



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.

Mobilisation des Ressources Domestiques

pour la couverture sanitaire universelle :
leçons en cours

Publication en série de HFG :

**Progrès réalisés en matière de
financement et de gouvernance
en santé**

Auteurs :

Sharon Nakhimovsky, Abt Associates

Elaine Baruwa, Abt Associates

Janvier 2018

À propos du Projet Health Finance and Governance

Le projet Health Finance and Governance (HFG) vise à relever certains des plus grands défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé aujourd'hui. En s'appuyant sur les conclusions des recherches les plus récentes, le projet met en œuvre des stratégies pour aider les pays à accroître leurs ressources intérieures pour la santé, à gérer ces précieuses ressources plus efficacement et à prendre des décisions d'achat judicieuses. Le projet aide également les pays à mettre en place de robustes systèmes de gouvernance pour garantir que les investissements financiers en faveur de la santé produisent les résultats escomptés.

Le projet HFG, qui a des activités dans plus de 40 pays, collabore avec les parties prenantes du secteur de la santé pour protéger les familles contre les coûts catastrophiques des soins de santé, accroître l'accès aux services prioritaires – tels que les soins maternels et infantiles – et assurer une couverture démographique équitable de la population à travers :

- L'amélioration du financement, en mobilisant des ressources intérieures, en réduisant les barrières financières, en étendant la couverture d'assurance maladie et en mettant en œuvre des systèmes stratégiques de paiement des prestataires ;
- L'amélioration de la gouvernance pour une meilleure gestion du système de santé et pour accroître la redevabilité et la transparence ;
- Le renforcement des systèmes de gestion et d'exploitation pour améliorer la fourniture et l'efficacité des soins de santé, par exemple à travers le transfert d'argent par téléphone mobile et à travers une meilleure gestion des finances publiques ; et
- La promotion des techniques permettant de mesurer les progrès de la performance des systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle.

Le projet HFG (2012-2018) est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), et il est dirigé par Abt Associates en collaboration avec Avenir Health, Broad Branch Associates, Development Alternatives Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Results for Development Institute, RTI International, et Training Resources Group, Inc. Le projet est financé dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID AID-OAA-A-12-00080.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site www.hfgproject.org

À propos de cette publication en série

La série « Advances in Health Finance & Governance » du projet HFG est conçue pour mettre en évidence les leçons apprises du projet HFG dans neuf domaines clés : mobilisation des ressources domestiques, achats stratégiques en matière de santé, stratégies de financement de la santé, extension de la couverture sanitaire à travers l'assurance maladie, données financières pour faciliter la prise de décisions, gouvernance, renforcement des capacités institutionnelles, personnels de santé et efficacité, et appui à une meilleure compréhension de la couverture sanitaire universelle.

Ce rapport a été rendu possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'USAID. Le contenu de ce document relève de la responsabilité d'Abt Associates et ne reflète pas nécessairement les positions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Mobilisation des ressources domestiques pour la couverture maladie universelle : leçons en cours

Résumé Exécutif

La demande de soins de santé augmente et le soutien externe devient de plus en plus incertain. Par conséquent, la mobilisation des ressources domestiques (MRD) pour la santé est devenue un sujet important dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Ce mémoire s'articule autour des leçons apprises grâce au projet Health Finance and Governance (HFG) de l'USAID par le biais de ses efforts pour aider les ministères de la Santé (Mds) et leurs partenaires à mieux organiser leur travail et à tirer parti des opportunités en matière de MRD.

Leçons clés*

- 1 UTILISER L'ANALYSE DE L'ÉCONOMIE POLITIQUE (AEP) POUR UNE GESTION EFFICACE DES RESSOURCES HUMAINES L'ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES :** Une analyse de la relation entre la politique et l'économie peut aider les ministères de la Santé à s'engager dans des processus inclusifs pour planifier, défendre et mettre en œuvre avec succès les options de MRD. En particulier, une telle analyse peut aider les ministères de la Santé à élaborer des communications nuancées qui convainquent et permettent aux acteurs en position de pouvoir de plaider en faveur de la santé.
- 2 PLANIFIER ET METTRE EN ŒUVRE DES OPTIONS POUR AUGMENTER LA MRD DANS UN PROCESSUS STRATÉGIQUE :** Le processus devrait produire une combinaison à jour d'options de MRD tenant compte des cycles politiques et économiques, des projections de la demande sans cesse croissante, et des possibilités d'obtenir de nouveaux fonds et de mieux dépenser.
- 3 RENFORCER LA TRANSPARENCE ET LA COMMUNICATION DANS LES RELATIONS DANS LES MINISTÈRES DU SECTEUR PUBLIC :** Cela permettra d'améliorer la formulation, l'exécution et le suivi du budget, de plaider efficacement en faveur d'une augmentation des ressources gouvernementales et d'atténuer les défis lorsque les débloquages de fonds sont insuffisants.
- 4 ALIGNER LA PLANIFICATION ET LE PLAIDOYER SUR LA SANTÉ EN GÉNÉRAL, PLUTÔT QUE SUR DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES À UNE MALADIE :** Cela pourra aider à utiliser les résultats de la leçon 1, à réaliser des processus de planification efficaces en s'inspirant de la leçon 2 et à s'assurer que les décideurs en dehors du secteur de la santé sont sensibles aux besoins de l'ensemble du secteur.
- 5 S'ASSURER QUE LE PERSONNEL QUALIFIÉ EST CHARGÉ ET TENU RESPONSABLE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES DE MRD :** Ce n'est qu'à ce moment-là qu'un ministère de la Santé sera en mesure de s'approprier la MRD en tant que processus continu.

*Les leçons ne sont pas classées par ordre d'importance



Introduction

La MRD pour la santé est devenue un sujet important dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dans le contexte de la demande croissante de soins de santé, de l'augmentation des coûts de ces services et de l'incertitude croissante au sujet des engagements des bailleurs. La demande de soins de santé s'accroît dans le contexte de la lutte continue contre les maladies transmissibles, de la nécessité d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile, du fardeau croissant des maladies non transmissibles, de la menace des pandémies dans une société mondialisée et des nouveaux risques découlant du changement climatique (Nations Unies 2015 ; Frenk et al. 2013). Au niveau mondial, la demande croissante de services a stimulé la croissance du secteur de la santé, dépassant celle de l'ensemble de l'économie entre 2000 et 2015 (OMS 2017). La demande de services a également façonné les engagements nationaux et mondiaux en matière de couverture sanitaire universelle (CSU).

En parallèle, les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont moins en mesure de compter sur le soutien prévisible des bailleurs à long terme. De nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dépassent les critères basés sur le revenu pour recevoir une aide. Par exemple, GAVI ne soutient que les pays dont le produit intérieur brut moyen par habitant sur trois ans est inférieur à 1 580 \$ (Ottersen et al. 2017). De plus, après la formidable croissance de l'aide au développement dans le domaine de la santé dans les années 2000, les organismes bailleurs sont confrontés à un paysage géopolitique post-récession de 2008, où les arguments en faveur de l'aide, en particulier pour les pays à revenu intermédiaire, sont devenus moins convaincants aux yeux d'un plus grand nombre d'électeurs qui se font entendre. En réponse,

Pour atteindre la CSU, les pauvres des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire auront besoin de soutien. Tout en se concentrant sur l'obtention des ressources financières nécessaires, la MRD vise également à assurer que les méthodes de collecte de fonds ne soient pas trop lourdes pour les pauvres et que les pauvres bénéficient réellement des ressources collectées.

les organismes bailleurs mettent l'accent sur le fait de faire plus avec moins (PEPFAR 2014). Dans les pays dont l'économie est plus forte, les bailleurs cherchent à transférer les programmes de soins de santé primaires qu'ils ont mis sur pied et soutenus au cours des deux dernières décennies à des organismes publics et privés locaux, dont le degré d'appropriation de ces programmes varie. Cette situation laisse les pauvres et les personnes vulnérables exposés à un risque de résurgence d'épidémies et avec un soutien inadéquat pour faire face aux nouveaux défis sanitaires.

Grâce à l'expérimentation et à la recherche, la communauté mondiale de la santé a accumulé des connaissances sur le financement d'une voie durable vers la CSU dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à la lumière de ces défis (Banque mondiale 2016, Pablos-Mendez et al. 2016, Meheus et McIntyre 2017). Bien qu'elle puisse être considérée comme une coentreprise publique et privée, la CSU nécessitera des investissements gouvernementaux accrus pour réduire la dépendance à l'égard des dépenses personnelles à la charge des ménages, en particulier parmi les pauvres, où la charge de morbidité est souvent la plus lourde (OMS 2010). Augmenter les recettes générales du gouvernement affectées à la santé et améliorer l'efficacité des dépenses de santé existantes sont deux des options les plus viables en matière de MRD dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (Barroy et al. 2017). Ces options sont plus prometteuses que l'affectation de revenus réservés – c'est-à-dire la désignation d'une source de revenus spécifique pour la santé – un mécanisme qui a souvent un impact global mitigé sur la MRD pour la santé (Cashin et al. 2017a). L'amélioration de la MRD passe également par une réforme de la gouvernance, en accordant une attention particulière au renforcement des systèmes de gestion des finances publiques (Runde et Savoy 2016). En plus de ces connaissances, les responsables de la gestion du système de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire doivent comprendre la capacité et les exigences organisationnelles nécessaires pour transformer ces connaissances en gains de MRD.

Au cours de ses six années d'expérience de mise en œuvre, l'équipe chargée du projet HFG a aidé les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à comprendre ces exigences. Ce mémoire présente cinq leçons que le projet HFG a tirées de cette expérience ainsi que des recommandations à l'intention des gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et de leurs partenaires de développement.



Le travail réalisé grâce au projet HFG en matière de MRD

Pour comprendre la capacité de MRD et les exigences organisationnelles, l'équipe chargée du projet HFG a fourni un **soutien opérationnel** à 10 gouvernements et institutions régionales des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sur une base bilatérale, dans le cadre d'une série d'ateliers régionaux, ou en élaborant des directives mondiales.

Ce soutien comprenait :

1. Facilitation de l'élaboration d'un processus stratégique pour la MRD avec un large engagement des parties prenantes ; et
2. Outils et assistance technique pour renforcer la capacité des ministères de la Santé à plaider en faveur de la santé et à s'engager avec les principales parties prenantes.

L'équipe chargée du projet HFG a également fourni un **soutien analytique**, mais pas toujours dans le cadre d'un programme de soutien opérationnel plus vaste. Le soutien analytique comprenait l'estimation des besoins en ressources, les lacunes dans la modélisation et les options de MRD,

analyse de l'économie politique, suivi des ressources, coût des plans de mise en œuvre, évaluation économique, ainsi que des évaluations institutionnelles des systèmes de gestion des finances publiques.

En outre, l'équipe chargée du projet HFG s'est efforcé d'approfondir la compréhension de la MRD en réalisant des études analytiques multi-pays répondant à des questions telles que :

- L'augmentation de la perception de l'impôt entraîne-t-elle une augmentation des dépenses de santé ?
- Dans quelle mesure les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire seront-ils en mesure d'offrir un ensemble de services de base, compte tenu du retrait de l'appui des bailleurs ?
- Comment les transitions entre bailleurs peuvent-elles être structurées de manière à ce que les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire fassent preuve d'une plus grande appropriation ?

Appui du projet HFG à la mobilisation des ressources domestiques, 2012-2018

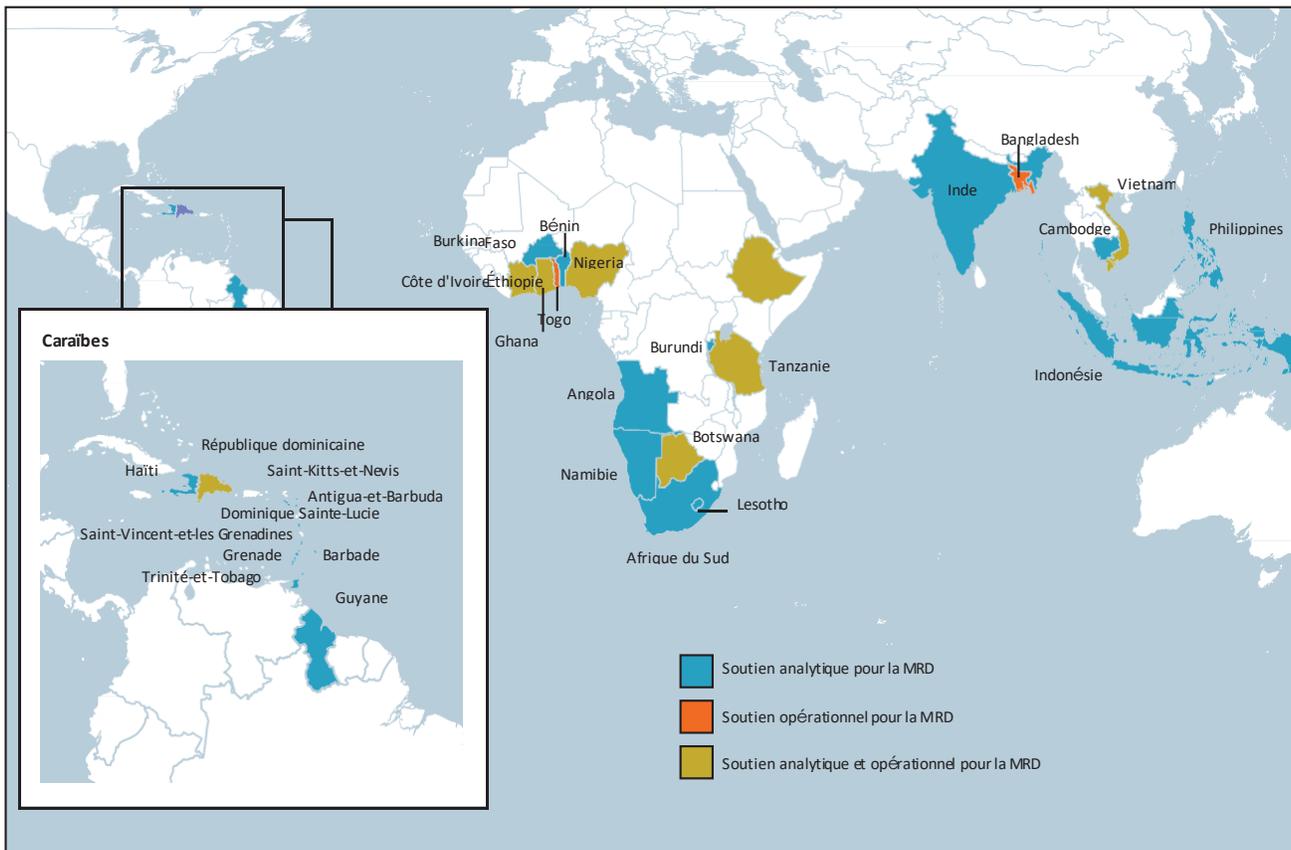




Photo : © Md. Akram Ali, avec l'aimable

Bien qu'il ne soit pas une cause directe de la prestation de soins efficace, l'accroissement des ressources intérieures pour la santé peut aider à faire en sorte que ce bébé reste en bonne santé toute sa vie durant.



Leçons apprises en matière de MRD

Leçon 1

Utiliser l'AEP pour une participation efficace des parties prenantes à la MRD

L'AEP a pour but d'essayer de comprendre la relation entre la politique et l'économie (Hoogvelt 2001 dans Bump et Reich 2013). Elle pose la problématique suivante : pourquoi des responsables politiques décident-ils de lever et de distribuer les ressources de la manière dont ils le font ? L'objectif de cette EAP est de comprendre les acteurs qui tentent d'influencer le cycle d'élaboration des politiques, leurs intérêts et la façon dont ils tentent d'influencer les décisions. Elle vise à comprendre les besoins de la clientèle et des intéressés, y compris dans le domaine de la santé, qui sont satisfaits par ces responsables politiques dans le but de garder le pouvoir. Et elle examine comment des facteurs contextuels tels que les cycles électoraux et les tendances macro-budgétaires façonnent les motivations et les décisions de ces responsables.

Comprendre ces facteurs peut aider les ministères de la Santé à mettre en œuvre des réformes à l'appui de la MRD.

En Éthiopie, le ministère de la Santé et les bureaux régionaux de la santé ont tenu compte de ces facteurs dans leur tentative de modifier une loi de finances qui obligeait les établissements de santé publics à verser toutes les recettes générées au Trésor public (Zeleelew 2012). La réforme visait à permettre aux établissements de conserver et d'utiliser les recettes perçues (en plus du budget de l'État) pour améliorer la qualité du service et financer les dépenses de fonctionnement.

Dans trois régions, les bureaux régionaux de la santé ont stratégiquement engagé des acteurs clés dont le soutien serait essentiel, y compris les bureaux régionaux des finances, les conseillers juridiques du président régional et les membres des parlements régionaux, respectivement. Les bureaux de la santé ont également travaillé en étroite collaboration avec les bureaux régionaux des finances et de la fonction publique afin de mettre en place le personnel et les systèmes nécessaires pour renforcer le système de gestion des finances publiques au niveau de l'établissement afin de mettre en œuvre le changement. Cette approche a permis de réaliser de nouveaux revenus pour la santé début 2005. Tirant parti de ces enseignements, l'équipe chargée du projet HFG a aidé le gouvernement éthiopien à étendre la réforme à d'autres régions et

a En Éthiopie, les lois (proclamations) sont adoptées par le Parlement, et les décrets d'application qui élargissent la loi sont adoptés par les cabinets. Le système décentralisé de l'Éthiopie donne ensuite aux gouvernements régionaux le pouvoir discrétionnaire de mettre en œuvre les réformes de MRD dans le cadre de la structure juridique et réglementaire établie.

aux établissements de niveau fédéral (HFG 2018). En 2015/16, la quasi-totalité des centres de santé publics (3 244) et des hôpitaux (225) ont été en mesure de conserver 43 à 153 % de plus de leurs budgets opérationnels non salariaux (Alebachew et al. 2015).

Poser des questions dans le cadre de l'AEP peut aider les responsables de la MRD du secteur de la santé à collaborer avec les institutions décisionnelles et à formuler des arguments en faveur de l'investissement dans le secteur de la santé quand et où cela compte. Au Nigeria, l'équipe chargée du projet HFG a identifié les comités de santé au sein des législatures étatiques et nationales comme des institutions ayant la stature politique nécessaire pour faire avancer les arguments en faveur de l'investissement dans la santé. Avec le concours du ministère de la Santé, l'équipe chargée du projet HFG a aidé à déterminer quel message aurait du sens pour ces comités et leurs homologues de l'Assemblée législative. En utilisant cette analyse, l'équipe chargée du projet HFG a contribué à catalyser l'élan des politiques dont les comités de santé se sont fait les champions. Les comités ont reçu des informations sur mesure du ministère de la Santé pour faire valoir leurs arguments. Grâce à ces efforts, le Comité sénatorial de la santé a lancé et dirige maintenant le Legislative Network for UHC (réseau législatif pour la CSU), qui est devenu un ardent défenseur de l'augmentation du financement de la santé, tant à l'Assemblée législative que dans les médias.

Les médias peuvent également contribuer à façonner le débat sur l'investissement dans la santé. L'établissement de rapports peut contribuer à sensibiliser l'opinion et à susciter un large soutien en faveur de réformes conduisant à la MRD pour la santé, ce qui peut à son tour aider à influencer les décideurs. L'établissement de rapports peut également intégrer les besoins de santé des pauvres et des personnes vulnérables au débat, attirant l'attention des responsables politiques qui plaident en faveur de l'équité ou dont le pouvoir dépend du soutien des pauvres et des personnes vulnérables.

Dans de nombreux pays, cependant, les gouvernements et les partenaires au développement doivent faire davantage pour communiquer les arguments clés sur la nécessité de la MRD aux médias et aux organisations de la société civile afin de s'assurer qu'ils sont habilités à participer à la conversation. De telles interventions peuvent faire une différence. Pour soutenir cette approche, l'équipe chargée du projet HFG a développé un kit d'information pour aider les journalistes et les rédacteurs en chef à poser des questions d'approfondissement et à raconter des histoires importantes sur les priorités de financement de la santé dans leur pays, y compris sur des sujets tels que la durabilité, l'équité et l'efficacité (Meline et al. 2015). Deux jours après la mise à l'essai de l'outil au Kenya, un participant a rapporté et diffusé un reportage sur le financement de la santé sur deux stations de radio nationales et a programmé une émission de radio pour un reportage plus long.

Leçon 2

Planifier et mettre en œuvre des options pour accroître la MRD dans le cadre d'un processus stratégique

Dans leurs efforts pour accroître ou soutenir la MRD, les responsables de la gérance de la santé du gouvernement devraient s'engager dans un processus de planification et de mise en œuvre qui est exhaustif en ce qui concerne les types d'options de MRD envisagées, mises en œuvre et surveillées. La réalité est différente : l'équipe chargée du projet HFG a observé une tendance chez les acteurs du système de santé à se concentrer et à dépenser du capital politique sur des « balles magiques » – la sécurité sociale, la taxe sur l'alcool, des fonds en fidéicommiss ou le secteur privé – plutôt que d'envisager une combinaison stratégique de tous ces éléments.

Le recours à des options uniques pour la MRD réduit la capacité des programmes de santé de lisser les revenus à travers les cycles économiques et politiques de chaque option. Comme l'équipe chargée du projet HFG l'a observé au Nigeria, l'annulation de la dette a aidé à financer un programme de soins de santé primaires gratuits, mais le programme a simplement pris fin lorsque ce financement s'est épuisé, car il n'y avait pas de plan de gestion des risques de catastrophe identifiant d'autres options. De même, l'affectation des taxes sur les industries extractives produit des recettes lorsque

UN PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET DE MISE EN ŒUVRE POUR AUGMENTER LA MRD DEVRAIT :

1. Tenir compte des cycles économiques et politiques ainsi que des risques à long terme de chaque option ;
2. Envisager des options pour augmenter de nouveaux fonds pour la santé et améliorer l'efficacité des ressources existantes ;
3. Reconnaître que les besoins en santé continueront de croître dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à mesure que la demande continuera d'augmenter, que les coûts continueront d'augmenter et que les bailleurs continueront de s'éloigner des programmes.

les marchés des produits de base sont en plein essor, mais une dépendance excessive peut être dévastatrice en période de ralentissement économique.

S'appuyer sur une seule option peut également ne pas être suffisant face à une croissance presque certaine des besoins en ressources de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Au Ghana, le régime national d'assurance maladie est déficitaire depuis 2009, lorsque les besoins ont dépassé la croissance des recettes provenant de la taxe sur la valeur ajoutée. L'AEP du projet HFG suggère que d'autres options, particulièrement liées à l'amélioration de l'efficacité, sont nécessaires puisque la taxe sur la valeur ajoutée, qui finance actuellement environ 75 % du régime national d'assurance maladie, s'est avérée inadéquate pour financer la demande croissante en matière de santé (Ghana Center for Democratic Development et HFG 2018).

Dans d'autres cas, les acteurs locaux et internationaux suggèrent qu'un meilleur engagement des investisseurs privés peut aider à combler le déficit de financement. Cependant, l'examen réalisé par l'équipe chargée du projet HFG concernant les options nationales de MRD ont constaté qu'aucune des options privées (à l'exclusion des dépenses personnelles des ménages) n'a le potentiel de contribuer de manière significative aux revenus de la santé (Nakhimovsky et al. 2014). Ceci est confirmé dans de multiples comptes de la santé, menés avec le soutien du projet HFG, qui montrent que les dépenses privées de santé (à l'exclusion des dépenses des ménages) ne représentent qu'un faible pourcentage du total des dépenses courantes de santé (Haryana State Health Resource Center 2016 ; Le Tuan 2016). Les programmes de santé financés par le secteur privé ont une valeur critique pour les personnes qui en bénéficient directement, mais n'ajouteront pas substantiellement aux ressources nécessaires pour progresser sur la voie pro-pauvres vers la CSU.

Les responsables de la gérance de la santé de la MRD peuvent vouloir envisager des options novatrices pour recueillir de nouveaux fonds dans la planification et la mise en œuvre d'activités visant à augmenter la MRD, mais ils ne devraient pas oublier les occasions d'améliorer l'efficacité.

Plus généralement, la planification et la mise en œuvre de la MRD ne devraient pas ignorer l'importance d'améliorer l'optimisation des ressources dans les dépenses de santé. Avec l'allocation des recettes générales, l'amélioration de l'efficacité est considérée comme l'autre stratégie la plus viable et la plus durable pour la MRD (OMS 2010 ; Barroy et al. 2017).

Les travaux de l'équipe chargée du projet HFG ont démontré le potentiel de réaliser des économies d'efficacité dans les systèmes pharmaceutiques et d'approvisionnement. Au Vietnam, l'équipe chargée du projet HFG a travaillé sur le renforcement de la capacité de la commission locale sur le VIH et le sida à effectuer des achats pour la thérapie antirétrovirale. Cette unité a été en mesure de se procurer des produits à un prix plus bas que prévu au cours du processus de planification et donc d'acheter plus de médicaments avec les ressources disponibles.

Travailler sur l'efficacité peut aussi aider à résoudre un problème de perception. Dans le processus de travail sur la MRD pour le VIH, l'équipe chargée du projet HFG a constaté que revenait souvent la question de l'inefficacité du secteur de la santé. Cela a empêché les parties prenantes extérieures au secteur de la santé d'envisager sérieusement une augmentation des budgets. En Ouganda, l'inefficacité perçue du secteur de la santé a fait que le ministère des Finances (Mdf) n'était pas disposé à envisager une augmentation du financement de la lutte contre le VIH sans que l'on puisse démontrer (c'est-à-dire suivre) des améliorations de l'efficacité de la santé dans son ensemble. Une robuste gestion des finances publiques qui démontre des progrès en termes quantitatifs peut aider les ministères de la Santé à résoudre ce problème.

Leçon 3

Renforcer la transparence et la communication dans les relations entre les ministères du secteur public

Le dialogue entre l'équipe chargée du projet HFG et les parties prenantes, et le travail d'analyse révèlent l'importance de renforcer les relations du ministère de la Santé avec les Mdf pour une MRD efficace (Baldrige et al. 2016 ; HFG 2017 ; Soe-Lin et al. 2015). Au cours d'une série d'ateliers animés par l'équipe chargée du projet HFG visant à renforcer le dialogue Mdf-Mds et à augmenter la part du gâteau de la santé, les Mdf ont souligné que les Mds ont souvent un faible bilan financier dans les systèmes de gestion des finances publiques, ce qui rend difficile pour eux de se défendre contre l'accusation d'inefficacité, et encore davantage de monter des arguments convaincants en faveur d'une augmentation des budgets (Krusell et al. 2017). Le problème n'est pas seulement une question de perception. Dans plusieurs États nigériens, l'équipe chargée du projet HFG a constaté que les allocations budgétaires étaient souvent plus élevées que les débloquages de fonds, qui reposent sur des flux de recettes sporadiques et pour lesquels d'autres ministères étaient plus à même de faire des manigances. Dans un État, par exemple, une augmentation de 300 % du budget de la santé n'a jamais été débloquée parce que l'État n'avait pas les recettes nécessaires pour financer le budget.

L'amélioration de cette relation passe notamment par une meilleure communication et une plus grande transparence à travers les processus de gestion des finances publiques pour la formulation, l'exécution et le suivi du budget. L'équipe chargée du projet HFG a constaté que l'une des façons utiles dont le ministère de la Santé peut agir pour améliorer la communication entre les ministères est de préparer les bonnes données de la bonne façon. Dans les ateliers mentionnés ci-dessus, plusieurs équipes de pays ont commencé à utiliser un dossier MdF-MdS, une collecte de données clés sur le secteur de la santé qui correspond aux intérêts et aux attentes d'un public du MdF. Après l'atelier, le ministère de la Santé du Bangladesh a développé un dossier solide, incluant des comparaisons entre les pays pour aider à donner plus de sens aux données. Le ministère de la Santé a ensuite utilisé le dossier pour augmenter le budget du secteur de la santé, qui est passé de 4,3 % à 5,1 % du budget national.

Disposer de données de qualité et transparentes, et d'une crédibilité externe peut faciliter la MRD en dehors des processus budgétaires de routine. Par exemple, au Vietnam, l'Administration vietnamienne de lutte contre le VIH et le sida (VAAC) avait besoin de solides arguments en faveur de l'inclusion des services liés au VIH dans le régime d'assurance maladie sociale. Il fallait que les arguments soient crédibles et rigoureux pour convaincre le Département de la planification et des finances du ministère de la Santé, qui était chargé de définir le paquet de bénéfices de l'assurance maladie sociale, afin d'ajouter au régime les services liés au VIH. Avec l'appui du projet HFG, la VAAC a présenté et obtenu l'approbation d'une liste chiffrée de services à inclure dans le paquet de bénéfices. Cela s'inscrivait dans une démarche visant à clarifier la demande et les implications financières correspondantes. Une étude sur la responsabilité financière d'un paquet d'assurance maladie sociale pour le VIH a également été présentée à l'Agence vietnamienne de la sécurité sociale, qui était chargée de déboursier les fonds pour les paiements de l'assurance maladie sociale. L'étude a été largement acceptée comme preuve crédible de l'abordabilité du paquet VIH.

Les ministères de la Santé peuvent renforcer leur argumentation en construisant des plateformes afin d'établir un dialogue régulier et productif. Au Nigéria, pour aider les ministères de la Santé à égaliser l'accès aux débloquages de fonds du ministère, l'équipe chargée du projet HFG a renforcé la capacité des ministères de la Santé au niveau de chaque État à mettre en œuvre des approches efficaces de plaidoyer et de communication. Ils comprenaient des visites régulières de plaidoyer auprès de dirigeants exécutifs, tels que le gouverneur ou le sous-gouverneur, et des communications régulières avec les comités de la Chambre des représentants de l'État pour les affectations budgétaires et pour la santé. De même, après le premier atelier MdS-MdF animé par l'équipe chargée du projet HFG, l'équipe de Côte d'Ivoire a rédigé un décret portant création d'un comité interministériel sur la MRD. Il comprenait le MdS, le ministère du Plan et du Développement,

De bonnes relations avec le ministère de la Santé reposent en partie sur l'amélioration des processus du ministère de la Santé pour une planification budgétaire transparente et adéquate, ainsi que l'exécution, le suivi et la création d'une plateforme de communication continue.

ment, le Bureau du budget du Premier Ministre et le ministère de l'Économie et des Finances. Le MdS continue de faire pression pour que cette plateforme officielle facilite de meilleurs échanges.

Leçon 4

Aligner la planification de la MRD et le plaidoyer sur la santé en général plutôt que sur des objectifs spécifiques à une maladie

Il est nécessaire d'aligner la planification de la MRD sur la santé en général plutôt que sur des objectifs spécifiques à une maladie afin de réaliser le type de processus de planification stratégique itératif et techniquement solide préconisé dans la leçon 2. En estimant les besoins en ressources et en évaluant les options pour combler les lacunes dans l'ensemble du secteur de la santé, les planificateurs peuvent s'assurer que la combinaison d'options est fiable et peut résister aux cycles économiques et politiques. Les planificateurs peuvent également surveiller l'efficacité des options conjointement et apporter des ajustements au fil du temps.

Dans certains cas, ce type d'alignement peut permettre aux responsables de la santé d'agir en fonction des enseignements tirés de l'AEP (leçon 1) et de rédiger des messages alignés sur les intérêts et les perspectives des principaux acteurs politiques et exécutifs responsables de l'allocation des ressources. L'équipe chargée du projet HFG a constaté, dans de nombreux pays, que l'idée de consacrer plus d'argent à la santé est beaucoup plus attrayante que les messages sur une maladie ou un domaine précis de la santé. Au Vietnam, l'équipe chargée du projet HFG a travaillé avec la VAAC pour développer un message qui lie le financement pour la lutte contre le VIH et le sida à la réalisation de la CSU. L'équipe chargée du projet HFG et la VAAC savaient qu'il y aurait une résonance avec le Comité populaire provincial, qui pourrait alors appuyer l'achat de cartes d'assurance pour les personnes vivant avec le VIH et le sida avec des fonds provinciaux.

Sans un tel alignement, un plaidoyer efficace pour une maladie spécifique peut finalement obtenir le financement nécessaire pour certaines priorités, mais en laissant les parties

prenantes extérieures lasses ou méfiantes à l'égard des demandes supplémentaires en matière de santé. Cette possibilité est de plus en plus probable compte tenu de la prolifération des priorités d'une part et d'un paysage fiscal serré d'autre part (Glassman et Chalkidou 2012). Et si la MRD aide à financer certains services dont les pauvres ont besoin tout en ignorant d'autres, elle pourrait entraver les processus d'établissement de priorités explicites qui mèneraient à une affectation plus efficace et plus équitable des ressources en santé.

Dans le cadre de ses activités d'assistance technique, l'équipe chargée du projet HFG a observé que les responsables de la santé prennent des mesures actives pour résoudre ce problème. Par exemple, un commissaire d'un État nigérian s'est plaint que, après avoir négocié l'engagement du gouvernement de cet État à cofinancer la vaccination systématique, il était alors difficile de demander des augmentations du budget de la santé pour les soins de santé primaires de façon plus générale. Par la suite, une unité de financement de la santé a estimé les besoins en infrastructures pour les établissements de soins de santé primaires qui dispensent la vaccination de routine tout en mobilisant des fonds nationaux destinés au renforcement du système de santé au niveau de l'État. En facilitant l'engagement entre le gouvernement et les bailleurs donnant des fonds pour les vaccins de routine, l'unité a obtenu une partie de l'argent de la vaccination systématique pour le développement de l'infrastructure des soins de santé primaires.

Leçon 5

S'assurer que le personnel qualifié est responsable des activités quotidiennes de MRD

L'équipe chargée du projet HFG a observé que lorsque son programme de travail a commencé dans un pays, la MRD pour la santé n'était pas souvent la priorité du ministère de la Santé, malgré la croyance répandue selon laquelle l'insuffisance des ressources a entravé son fonctionnement, mais il s'agit plutôt d'un sous-produit de l'unité de planification et de budgétisation. En fait, les ministères de la Santé ont tendance à identifier une personne focale uniquement lorsque les bailleurs demandent à l'équipe chargée du projet HFG ou à d'autres partenaires de soutenir le développement d'une stratégie de MRD. Grâce à leur héritage de financement important de la part des bailleurs, certaines unités de lutte contre le VIH et le sida ont un point focal pour la MRD.

Compte tenu des quatre premières leçons ci-dessus, il est clair qu'il n'est pas judicieux d'avoir un point focal unique. Au lieu de cela, les ministères de la Santé doivent reconnaître que la MRD est l'une de ses fonctions fondamentales et que c'est une tâche qui doit être confiée à des personnes aux compétences très diverses,

ces personnes devant être tenues responsables du travail quotidien nécessaire pour y parvenir. Certaines de leurs tâches comprennent :

- Poser des questions en liaison avec l'AEP dans le contexte de la MRD pour identifier un plus large éventail de parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur du MdS, comprendre leurs motivations, et élaborer des messages nuancés et des stratégies de diffusion pour un plaidoyer efficace
- Diriger le processus de sélection stratégique et de mise à jour des options de MRD à approfondir, avec une forte implication des parties prenantes
- Créer et chiffrer un plan pour toutes les personnes à l'intérieur et à l'extérieur du ministère de la Santé qui ont un rôle à jouer dans l'approfondissement des options de MRD identifiées dans les processus de planification. Ce plan devrait comprendre des rôles et des responsabilités clairement définis et des processus de surveillance assortis d'objectifs définis. Le personnel de MRD et les unités ou personnes qui assurent la surveillance devraient ensuite utiliser le plan et le cadre de surveillance pour surveiller le rendement
- Surveiller les performances en matière d'efficacité et les interventions de gestion des finances publiques qui soutiennent la MRD, même si d'autres acteurs sont responsables de la mise en œuvre de ces améliorations de l'efficacité
- Mener ou du moins avoir la maîtrise des analyses techniques nécessaires pour éclairer la stratégie de MRD. Cela comprendrait l'analyse des lacunes et l'évaluation des options, y compris leurs cycles politique et économique
- Gérer et planifier les transitions des bailleurs. On ne peut pas s'attendre à ce que chaque bailleur soit au courant des mesures stratégiques prises par les autres bailleurs pour assurer la transition de leurs programmes. Seul un ministère de la Santé peut représenter une voix unifiée pour les bailleurs et interagir avec le reste du gouvernement pour prioriser la MRD en matière de santé
- Recrutement et formation du personnel pour accomplir ces tâches

L'équipe chargée du projet HFG a travaillé avec plusieurs ministères de la Santé impliqués dans la création de structures institutionnelles dédiées à la MRD. Par exemple, après l'atelier MdS-MdF animé par l'équipe chargée du projet HFG, le Service de santé du Ghana a créé une unité distincte axée sur la MRD. De même, en Éthiopie, le ministère de la Santé a créé une Direction de la mobilisation des ressources, distincte de la Direction de la planification. Bien que les ministères de la Santé puissent choisir d'organiser ces personnes de multiples façons, le point clé est de s'assurer que le ministère de la Santé a les qualifications requises pour remplir et surveiller les progrès vers l'accroissement de la MRD pour la santé.



Rendre les systèmes de santé plus durables et plus efficaces peut contribuer à assurer un approvisionnement régulier en antirétroviraux vitaux pour les personnes vivant avec le VIH et le sida.



Conclusion et recommandations

Les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et leurs partenaires bailleurs conduisent de nombreuses activités d'analyse et de plaidoyer pour mobiliser les ressources nationales substantielles qui seront nécessaires pour atteindre des objectifs ambitieux tels que la CSU. Comme le projet HFG de l'USAID a fourni un appui à un grand nombre de ces pays, plusieurs leçons ont été tirées, notamment qu'il est important pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et pour les bailleurs de fonds d'en tenir compte à mesure que se poursuit le processus de gestion des risques de catastrophe.

D'abord et avant tout, les analyses quantitatives telles que l'analyse des lacunes/besoins et la modélisation financière des options de MRD sont un point de départ nécessaire à la planification et au plaidoyer de la MRD, mais elles ne sont pas suffisantes. Au lieu de cela, les ministères de la Santé devraient planifier la MRD par le biais d'un processus complet, stratégique et politiquement avisé, avec obligation de rendre compte et supervision. Ces processus devraient couvrir toutes les ressources nécessaires à la santé, y compris les maladies prioritaires, et tenir compte des cycles économiques et politiques ainsi que des risques à long terme de chaque option. Les processus devraient également identifier toutes les sources de financement possibles, telles que les gains d'efficacité, plutôt que de se concentrer sur des sources uniques (secteur privé, taxes sur l'alcool et le tabac) qui sont populaires à l'heure actuelle. Les ministères de la Santé devraient également penser à long terme,

en posant des questions telles que : Une taxe à affectation spéciale aujourd'hui entraîne-t-elle une diminution des allocations budgétaires de demain ?

En poursuivant les options de MRD, les parties prenantes devraient s'assurer que le plaidoyer spécifique à la maladie n'évince pas la MRD pour d'autres priorités en matière de santé. Pour atteindre cet objectif, les ministères de la Santé peuvent se demander s'ils peuvent reconcevoir des options spécifiques à une maladie pour inclure les besoins plus larges du système de santé et ainsi aligner leurs efforts de communication et de plaidoyer sur les objectifs du système de santé tels que la CSU.

Pour saisir l'ampleur des ressources potentielles, les pays doivent également mettre l'accent sur la gestion des finances publiques et l'efficacité dans la pratique – une conclusion conforme à une littérature de plus en plus abondante. Il ne suffit pas d'adopter des budgets et des politiques ; les ministères de la Santé doivent améliorer leurs pratiques de gestion des finances publiques pour s'assurer qu'ils obtiennent les ressources budgétées, qu'ils les dépensent, qu'ils en rendent compte et qu'ils démontrent qu'elles ont été bien dépensées, c'est-à-dire complètement et efficacement et avec les résultats escomptés. La faiblesse des pratiques à cet égard entrave l'action de

nombreux ministères de la Santé et leur donnent une mauvaise réputation auprès des ministères des Finances et le gouvernement en général, ce qui les empêche d'obtenir des budgets plus importants.

Les bailleurs ont également un rôle à jouer dans la MRD. Avec du temps et des ressources flexibles, les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre peuvent gagner la confiance des dirigeants du ministère de la Santé et les aider à établir des relations en dehors du domaine de la santé (finances, médias, législature) qui sont essentielles pour faire avancer l'analyse de la MRD vers la réalisation de la MRD. Les bailleurs peuvent investir dans le renforcement des capacités pour améliorer l'efficacité et les processus de GFP qui contribuent directement à la MRD et la soutiennent. Il serait également intéressant d'investir davantage dans le renforcement des capacités des acteurs extérieurs. Cela pourrait inclure la capacité de surveillance et de redevabilité de la législature ou la capacité de faire passer des messages et de redevabilité des médias. Enfin, les bailleurs peuvent soutenir les efforts de MRD intégrés et dirigés par les pays et éviter d'utiliser l'influence politique à des niveaux élevés

afin de faire pression en faveur d'une MRD spécifique à une maladie, ce qui pourrait saboter l'effort plus large de la MRD.

Au-delà de ces considérations, la MRD elle-même est une fonction fondamentale du ministère de la Santé, car les besoins en ressources pour la santé continueront d'augmenter, et des objectifs ambitieux en matière d'impact sur la santé ont besoin de ressources pour être atteints. Il faut donc qu'il y ait un groupe de personnes pour lesquelles il s'agit d'une priorité, et non d'une deuxième ou troisième responsabilité, quel que soit l'endroit où elles siègent dans le ministère. Collectivement, ce groupe doit posséder un large éventail de compétences. De telles compétences ne se limiteraient pas à des compétences quantitatives telles que la budgétisation et la modélisation, mais aussi la coordination, la communication et les compétences en matière de lobbying. Ces compétences sont essentielles pour identifier et engager les pouvoirs en dehors du domaine de la santé qui peuvent plaider en faveur d'une redéfinition des priorités de la santé et de son financement dans le cadre d'un programme gouvernemental.



Références

- Alebachew, A ; Yusuf, Y ; Mann, C; Berman, P. 2015. *Ethiopia's Progress in Health Financing and the Contribution of the 1998 Health Care and Financing Strategy in Ethiopia. Resource Tracking and Management Project*. Harvard T.H. Chan School of Public Health and Breakthrough International Consultancy, PLC : Boston, Massachusetts and Addis Ababa, Ethiopia.
- Baldrige, Annie, Harriet Udemé et Dennis C. Uzoigwe. 2016. *The River State health sector planning and budgeting process assessment and mapping*. Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.
- Barroy, Helene, Joseph Kutzin, Ajay Tandon, Christoph Kurowski, Geir Lie, Michael Borowitz, Susan Sparkes et Elina Dale. 2017. "Commentary: Assessing fiscal space for health in the SDG era: a different story." *Health Systems & Reform*:00-00. doi: 10.1080/23288604.2017.1395503.
- Bump, J. B. et M. R. Reich. 2013. "Political economy analysis for tobacco control in low- and middle-income countries." *Health Policy Plan* 28 (2):123-33. doi: 10.1093/heapol/czs049.
- Cashin, Cheryl, Susan Sparkes et Danielle Bloom. 2017a. *Earmarking for health: from theory to practice*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Cashin, Cheryl, Danielle Bloom, Susan Sparkes, et al. 2017b. *Aligning public financial management and health financing*. Organisation mondiale de la Santé et Results for Development.
- Frenk, Julio et Suerie Moon. 2013. "Governance Challenges in Global Health." *New England Journal of Medicine* 368 (10):936-942. doi: 10.1056/NEJMr1109339.
- Ghana Center for Democratic Development and HFG. 2018. *Resource Allocation and Utilization in the Health and Education Sectors of Ghana*. VERSION PRÉLIMINAIRE.
- Glassman, Amanda et Kalipso Chalkidou, eds. 2012. *Priority-Setting in Health Building institutions for smarter public spending*. Washington DC : Center for Global Development.
- Haryana State Health Resource Center et le projet HFG. 2016. *Haryana 2014/15 State Health Accounts: Main Report*.
- HFG. 2018. Revenue retention improves quality of care at Addis Ababa health center. <https://www.hfgproject.org/revenue-retention-improves-quality-care-addis-health-center/> Consulté le 15 novembre 2017.
- HFG. 2017. *Sokoto State Health Contributory Scheme governance assessment*. Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.
- Krusell, Kirstin, Marty Makinen et Laurel Hatt. 2017. *Getting Health's Slice of the Pie: Domestic Resource Mobilization for Health*. Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.
- Meheus, Filip et Di McIntyre. 2017. "Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services." *Health Economics, Policy and Law* 12, no. 2: 159–77. doi:10.1017/S1744133116000438.
- Meline, Megan, Lisa Tarantino, Jeremy Kanthor et Sharon Nakhimovsky. 2015. *The Health Finance and Governance Briefing Kit*. Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.
- Nakhimovsky, Sharon, John Langenbrunner, James White, Abigail Vogus, Hailu Zelelew et Carlos Avila. 2014. *Domestic Innovative Financing for Health: Learning From Country Experience*. Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

- Ottersen, Trygve, Aparna Kamath, Suerie Moon, et al. 2017. "Development assistance for health: What criteria do multi- and bilateral funders use?" *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 223-244. doi:10.1017/S1744133116000475
- Pablos-Mendez, Ariel, Karen Cavanaugh et Caroline Ly. 2016. "The New Era of Health Goals: Universal Health Coverage as a Pathway to the Sustainable Development Goals." *Health Systems & Reform*, 2:1, 15- 17, DOI: 10.1080/23288604.2015.1120377
- PEPFAR. 2014. Controlling the epidemic: delivering on the promise of an AIDS-free generation.
- Runde, Daniel F. et Conor Savoy. 2016. *The promise and limits of domestic resource mobilization*. Center for Strategic and International Studies.
- Soe-Lin, Shan, Sasha Frankel, Eunice Heredia et Marty Makinen. 2015. *Tax Reform and Resource Mobilization for Health*. Bethesda, MD : Projet Health Finance & Governance, Abt Associates Inc.
- Nations unies. 2015. The Millennium Development Goals report 2015.
- Le Tuan, Pham. 2016. Vietnam 2013 General Health Accounts and Disease Expenditures with Sub -Analysis of 2013 HIV/AIDS Expenditure.
- Banque mondiale. 2016. First universal health coverage financing forum: raising funds for health background paper. OMS. 2017. New perspectives on global health spending for universal health coverage: global report. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. *In World Health Report*. Genève, Suisse : OMS.
- Zeleeuw, Hailu. 2012. *Health care financing reform in Ethiopia: improving quality and equity*. Bethesda, MD : Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.

