Encadré 2.1). Les autres pays fixeront la limite ailleurs.

Pour savoir dans quelle mesure vous pouvez étendre la couverture dans chacune des trois dimensions, vous devez avoir une idée des coûts des services. En 2001 la Commission sur la macro-économie et la santé a estimé que les services de base pouvaient être mis à disposition pour environ 34 dollars par personne (*6*), soit un montant proche de ce que le Rwanda dépense actuellement. Cependant, les calculs n'incluaient pas le coût total des antirétroviraux ou du traitement des maladies non transmissibles ; ils ne prenaient pas non plus complètement en compte les investissements éventuellement nécessaires pour renforcer le système de santé afin que la couverture puisse être étendue aux régions isolées.

Une évaluation plus récente des coûts de la prestation de services de santé essentiels, faite par l'OMS pour la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé, suggère que les 49 pays à faible revenu examinés devraient dépenser un peu moins de 44 dollars par personne en moyenne (non pondérée) en 2009, pour atteindre un peu plus de 60 dollars par personne en 2015 (*7*). Cette évaluation tient compte de la dépense du développement des systèmes de santé afin qu'ils puissent fournir toute la combinaison d'interventions spécifiée. Elle comprend les interventions qui ciblent des maladies non transmissibles et des conditions qui sont au centre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé. Cependant, ces chiffres sont une simple moyenne (non pondérée) de 49 pays à deux moment dans le temps. Les besoins réels varieront selon les pays : 5 des pays de cette étude devront dépenser plus de 80 dollars par personne en 2015, alors que 6 autres devront dépenser moins de 40 dollars[a].

Cela ne veut pas dire que les 31 pays qui dépensent moins que 35 dollars par personne en matière de santé doivent abandonner leurs efforts de collecte de ressources et se rapprocher d'une couverture universelle de santé. Mais ils devront adapter leur expansion à la mesure de leurs ressources. Cela signifie aussi que bien qu'ils soient capables de lever des fonds supplémentaires au niveau national - comme nous le montrerons dans les deux prochaines sections - ils auront encore besoin d'une aide extérieure dans un futur proche. Même avec des niveaux de croissance économique relativement élevés et avec des budgets publics qui donnent la priorité à la santé, seuls 8 des 49 pays ont une chance de financer les services à la hauteur nécessaire à partir de ressources nationales en 2015 (*7*).

De nombreux pays riches devront aussi lever des fonds supplémentaires pour répondre à la demande de santé en évolution constante, dépendant en partie des populations vieillissantes et des nouveaux médicaments, procédures et technologies développés. Un aspect clé de cette question complexe est la population active qui diminue dans certains pays. Les contributions issues des impôts sur le revenu qui s'amenuisent ou les déductions d'assurance maladie indexées sur le salaire (charges salariales) inciteront les responsables politiques à envisager d'autres sources de financement.

D'une façon générale, il existe trois façons de lever des fonds supplémentaires ou de diversifier les sources de financement : la première est de faire de la santé une priorité majeure des dépenses actuelles, notamment dans le budget d'un gouvernement ; la deuxième est de trouver des sources nouvelles ou diversifiées de financement national ; et la troisième est d'augmenter l'apport financier extérieur. Nous allons examiner ces options une à une, les deux premières étant importantes pour les pays, riches ou pauvres, à toutes les étapes de leur développement. Le chapitre conclut en considérant l'aide au développement pour la santé pour les pays à revenus faible et moyen.

Encadré 2.1. La Thaïlande redéfinit les limites de la couverture des soins de santé

Lorsqu'en 2002 la Thaïlande a introduit son régime de couverture universelle qui était alors appelé «Régime 30 bahts», elle a offert des soins médicaux complets qui incluaient non seulement l'essentiel, mais aussi des services, comme la radiothérapie, la chirurgie et les soins critiques liés aux accidents et aux urgences. Cependant, ce régime ne couvrait pas la thérapie par remplacement rénal. «On avait peur que la [thérapie de remplacement rénal] puisse miner le système car des risques de santé majeurs provoquant des maladies rénales, telles que le diabète et l'hypertension, n'étaient pas encore bien contrôlés», explique le Dr Prateep Dhanakijcharoen, secrétaire général adjoint du Bureau national de la sécurité sanitaire qui gère le régime. La thérapie de remplacement rénale est chère et l'hémodialyse coûte environ 400 000 bahts (12 000 dollars) par patient et par an en Thaïlande, soit quatre fois plus que le seuil annuel de 100 000 bahts par année de vie ajustée à la qualité, décidée par la sous-commission des avantages sociaux du Bureau de la sécurité pour les médicaments et les traitements du régime.

Cela dit, le Dr Dhanakijcharoen pense que le régime aurait dû couvrir les maladies rénales dès le début. Cette vue est partagée par le Dr Viroj Tangcharoensathien, directeur du programme international des politiques sanitaires au du ministère de la Santé publique. Pour le Dr Tangcharoensathien, ce n'était qu'une simple question d'équité: «Il y a trois régimes de soins de santé en Thaïlande», dit-il. «Mais le régime n'a pas inclus la thérapie par remplacement rénal. En attendant, la moitié des personnes du régime sont dans le quintile le plus pauvre de l'économie thaïlandaise». Son sentiment d'injustice est partagé par d'autres personnes, comme Subil Noksakul, un patient de 60 ans qui a dépensé les économies de sa vie pour une thérapie de remplacement rénale pendant 19 ans. «J'ai réussi à économiser sept millions de bahts», dit-il, «mais aujourd'hui mes économies se sont toutes envolées». En 2006, Subil Noksakul a fondé le Club thaïlandais du rein, qui a sensibilisé les patients rénaux à leurs droits et a fait pression sur le Bureau national de la sécurité sanitaire pour fournir le traitement. Finalement, en octobre 2008, le ministre de la Santé publique d'alors, Mongkol Na Songkhla, a ajouté la thérapie de remplacement rénal dans le régime.

Source : Extrait de (*5*).

Assurer une juste répartition de l'ensemble des dépenses publiques pour la santé

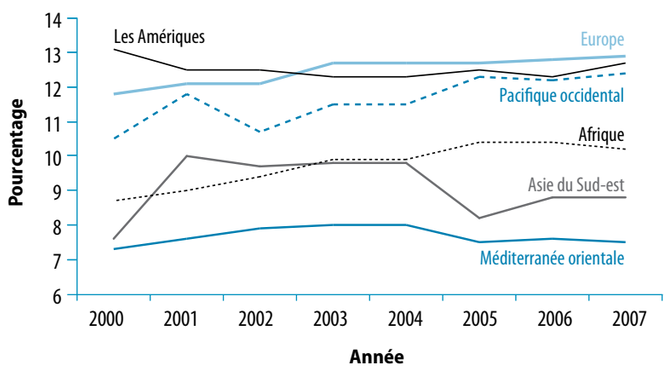
Même dans les pays où l'assistance extérieure est importante, sa contribution est généralement bien moindre que l'argent pour la santé recueilli au niveau national. Dans les pays à faible revenu, par exemple, la moyenne (non pondérée) des contributions provenant des sources externes en 2007 s'élevait à moins de 25% des dépenses totales de santé, le reste provenant des sources nationales (*4*). Il est donc essentiel de soutenir et, le cas échéant, d'augmenter les ressources nationales en matière de santé, même dans les pays les plus pauvres (*8*). Cela est tout aussi important dans des conditions de revenu plus élevé.

Les gouvernements financent les améliorations de la santé à la fois directement par des investissements dans le secteur de la santé et indirectement par des dépenses pour des déterminants sociaux - en réduisant la pauvreté ou en améliorant le niveau d'éducation des femmes, par exemple. Bien qu'elle ne rende que le composant direct, la proportion des dépenses totales attribuées au secteur de la santé permet une vision importante de la valeur que les gouvernements attribuent à la santé, ce qui varie fortement entre les pays. La Figure 2.1 montre la part moyenne des dépenses publiques en matière de santé par région OMS pour la période 2000 à 2007, la dernière année pour laquelle des chiffres sont disponibles. Ces chiffres tiennent compte des contributions des partenaires extérieurs, acheminées par le biais de budgets nationaux dans le numérateur et le dénominateur car peu de pays les indiquent séparément.

Les gouvernements des régions d'Amérique, d'Europe et du Pacifique occidental allouent, en moyenne, davantage pour la santé que les autres régions. Les pays africains dans leur ensemble augmentent leur engagement en matière de santé, à l'image des pays des régions européennes et du Pacifique occidental. En Asie du Sud-est, la priorité relative donnée à la santé a chuté en 2004–2005, mais elle augmente de nouveau, alors que les gouvernements de la région de la Méditerranée orientale de l'OMS ont réduit la part attribuée à la santé depuis 2003.

Certaines variations entre les régions peuvent être expliquées par des différences de richesse des pays. Généralement, la santé représente une proportion plus élevée des dépenses publiques totales lorsque le pays s'enrichit. Le Chili en est un bon exemple, puisqu'il a augmenté la part de ses dépenses publiques en matière de santé de 11% en 1996 à 16% une décennie plus tard, pendant une période de forte croissance économique (*9*).

Figure 2.1. **Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques totales par région OMS, 2000-2007[a]**



[a] Il s'agit de moyennes pondérées. Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé par tous les ministères du gouvernement et à tous les niveaux du gouvernement. Elles comprennent aussi les dépenses provenant des cotisations sociales obligatoires d'assurance maladie.
Source: (*4*).

Mais la richesse relative d'un pays n'est pas le seul facteur en jeu. Les variations substantielles des pays à niveau de revenu semblable indiquent des niveaux différents d'engagement des gouvernements dans le secteur de la santé. Cela peut être illustré de plusieurs façons, mais nous citerons ici le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui a des pays de tous niveaux de revenu. Dans la Figure 2.2, l'axe vertical montre la proportion des dépenses publiques totales de santé, et les barres de l'axe horizontal représentent les pays de cette région, du niveau de PIB le plus faible au plus élevé par habitant.

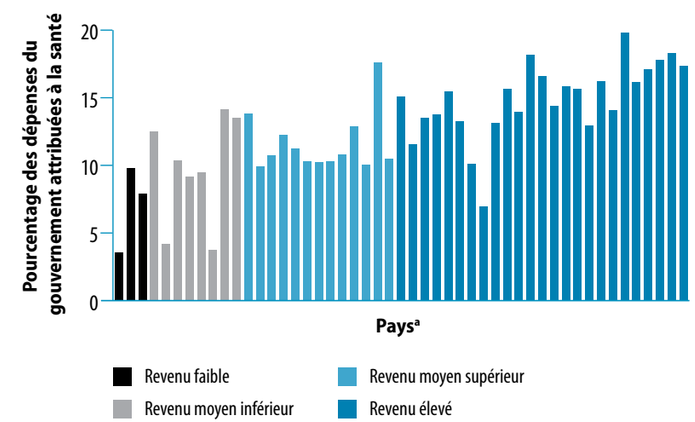
Les distributions budgétaires en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS varient de 4% des dépenses publiques totales à presque 20%. Il est important de noter que, bien que la priorité donnée à la santé dans les budgets nationaux totaux augmente généralement avec le revenu national, certains gouvernements choisissent de distribuer une proportion élevée de leur dépenses totales de santé en dépit d'un niveau de revenu national relativement faible, et d'autres relativement plus riches attribuent des proportions moindres à la santé.

Ce modèle peut aussi être vu globalement. Bien que les engagements des gouvernements en matière de santé aient tendance à augmenter avec le niveau de revenu national, certain pays à faible revenu attribuent des proportions plus élevées de dépenses publiques totales à la santé que leurs contreparties à revenu élevé. Ainsi, 22 pays à faible revenu dans le monde ont attribué plus de 10% à la santé en 2007 alors qu'en revanche, 11 pays à revenu élevé ont attribué moins de 10%.

Alors que la région Afrique n'affiche pas le résultat le plus faible dans la Figure 2.1, le niveau d'investissement national relativement faible en matière de santé dans certains de ses pays provoque des inquiétudes parce que c'est en Afrique subsaharienne que les progrès les plus lents vers les OMD ont été réalisés (*10*, *11*). En 2007, seuls 3 pays africains – le Libéria, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie - avaient donné suite à la Déclaration d'Abuja de 2001 au cours de laquelle les chefs d'État africains promettaient de «viser à attribuer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé» (*12*). Il est décevant de constater qu'en 2007, 19 pays africains ont attribué une proportion de leur budget national total à la santé inférieure à ce qu'elle était avant la Déclaration d'Abuja (*4*).

Les gouvernements ont, par conséquent, l'option de réexaminer

Figure 2.2. **Part des dépenses publiques totales attribuées à la santé dans la Région européenne de l'OMS, 2007**



[a] Selon le PIB/habitant.
Source: (*4*).

les priorités de leur budget en gardant la santé à l'esprit. Bien que les besoins en fonds varient avec les différences de coûts, de structures d'âge et de modèles de maladie, un grand nombre de gouvernements des pays riches et pauvres pourraient distribuer davantage de ressources disponibles à la santé. Les avantages pourraient être majeurs. Considérés dans leur ensemble, les pays à faible revenu pourraient lever (au moins) 15 milliards de dollars supplémentaires par an pour la santé à partir de sources nationales en augmentant à 15% la part de la santé dans les dépenses publiques totales (net des entrées d'aide extérieure). Pour ces mêmes pays, l'augmentation du financement pour la période 2009–2015 serait d'environ 87 milliards de dollars (*7*).

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les pays ne donnent pas de priorité budgétaire à la santé, certaines sont fiscales, d'autres politiques, d'autres encore liées à la perception des ministères des Finances que les ministères de la Santé ne sont pas performants. De plus, la priorité budgétaire que les gouvernements donnent à la santé reflète à quel point les dirigeants sont préoccupés, ou poussés à être préoccupés, par la santé de leur peuple. S'occuper de la couverture universelle de santé veut aussi dire s'occuper des pauvres et des marginalisés, des personnes qui sont souvent privées de leurs droits politiques et manquent de représentation.

Voilà pourquoi il est si important de faire de la santé une question politique essentielle et pourquoi la société civile, rejointe par d'éminents champions de la couverture universelle, peut contribuer à persuader les hommes politiques de faire passer en priorité le financement de la santé pour une couverture universelle dans l'ordre du jour politique (*13*). Améliorer l'efficience et la responsabilité peut aussi convaincre les ministères des Finances, et de plus en plus les donateurs, que plus de fonds seront bien utilisés (nous y reviendrons au Chapitre 4).

Apprendre la langue des économistes et le type d'arguments qui les convainquent du besoin en fonds supplémentaires peut aussi aider les ministères de la Santé à négocier avec les ministères des Finances. Cela les aide aussi à comprendre les complexités liées aux changements dans la façon dont la santé est financée et de profiter ensuite des occasions qui en découlent. Par exemple, il est important que les ministères de la santé suivent de près les négociations relatifs à l'allègement de la dette et au soutien budgétaire général entre les agences externes ou les donateurs et le ministère des finances (*14–16*). Ils doivent non seulement comprendre ces processus, mais ils doivent aussi être capables de mieux discuter et de mieux négocier avec le ministre des finances pour un partage des fonds disponibles.

Diversifier les sources des revenus nationaux

Il existe deux façons principales d'augmenter les fonds nationaux pour la santé : l'une consiste à attribuer davantage de ressources financières existantes à la santé, comme on l'a vu dans la section précédente ; et l'autre est de trouver de nouvelles méthodes de collecte des fonds ou de diversifier les sources.

Percevoir plus efficacement des impôts et des cotisations d'assurance permettrait d'obtenir des fonds supplémentaires. L'amélioration du recouvrement de l'impôt peut être envisagée par tous les pays, bien que cela puisse être problématique pour de nombreux pays à revenu inférieur, dotés de vastes secteurs informels (*17*). Cependant, cela ne veut pas dire que ce n'est pas réalisable. Bien que la tâche soit complexe et souvent intimidante, les améliorations dans la perception des impôts ont eu lieu dans plusieurs situations, y compris dans les pays à vaste secteur privé, comme l'Indonésie (Encadré 2.2).

Le type de réformes entreprises par l'Indonésie nécessite des investissements et un niveau de technologie et d'infrastructure inatteignables par certains pays. Il nécessite aussi une amélioration de la perception des impôts des sociétés, et pas seulement des particuliers. Cela peut être encore problématique dans les pays à faible revenu, qui possèdent des industries d'extraction. Le manque de conformité par quelques grands contribuables potentiels est à lui seul capable de conduire à une perte considérable de revenu.

La mondialisation croissante et le placement d'actifs offshore (souvent dans des paradis fiscaux) augmentent le potentiel de perte des recettes publiques, soit par des échappatoires légales involontaires ou par l'utilisation illégale de comptes cachés par des individus. Tous les pays de l'OCDE acceptent désormais l'Article 26 du Modèle de convention fiscale de l'OCDE, relatif aux échanges de renseignements en matière fiscale, et plus de 360 accords d'échange d'informations fiscales ont été signés (*19*). Il est à espérer que les multinationales et les institutions financières qui les utilisent seront plus transparentes dans leurs relations à venir, et que les pays qui les hébergent obtiendront une juste part des recettes fiscales, dont une partie ira avec un peu de chance financer la santé.

Mais la conformité fiscale peut aussi être stimulée lorsque les citoyens pensent faire une bonne affaire avec les gouvernements. Une étude de 2009 a conclu que si la menace de détection et de sanction était un facteur clé de la conformité, les perceptions de la qualité du gouvernement étaient aussi importantes (*20*). La conformité fiscale était notamment plus élevée au Botswana, où les services publics étaient perçus comme bons, et moindre dans certains pays voisins, où la qualité des services publics était perçue comme inférieure.

À court terme, les pays à faible revenu et à grandes économies privées auront tendance à se concentrer sur les impôts relativement faciles à collecter, comme ceux provenant des employés du secteur structuré et des entreprises, des droits de douane à l'importation ou à

Encadré 2.2. L'Indonésie augmente ses recettes fiscales en encourageant la conformité

Même avant la crise asiatique de 1997–1998, la perception de l'impôt non pétrolier en Indonésie était sur le déclin, atteignant seulement 9,6% du PIB en 2000. Le régime de politique fiscale était compliqué et l'administration fiscale affaiblie. Fin 2001, le Directorat général de la taxation (DGT) a décidé de simplifier le système fiscal et son administration. L'objectif était d'encourager la conformité volontaire, par lequel les contribuables s'évaluent eux-mêmes, puis paient leurs impôts sur le revenu déclaré. La conformité volontaire comprend généralement 90% des recettes publiques totales pour un pays et représente une ligne de moindre résistance pour les gouvernements qui cherchent à optimiser leurs rendements fiscaux. En revanche, l'imposition forcée a tendance à être difficile, exigeant beaucoup de main-d'œuvre et de capital, et elle produit relativement peu de revenus.

Le DGT a rédigé des lois et règlements fiscaux qui étaient clairs, accessibles et appliqués logiquement, et il a adopté une politique de tolérance zéro envers la corruption. Le DGT a également introduit des procédures permettant de résoudre les litiges de manière rapide, impartiale et à peu de frais, et il a encouragé la transparence en permettant la soumission à un examen public minutieux de toutes les mesures prises par l'administration fiscale. La performance et l'efficience ont été partiellement améliorées en numérisant un processus faisant auparavant usage de papier. Des résultats positifs s'en sont suivis, avec un rendement fiscal accru de 9,9 à 11% du PIB non pétrolier quatre ans après sa mise en place. Les recettes fiscales supplémentaires ont permis d'augmenter les dépenses publiques totales, les dépenses de santé augmentant plus rapidement que les autres.

Source: (*18*).

l'exportation de plusieurs types et de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (*21*). Par exemple, le Ghana obtient 70 à 75% de ses besoins de financement pour son régime national d'assurance maladie par sa fiscalité, et en particulier par un prélèvement d'assurance maladie national de 2,5% sur la TVA qui s'élève à 12,5%. Le reste des fonds provient d'autres fonds publics et de partenaires de développement, alors que les cotisations, la source de revenu traditionnelle d'une assurance, ne représentent que 3% du revenu total. Le régime national d'assurance maladie fondé sur la TVA a pu supporter une augmentation des dépenses de santé totales par des fonds mis en commun, générés au niveau national. En même temps, il a diminué la dépendance du système des paiements directs comme source de financement (*22*).

En 2003, le Chili, un pays à revenu intermédiaire-supérieur, a aussi introduit une augmentation de 1% de la TVA pour financer la santé. Même les pays plus riches sont forcés à diversifier leurs sources de financement, loin des formes traditionnelles d'impôts sur le revenu et des déductions d'assurance basées sur les salaires. Une population vieillissante se traduit par une proportion plus faible de personnes actives et les contributions indexées sur le salaire ne couvrent plus les dépenses totales des soins médicaux. À titre d'exemple, l'Allemagne a récemment commencé à injecter de l'argent provenant de l'impôt général sur le revenu dans le système social d'assurance maladie au moyen d'un nouveau fonds central appelé *Gesundheitsfond*. Le régime national d'assurance maladie français a été financé pendant 30 ans en partie par la *Contribution sociale généralisée,* qui inclut les impôts perçus sur les biens immobiliers et les plus-values en plus de formes plus traditionnelles de revenu, telles que l'impôt sur le revenu (*23*).

Explorer les sources de financement national de la santé

La communauté internationale a pris plusieurs mesures importantes depuis l'an 2000 pour lever des fonds supplémentaires afin d'améliorer la santé dans les pays pauvres. Ils sont brièvement exposés ici car ils suggèrent des idées aux pays pour qu'eux aussi lèvent des fonds nationaux.

L'une des premières mesures a été la taxe sur les billets d'avion, utilisée pour financer Unitaid, un organisme international d'achat de médicaments pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (*24*, *25*). Cette mesure a fourni presque 1 milliard de dollars jusqu'à présent et, combinée avec l'assistance plus traditionnelle au développement, elle a permis à Unitaid de financer des projets dans 93 pays, totalisant 1,3 milliard de dollars depuis 2006 (*26*). Le pouvoir d'achat d'Unitaid s'est en même temps traduit par une chute significative des prix de certains produits, augmentant les quantités disponibles afin d'améliorer la santé. Plus récemment, la Fondation du Millénaire pour les financements innovants dans le secteur de la santé a lancé un impôt volontaire de solidarité appelé MassiveGood, par lequel des individus peuvent apporter leurs contributions volontaires au fonds d'Unitaid lorsqu'ils achètent des produits de voyage et de tourisme (*27*, *28*).

On estime que la vente d'obligations garanties par des pays donateurs et émises sur les marchés financiers internationaux a permis de collecter plus 2 milliards de dollars depuis 2006 (*29*). Ces fonds sont acheminés vers la Facilité international de financement pour la vaccination (*International Finance Facility for Immunisation* – IFFIm), liée à GAVI Alliance. Les gouvernements de huit pays ont promis les fonds nécessaires pour racheter ces obligations lorsqu'elles seront arrivées à terme. Toutefois, la traduction de ce mécanisme en ressources supplémentaires collectées pour la santé mondiale dépend essentiellement de savoir si ces rachats seront considérés comme faisant partie des futurs paiements d'aide projetés ou s'ils s'y ajouteront. Cependant, ils permettent au moins de débourser l'aide immédiatement, sans délai.

Plus récemment, la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé a examiné un éventail plus large d'options pour compléter les fonds bilatéraux traditionnels d'aide (*30*). La Taskforce a conclu qu'un impôt sur le change de devises pouvait collecter la plus grande quantité d'argent au niveau mondial : une somme annuelle dépassant 33 milliards de dollars, mais plusieurs options supplémentaires sont également recommandées (*30*, *31*).

Ces développements ont contribué à identifier de nouvelles sources de fonds et ont étayé l'élan de solidarité internationale pour le financement de la santé. Cependant, les débats sur les innovations en matière de financement ont ignoré jusqu'à présent les besoins qu'ont les pays de trouver de nouvelles sources nationales de fonds pour leur propre utilisation : les pays à revenus faible et moyen qui ont simplement besoin de collecter davantage et les pays à revenu élevé qui ont besoin d'innover face aux changements des besoins de santé, des demandes et des modes d'organisation du travail.

Pour faciliter ce débat, une liste d'options pour les pays qui cherchent à augmenter ou à diversifier leurs sources nationales de fonds est fournie au Tableau 2.1, en s'inspirant du travail précité. Certaines options ne seront applicables que dans certaines situations, et le potentiel générateur de revenus de celles qui le seront variera encore selon les pays. Toutefois, nous souhaitons suggérer un niveau possible de fonds qui pourraient être levés à l'échelle nationale. Par exemple, bien que l'impôt sur le change de devises proposé par la Taskforce puisse rapporter de grosses sommes d'argent, les transactions financières et les produits sur lesquels il serait basé sont concentrés dans des pays à revenu élevé. En effet, 10 pays à revenu élevé représentent 85% du commerce de change traditionnel (*35*). Les volumes des transactions sont faibles dans les pays à revenus faible et moyen, et donc cet impôt spécifique n'est pas applicable à la plupart d'entre eux. Des exceptions existent : l'Inde possède un important marché de change de devises, avec des taux journaliers de circulation de 34 milliards de dollars (*35*). Un impôt de 0,005% sur le change sur ce volume peut rapporter à l'Inde environ 370 millions de dollars par an si elle décide de l'appliquer.

Lesdites taxes de solidarité sur les marchandises et services spécifiques sont une autre option prometteuse, offrant une capacité garantie de générer du revenu, relativement peu de dépenses administratives et une certaine durabilité. Avec le soutien politique, elles peuvent être rapidement mises en place. L'impôt de solidarité obligatoire sur les billets d'avion peut, par exemple, nécessiter 2 à 12 mois de délai avant d'être appliqué (*30*).

L'introduction de mécanismes impliquant la fiscalité peut être politiquement sensible et se heurtera invariablement à la résistance des groupes

Tableau 2.1. **Options nationales de financement innovant**

Options	Potentiel de levée de fonds[a]	Hypothèses/Exemples	Remarques
Impôt spécial sur les grandes entreprises rentables - une taxe/prélèvement imposée à certaines grandes entreprises économiques dans le pays	$$–$$$	L'Australie a récemment imposé une taxe spécifique sur les sociétés minières; le Gabon a introduit un impôt pour les entreprises de téléphonie mobile; le Pakistan dispose de longue date un impôt sur les firmes pharmaceutiques	Spécifique au contexte
Prélèvement sur les transactions de devises - un impôt sur les opérations de change sur les marchés de devises	$$–$$$	Certain pays à moyen revenu ayant d'importants marchés de transactions de devises pourraient collecter de nouvelles ressources importantes	Peut nécessiter une coordination avec d'autres marchés financiers si entrepris à grande échelle
Emprunt par obligations destiné à la diaspora - obligations de l'État proposées à la vente aux concitoyens qui vivent à l'étranger	$$	Baisse les frais d'emprunt pour le pays (ristourne patriotique); a été utilisé en Inde, en Israël et au Sri Lanka, mais pas nécessairement pour la santé	Pour les pays ayant une diaspora importante
Impôt sur les transactions financières - un impôt sur toutes les transactions liées aux comptes bancaires ou sur les transactions de versement	$$	Dans les années 1990, le Brésil avait un impôt sur les transactions bancaires, mais il a été remplacé par la suite par un impôt sur le flux de capital de/vers le pays; le Gabon a mis en place un impôt sur les transactions de versement	Il semble que des groupes d'intérêts se soient opposés plus fermement à cet impôt qu'à d'autres (*32*)
Contributions de solidarité volontaire liées aux téléphones portables - les contributions de solidarité permettraient aux individus et aux entreprises de faire des dons volontaires par le biais de leur facture mensuelle de téléphone portable	$$	Le marché mondial pour les services de téléphonie mobile post-payés est de 750 milliards de dollars, de ce fait même 1% rapporterait beaucoup d'argent; pertinent pour les pays à revenus faible, moyen et élevé. (*33*)	L'établissement et les coûts d'exploitation pourraient être d'environ 1 à 3% du revenu. (*33*)
Droit d'accise sur le tabac - un impôt indirect sur les produits du tabac **Droit d'accise sur l'alcool** - un impôt indirect sur les produits alcoolisés	$$	Ces impôts indirects sur le tabac et l'alcool existent dans la plupart des pays, mais il existe un vaste périmètre pour les augmenter dans de nombreux pays sans causer de chute de revenus	Réduit la consommation de tabac et d'alcool, ce qui a un impact positif sur la santé publique
Impôt indirect sur les aliments non sains (sucre, sel) - un impôt indirect sur les produits alimentaires et les ingrédients néfastes	$–$$	La Roumanie propose d'appliquer une taxe de 20% sur les aliments à teneur élevée en graisse, sel, additifs et sucre. (*34*)	Réduit la consommation d'aliments néfastes et améliore la santé
Vente de produits ou services franchisés - semblable au ProductRED du Fonds Mondial, par lequel les entreprises sont autorisées à vendre des produits dont une partie des profits va à la santé	$	Vente de produits ou de services franchisés, pour lesquels un pourcentage des profits va à la santé	Un tel projet pourrait être mis sur pied dans les pays à revenus bas et moyen de façon à ne pas rivaliser avec le Fonds Mondial
Taxe touristique - un impôt sur le tourisme serait collecté pour les activités liées en grande partie aux visiteurs internationaux	$	Les taxes de départ aéroportuaires sont déjà largement acceptées; un composant santé pourrait y être ajouté, ou d'autres taxes pourraient être trouvées	Le gain varierait fortement entre les pays selon la force de leur secteur touristique

[a] $, potentiel faible de collecte de fonds ; $$, potentiel moyen de collecte de fonds ; $$$, potentiel élevé de collecte de fonds.

d'intérêts particuliers. Ainsi, un impôt sur les opérations de change de devises peut être perçu comme un frein dans le secteur bancaire ou comme une forme de dissuasion pour les exportateurs/importateurs. Lorsque le Gabon a introduit un impôt sur les transferts d'argent en 2009 pour lever des fonds visant à subventionner les soins médicaux des groupes à faible revenu, certains ont protesté, invoquant le fait que cela constituait une restriction à l'échange. Le Gabon a néanmoins taxé à 1,5% les profits après impôts des entreprises de transfert et à 10% les opérateurs de téléphonie portable. Ces deux impôts ont rapporté au secteur de la santé l'équivalent de 30 millions de dollars en 2009 (*36*, *37*). De même, depuis de nombreuses années, le gouvernement pakistanais taxe les profits des firmes pharmaceutiques pour financer une partie des coûts de sa santé (*38*).

Parallèlement, les taxes sur les produits nocifs à la santé ont l'avantage de lever des fonds et d'améliorer la santé tout en réduisant la consommation de produits néfastes, comme le tabac ou l'alcool. Des études dans 80 pays ont montré que le prix réel du tabac, ajusté au pouvoir d'achat, a chuté entre 1990 et 2000. Bien qu'il y ait eu des augmentations depuis 2000, il existe des possibilités de générer des revenus dans ce secteur, comme le préconise la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. (*39*).

Il n'est pas possible ici de fournir des évaluations pays par pays sur le montant que pourrait rapporter chacun de ces mécanismes innovants de financement. Mais l'OMS a analysé les avantages potentiels de l'augmentation des taxes sur le tabac dans 22 des 49 pays à faible revenu, pour lesquels des données suffisantes ont permis les calculs. Les impôts indirects dans ces pays varient de 11 à 52% du prix au détail de la marque la plus populaire de cigarettes, représentant une fourchette nominale de 0,03 à 0,51 dollar par paquet de 20 cigarettes (*37*). Nous estimons qu'une augmentation de 50% des impôts indirects produirait 1,42 milliard de dollars de fonds supplémentaires pour ces pays - une somme conséquente. Dans des pays comme la République démocratique populaire lao, Madagascar et le Viet Nam, ce revenu supplémentaire représenterait une augmentation de 10% ou plus des dépenses totales de la santé, et une augmentation de plus de 25% du budget national de la santé, en supposant que le revenu accumulé soit entièrement attribué à la santé (Encadré 2.3). Envisagée d'un autre point de vue, cette mesure simple pourrait rapporter des fonds supplémentaires à hauteur de plus du double des niveaux actuels de l'aide extérieure à la santé dans certains pays.

Il existe une inquiétude internationale croissante au sujet des conséquences économiques et indésirables pour la santé de la consommation d'alcool, et les politiques tarifaires peuvent être au centre de stratégies permettant de pallier ces inquiétudes. Par exemple, les prix de l'alcool ont augmenté de 20% en août 1985 et de 25% de plus l'année suivante à Moscou. Résultat : une chute spectaculaire (28,6%) de la consommation d'alcool au cours des 18 mois suivants. Les admissions à l'hôpital pour troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool et les décès des suites de cirrhose hépatique, d'empoisonnement alcoolique et d'autres violences ont considérablement diminué. Ces mesures ont cessé en 1987 et au cours de la période suivante, lorsque les prix de l'alcool ont augmenté à une vitesse beaucoup plus lente que les autres prix, bon nombre de ces tendances positives se sont inversées. (*44*).

L'analyse de plusieurs pays sélectionnés, disposant de données sur la consommation, la taxation et la tarification des boissons alcooliques, montre que, si les impôts indirects s'étaient élevés à au moins 40% du prix de détail, un revenu supplémentaire majeur aurait pu être produit et les effets néfastes de l'alcool réduits. Pour les 12 pays à faible revenu composant l'échantillon, les niveaux de consommation auraient chuté de plus de 10%, alors que les recettes fiscales auraient triplé pour atteindre 38% des dépenses de santé totales dans ces pays. (*37*).

Ces sommes ne sont pas négligeables. Si tous les pays ne choisissaient qu'une des options décrites dans le Tableau 2.1 et donnaient aussi une priorité plus élevée à la santé dans leurs budgets nationaux, des sommes supplémentaires conséquentes pourraient être collectées pour la santé.

Encadré 2.3. **Affectation ou non-affectation ?**

Les impôts affectés sont destinés à un programme ou à une utilisation particulière. Par exemple, les redevances télévisuelles sont utilisées pour financer la radiodiffusion publique et les péages routiers sont utilisés pour entretenir et améliorer les routes. La Fondation Healthway pour la promotion de la santé en Australie occidentale a été créé en 1991 sur cette base, financée initialement par un impôt supplémentaire sur les produits du tabac, alors que la République de Corée instituait un Fonds national de promotion de la santé en 1995, financé en partie par les taxes sur le tabac (*40*). Le Fonds de promotion de la santé thaïlandais, créé en 2001, a été financé par une augmentation de 2% du prix du tabac et de l'alcool (*41*, *42*).

Les ministères de la Santé sont souvent favorables à ces impôts car ils garantissent les fonds, notamment pour la promotion et la prévention de la santé. Il est difficile pour ces activités de rivaliser avec les services de financement curatifs, d'une part parce qu'ils sont perçus comme moins urgents, et d'autre part parce qu'ils ont tendance à donner des résultats à plus long terme, les rendant moins attrayants pour les hommes politiques qui sont attentifs au cycle électoral ou pour les fonds d'assurance plus intéressés par la viabilité financière.

Cependant, les ministères des Finances endossent rarement le principe de l'affectation car ils pensent qu'il sape leur mandat d'allocation de budgets. En prenant des décisions sur les dépenses en dehors du gouvernement, les revenus des impôts affectés peuvent exercer une contrainte sur la capacité du gouvernement à faire face aux cycles conjoncturels.

Dans la pratique, affecter toute forme particulière d'impôt - par exemple une taxe sur le tabac - pour la santé ne garantit pas que le financement national total de la santé augmentera. La plupart des recettes publiques sont essentiellement fongibles. Une augmentation du financement de la santé par des impôts affectés peut être compensée par une réduction du flux pour le reste du budget. Par conséquent, l'affectation qui entraîne une augmentation nette du financement de la santé ou d'une activité particulière est une question empirique.

Il est probable qu'une approche pragmatique offrira davantage de dividendes pour la santé qu'insister sur l'affectation. Si l'on peut persuader les gouvernements d'attribuer intégralement certaines des nouvelles sources des fonds dont il est question dans le présent chapitre à la santé, alors tant mieux. S'ils ne le peuvent pas, il est encore possible d'augmenter le financement de la santé car la santé reçoit habituellement une partie de toute augmentation des dépenses publiques. Bien que cette augmentation puisse être inférieure dans le cas de l'affectation, les défenseurs de la santé ont besoin d'être rassurés sur le fait qu'insister sur l'affectation n'aboutira pas à l'opposition totale au nouvel impôt par le ministère des Finances, ce qui empêcherait de recevoir tout nouvel argent.

Source : (*43*).

L'aide financière extérieure

Avant la récession économique mondiale qui a commencé fin 2008, l'aide au développement pour la santé des pays les plus riches aux plus pauvres augmentait à un taux important. Les pays à faible revenu ont vu les fonds des sources extérieures passer en moyenne de 16,5% de leurs dépenses totales de santé en 2000 à 24,8% en 2007. (*4*). D'après les bases de données gérées par le comité d'assistance au développement de l'OCDE, les engagements publics en matière de santé rapportés par des donateurs bilatéraux ont bondi d'environ 4 milliards de dollars en 1995 à 17 milliards de dollars en 2007 et à 20 milliards de dollars en 2008[a].

Il s'agit peut être ici d'une sous-estimation significative car la base de données du comité ne rend pas compte de toutes les contributions des gouvernements non-OCDE, comme celles de la Chine, de l'Inde et de certains pays du Moyen-Orient, qu'elle ne fournit les données que d'un nombre limité d'institutions multilatérales, et qu'elle ne comptabilise pas les fonds offerts par des acteurs privés clés dans le domaine de la santé, comme la Fondation Bill & Melinda Gates, d'autres fondations privées et des organisations non gouvernementales. Une étude récente a suggéré que les contributions combinées de toutes ces sources s'élèveraient à environ 21,8 milliards de dollars, presque 5 milliards de dollars de plus qu'annoncé à l'OCDE en 2007 (*45*).

Cependant, la perspective pour les pays receveurs d'aide est moins positive que ces chiffres ne le suggèrent dans au moins quatre domaines fondamentaux.

Tout d'abord, en dépit de l'accroissement du soutien extérieur, les dépenses totales de santé restent pitoyablement faibles – insuffisantes même pour assurer l'accès universel à certains services de santé de base dans de nombreux pays. Nous avons mentionné précédemment que seuls 8 des 49 pays à faible revenu inclus dans l'analyse de la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé étaient éventuellement capables d'obtenir toutes les ressources nécessaires pour répondre aux objectifs de santé de la Déclaration du millénaire à partir de ressources nationales d'ici 2015. Les autres pays nécessiteraient des rentrées supplémentaires provenant de sources extérieures, à hauteur de 2 à 41 dollars par personne en 2015.

Deuxièmement, bien que les fonds extérieurs aient considérablement augmenté, environ la moitié des pays ayant annoncé leurs débours d'aide au développement à l'OCDE sont en voie d'atteindre les cibles pour lesquelles ils se sont engagés au niveau international (pour un développement global, y compris la santé) (*46*). Les autres pays n'arrivent pas à la hauteur de leurs promesses, certains en sont même très loin. De lents progrès vers l'accomplissement de ces engagements ont un coût énorme en vies humaines. Ainsi, 3 millions de vies supplémentaires pourraient être sauvées avant 2015 si tous les donateurs tenaient leurs promesses. (*7*).

Troisièmement, l'aide au développement compte tenu des chiffres de santé rapportés ci-dessus représente des engagements et les débours réels sont inférieurs. De plus, certains des fonds que les donateurs indiquent avoir versés n'arrivent pas dans les pays receveurs pour y être dépensés. Une proportion parfois considérable de l'aide est consacrée à la coopération technique. C'était le cas entre 2002 et 2006, par exemple, lorsque la base de données du comité a rapporté que plus de 40% de l'aide officielle au développement (AOD)[b] de la santé a été absorbée par l'assistance technique, finançant souvent les ressortissants du pays donateur afin de fournir de l'aide ou une formation aux pays receveur (*47*). Bien que l'assistance technique puisse être utile, les débours rapportés gonflent la quantité de fonds disponibles que les pays receveurs peuvent utiliser pour améliorer la santé au niveau local.

Enfin, des inquiétudes ont récemment été exprimées sur le fait qu'une partie de l'aide qui arrive dans les pays est soumise à des contraintes de dépenses. Les cibles macroéconomiques et monétaires pour l'inflation et pour le niveau de réserves des devises étrangères sont basés sur un concept de gestion macroéconomique prudente. Certains disent que cela empêche l'aide déboursée d'être complètement exploitée car une partie de l'aide qui arrive dans le pays peut être retenue hors circulation pour éviter l'inflation, ou elle est utilisée pour développer des réserves en devises étrangères (*48–50*).

Un vigoureux débat se tient actuellement pour déterminer si les cibles d'inflation et de réserves en devises étrangères présentes dans les pays sont trop strictes et les empêchent de dépenser l'aide que les donateurs fournissent pour la santé et le développement (*39*, *51*, *52*). De plus, la quantité des dépenses supplémentaires, qui pourrait être disponible si les cibles macroéconomiques étaient relâchées n'est toujours pas clair. Une étude récente indique que les dépenses supplémentaires seraient probablement faibles comparées aux fonds supplémentaires qui proviendraient de gouvernements donnant une priorité plus importante à la santé lors de l'attribution de leur budget (*53*).

Le réexamen des cibles dans un cadre de prudence macroéconomique est sans doute une option pour augmenter la quantité d'aide qui peut être dépensée. Le déficit actif en est une autre. Les pays peuvent soit emprunter afin de dépenser maintenant, soit pratiquer ce qui a été récemment appelé un assouplissement quantitatif, c'est-à-dire imprimer des billets pour financer les dépenses courantes. Ni l'une ni l'autre de ces stratégies n'est viable à long terme car la dette contractée aujourd'hui devra être remboursée demain, et faire tourner la planche à billets finira par augmenter les pressions inflationnistes.

Une option plus durable consisterait à ce que les partenaires extérieurs réduisent la volatilité de leurs flux d'aide. Cela permettrait au moins d'assouplir les plafonds budgétaires publics pour la santé et d'utiliser davantage d'aide pour améliorer la santé. Un programme plus ambitieux a été récemment proposé, grâce auquel les pays donateurs et receveurs examineraient l'architecture d'ensemble de l'aide et son administration (*54*, *55*). L'objectif visé serait de s'éloigner d'une aide caritative, à la totale discrétion des donateurs, et de se diriger vers un système de responsabilité mutuelle mondiale qui permettrait des flux de financement probablement plus importants et plus prévisibles pour les populations qui en ont besoin.

Les effets de la récession économique sur l'aide au développement

L'effet précis de la récession financière et économique qui a débuté en 2008 sur l'aide au développement pour la santé est encore vague. Cependant, on s'inquiète que cette récession puisse agir en tant que frein à un moment où émerge le sentiment mondial grandissant que le soutien financier extérieur de la santé doit augmenter.

L'ensemble de l'aide bilatérale au développement a tendance à refléter la croissance économique du pays donateur. Cela n'est pas toujours vrai pour l'aide au développement de la santé, qui lors de certaines crises économiques récentes s'est vu isolée en dépit d'une diminution de l'aide totale au développement (*56*). Cependant, de nombreux gouvernements qui étaient traditionnellement des contributeurs bilatéraux majeurs à l'aide au développement de la santé sont maintenant bien plus criblés de dettes qu'ils ne l'étaient lors de récessions passées, des dettes en majorité contractées pour assouplir les effets de la crise économique et stimuler la croissance dans leur pays. Certains de ces gouvernements essaient maintenant de réduire leur dette par des restrictions budgétaires.

L'OCDE rapporte qu'alors que certain donateurs promettent de maintenir leurs engagements à l'AOD pour 2010, certains grands donateurs ont déjà réduit ou différé leurs promesses (*46*). Dans son ensemble, l'AOD est encore supposée croître en 2010, mais à un taux inférieur aux prévisions initiales. Ce n'est pas une bonne nouvelle et on espère que les principaux donateurs maintiendront non seulement leurs niveaux actuels d'aide aux pays démunis, mais qu'ils les augmenteront également à la hauteur nécessaire pour tenir leurs promesses d'aide internationale. De même, il est à espérer qu'ils ne répondront pas aux endettements publics élevés par des coupes dans leurs services de santé nationaux.

Même avant la récession économique mondiale actuelle, il y avait lieu de s'inquiéter de la façon dont les fonds d'aide à la santé circulaient autour du globe. L'acheminement de l'aide vers des initiatives de santé à forte visibilité alors que d'autres sont négligées est une source d'inquiétude. Entre 2002 et 2006, les engagements financiers envers les pays à faible revenu se sont concentrés sur les objectifs du Millénaire (OMD 6) (lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, y compris la tuberculose), soit pour 46,8% de l'aide extérieure totale de santé. On a estimé que cela ne laisse que 2,25 dollars par personne et par an pour tout le reste (santé infantile et maternelle (OMD 4 et 5), nutrition (OMD 1), maladies non transmissibles et renforcement des systèmes de la santé) (*47*). L'argent nécessaire pour renforcer les systèmes de la santé dépasse ce chiffre à lui seul – 2,80 dollars par personne exigé chaque année pour former du personnel soignant supplémentaire, et cette somme n'inclut même pas les fonds nécessaires à leurs salaires (*57*).

Le panorama est moins sombre si nous prenons en considération les efforts récents de GAVI Alliance et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour soutenir le développement des systèmes de santé et le renforcement des capacités. Néanmoins, en dehors de celles qui font les gros titres, les autres maladies continuent à être négligées par les donateurs, comme le sont certaines questions des systèmes de santé, comme la gestion, la logistique, l'acquisition, l'infrastructure et le développement de la main-d'œuvre (*58*).

Le déséquilibre dans l'allocation de l'aide est tout aussi apparent lorsqu'elle est ventilée par pays. Certains pays sont particulièrement bien financés alors que d'autres ne reçoivent presque rien. La Figure 2.3 montre que les pays receveurs qui ont perçu plus de 20 dollars par personne d'assistance extérieure pour la santé en 2007 étaient des pays à revenu moyen, alors que la plupart des pays à faible revenu ont reçu moins de 5 dollars par personne. De nombreux pays parmi les plus pauvres reçoivent nettement moins d'assistance au développement de la santé que nombre de leurs voisins plus riches. Par exemple, la Namibie, un pays à revenu moyen inférieur, a reçu environ 34 dollars par personne pour la santé en 2007, comparé à 10 dollars pour le Mozambique, à 4,40 dollars pour la République démocratique du Congo et à 2,80 dollars pour la Guinée. (*4*). Il semblerait que beaucoup d'autres facteurs, en plus des besoins, déterminent les allocations d'aide.

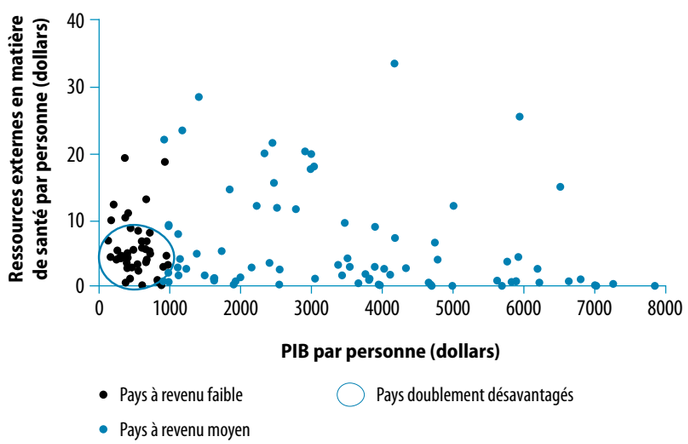
La Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé a suggéré que la principale préoccupation de bon nombre de partenaires extérieurs sur certains pays et quelques programmes à forte visibilité est contraire à l'esprit de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide qui cherche à permettre aux pays receveurs de formuler et d'exécuter leurs

propres plans nationaux selon leurs priorités nationales (*59*). Dans son rapport, la Taskforce a appelé à un éloignement des «mécanismes de financement internationaux qui s'appuient sur les applications de projets approuvés au siège mondial ou dans la capitale d'un partenaire de développement» (*60*). Il convient plutôt de procéder à un recentrage sur les contributions financières convenues pour les plans de santé nationaux, plutôt qu'à la poursuite d'une aide attribuée selon les projets. Nous attendons encore de voir l'impact de ces idéaux se refléter dans les chiffres officiels. D'après une étude préparée pour l'Agence norvégienne pour la coopération au développement, entre 2002 et 2007, le nombre de projets liés à la santé, au lieu de chuter, a doublé pour atteindre 20 000. La plupart d'entre eux étaient des petits projets, avec un débours moyen de seulement 550 000 dollars (*61*). La nécessité de gérer, de surveiller et de faire des rapports sur une multitude de petits projets impose des coûts transactionnels élevés pour le pays receveur.

La Déclaration de Paris a en outre mis l'accent sur le fait que les fonds devaient être prévisibles et à long terme. Lorsque les pays ne peuvent pas s'appuyer sur des fonds stables (au Burkina Faso, l'aide au développement de la santé a fluctué entre 4 et 10 dollars par personne de 2003 à 2006), il leur est pratiquement impossible de préparer le futur. Certains pays à faible revenu voient les deux tiers de leurs dépenses totales de santé financées par des ressources extérieures, faisant de toute prévision de flux d'aide une source constante d'inquiétude. (*4*, *62*).

Certains partenaires de développement commencent déjà à sortir des engagements traditionnels à court terme de l'AOD par la façon dont ils structurent leurs contributions. Les contrats OMD de l'Union européenne en sont un exemple, en offrant un soutien budgétaire souple, lié aux performances sur une période de six ans. Ce genre d'engagement ne fait pas l'unanimité car il limite les futurs budgets de l'aide. Cela dit, avec le programme d'action Accra de 2008, les donateurs du comité d'aide au développement de l'OCDE ont promis de fournir aux pays receveurs des informations sur leurs «dépenses et/ou plans d'implémentation triennaux ou quinquennaux». Il s'agit peut-être du début d'engagements à plus long terme (*59*).

Figure 2.3. **Aide au développement de la santé par personne et par niveau de revenu du pays, pays à revenus faible et moyen, 2007[a]**



[a] À l'exclusion des petits États insulaires.
Source : Organisation mondiale de la Santé, série comptes de la santé nationale (*4*).

Conclusions

Les pays ont continuellement besoin d'adapter leurs systèmes de financement afin de collecter des fonds suffisants pour leurs systèmes de santé. De nombreux pays à revenu élevé font face à une diminution de la proportion de leur population active et doivent considérer des alternatives aux sources de revenus traditionnelles sous forme d'impôts sur le revenu et de cotisations d'assurance maladie des salariés et de leurs employeurs. Dans de nombreux pays à faible revenu, l'économie du secteur privé occupe davantage de personnes que le secteur structuré, rendant difficile la perception des impôts sur les revenus et des cotisations d'assurance maladie indexées sur les salaires.

Il existe plusieurs options de collecte des fonds supplémentaires pour la santé, dont une liste est fournie dans le Tableau 2.1. Elles ne s'appliquent pas toutes à tous les pays. De plus, le potentiel générateur de revenus et la faisabilité politique des options applicables varient selon le pays. Cependant, dans certains cas, les revenus supplémentaires à puiser de l'une ou de plusieurs de ces options pourraient être considérables, peut-être même davantage que l'aide actuelle. Ces mécanismes innovants et complémentaires ne sont pourtant pas la seule option. Pour de nombreux gouvernements de pays riches et pauvres, la santé revêt encore une priorité relativement peu élevée lorsqu'il s'agit de distribuer des fonds. Il est par conséquent important de mieux équiper les ministères de la Santé afin qu'ils négocient avec les ministères des Finances et de la Planification, ainsi qu'avec les établissements financiers internationaux. Néanmoins, le message exprimé dans ce chapitre est que tout pays peut mieux faire au niveau national pour lever des fonds supplémentaires pour la santé.

Toutefois, le financement innovant ne devrait pas être considéré comme un substitut du flux d'AOD des nations donatrices. On peut comprendre les demandes d'utilisation des fonds extérieurs de façon plus transparente et plus efficace chez les pays receveurs. Mais de telles préoccupations ne devraient pas empêcher les pays plus riches de tenir les promesses qu'ils ont faites à Paris et à Accra. L'action collective qui a conduit à la facilité de financement international en faveur de la vaccination et à la Fondation du Millénaire a été inestimable pour financer des produits publics mondiaux en matière de santé, mais il n'y a pas de raison pour que les pays attendent davantage de collaboration mondiale pour agir. Si les gouvernements des pays donateurs tenaient leurs promesses d'aide internationale actuelles en attribuant des fonds de façon à soutenir les plans de santé nationaux gérés par les pays, la communauté internationale aurait déjà bien progressé pour atteindre les OMD de 2015. De plus, si chaque pays donateur adoptait une seule des options innovantes décrites ici et utilisait ce revenu pour compléter l'AOD, il poserait les fondations d'un mouvement durable vers une couverture universelle de santé et une meilleure santé dans le futur. ■

Références

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer.* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail,* 29 April 2009 (http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer.* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 4 May 2010).

5.. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis.* Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience.* World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355–384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support – has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009,93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001–07).* Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009,70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf, accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009,9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583
23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010,375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health.* World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).

29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (http://www.iff-immunisation.org, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy.* Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007.* Basel, Bank for International Settlements, 2007 (http://www.bis.org/publ/rpfxf07t.pdf, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population.* World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. NishtarSChoked pipes–reforming Pakistan's mixed health system. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience.* World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en) .
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998,93:1501-1510. PMID:9926554
45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009,373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484
48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action.* Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries.* ActionAid, 2010 (http://www.ifiwatchnet.org/sites/ifiwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf, accessed 7 July 2010).

50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening.* World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en) .
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed.* World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health.* World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health*: *report prepared for the Accra High–level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient.* World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

Notes

a La Taskforce a inclus des interventions prouvées pour réduire la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans ; soins d'accouchement ; services de santé liés à la procréation ; prévention et traitement des principales maladies infectieuses ; diagnostic, informations, orientation et soins palliatifs pour tout nouvel état de santé ; et promotion de la santé.

b D'ordinaire, le terme aide officielle au développement (AOD) est utilisé pour décrire l'aide fournie officiellement par les gouvernements. L'aide au développement de la santé est plus générale, comprenant l'AOD, plus des prêts et des crédits bancaires provenant de banques de développement multilatérales, de transferts de fondations majeures et d'ONG.