



Policy brief N°1

Détermination d'un niveau adéquat de financement de la santé au Sénégal : Méthode des frontières de production



Novembre 2014

Contexte et problématique

L'état de santé de la population joue un rôle essentiel dans le processus de développement à travers son impact positif sur le capital humain et la productivité de la main d'œuvre. Ainsi, les progrès dans le domaine de la santé semblent avoir décisifs dans le miracle des pays émergents d'Asie et leur sortie de la misère.

La disponibilité des ressources financières constitue l'une des principales contraintes à la réalisation des progrès dans le secteur de la santé. Les dirigeants africains réunis à Abuja en Avril 2001, ont pris l'engagement de consacrer au moins 15% du total de leurs budgets nationaux au secteur de la santé. Cependant, rares sont les pays africains qui ont pu atteindre cet objectif ambitieux.

Selon les comptes nationaux de la santé la structure du financement du secteur de la santé s'établit comme l'indique le tableau 1 ci-dessous. Ainsi, sur la période 2006-2008, le financement du secteur provient surtout du secteur privé dont la contribution s'élève à 45%. L'Etat constitue le deuxième contributeur (39%) alors que la part des partenaires étrangers s'élève à 16%.

Tableau 1 : Structure du financement du secteur de la santé par source (%)

| | 2006 | 2007 | 2008 | Moyenne 2006-2008 |
|------------------|-------|-------|-------|-------------------|
| Fonds publics | 39 | 41 | 37 | 39 |
| Fonds privés | 41 | 48 | 46 | 45 |
| Fonds extérieurs | 20 | 11 | 17 | 16 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : Ministère de la santé et de l'action sociale

Même si la santé est une compétence transférée, le financement public du secteur provient essentiellement du budget de l'Etat, la part des collectivités locales s'établissant en-deçà du seuil de 5% sur la période 2006-2008 (tableau 2).

Tableau 2 : Structure du financement public de la santé (%)

| | 2006 | 2007 | 2008 | Moyenne 2006-2008 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------------------|
| Administration Centrale | 96,2 | 96,2 | 95,2 | 95,9 |
| Collectivités locales | 3,8 | 3,8 | 4,8 | 4,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : Ministère de la santé et de l'action sociale

En ce qui concerne le financement assuré par le secteur privé, il provient essentiellement des ménages (88,2%) et des employeurs (9,9%), la part des ONG oscille autour de 1% sur la période 2006-2008.

Tableau 3 : Structure du financement privé de la santé

| | 2006 | 2007 | 2008 | Moyenne 2006-2008 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------------------|
| Ménages | 88,7 | 88,7 | 87,1 | 88,2 |
| Employeurs | 9,4 | 9,4 | 10,8 | 9,9 |
| ONG | 0,8 | 0,8 | 1,0 | 0,9 |
| Autres fonds privés | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : Ministère de la santé et de l'action sociale

Les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB sont passées de 2,1% en 2003 à 3,2% en 2008. Si elles sont les plus élevées de la sous-région, leur niveau est faible au regard des besoins estimés pour atteindre les OMD de santé

Une question d'importance cruciale est de savoir le niveau adéquat de financement de la santé qui permettrait d'atteindre les objectifs fixés en matière de santé. Il s'agira de déterminer le niveau de dépenses totales et publiques requis pour atteindre les résultats en santé. De manière plus spécifique, nous allons analyser la performance du Sénégal par rapport aux indicateurs choisis, mais aussi estimer les gaps entre les dépenses en santé (totales et publiques) actuelles et celles qui assurent l'atteinte des objectifs dans le domaine de la santé.

Méthodologie et résultats

La méthodologie utilisée consiste à calculer une frontière de production sur la base des dépenses de santé d'un groupe de pays de référence qui ont été choisis pour leurs performances par rapport à certains indicateurs de santé. Le gap de dépenses est évalué par l'écart entre la frontière de production et le niveau observé au Sénégal.

L'échantillon est composé de 130 pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les indicateurs de santé retenus sont :

- 1) le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les personnes âgées entre 15 et 49ans (TPVIH),
- 2) l'espérance de vie à la naissance (EVN),
- 3) l'incidence de la tuberculose (IT),
- 4) le taux de mortalité adulte femme (TMAF),
- 5) le taux de mortalité adulte homme (TMAH),
- 6) le taux de mortalité des enfants de moins de 5ans (TMM5)
- 7) le ratio de mortalité maternelle (RMM).

Les dépenses de santé sont exprimées en dollars en parité du pouvoir d'achat.

Estimation des gaps en dépense de santé

Les gaps sont calculés en comparant les frontières de dépenses en santé totales et publiques estimées pour chaque résultat de santé et les dépenses observées. Il convient de noter que lorsque les dépenses en santé estimées sont inférieures aux dépenses en santé observées, le gap est considéré comme nul. Les résultats sont présentés dans les tableaux 4 et 5.

Tableau 4 : Dépenses totales en santé nécessaires pour améliorer les résultats en santé du Sénégal

| Indicateurs | Dépenses Totales en Santé par habitant (\$ PPA internationaux observé) | Dépenses Totales en Santé par habitant (\$ PPA internationaux nécessaires) | GAP des Dépenses Totales en Santé par habitant (\$ PPA internationaux courants) | GAP des Dépenses Totales en Santé (\$ PPA internationaux courants) |
|--|--|--|---|--|
| Taux de Prévalence du VIH/Sida | 109,7699 | 109,9782994 | 0,20839943 | 2.860.495 |
| Incidence de la tuberculose | 109,7699 | 118,1337526 | 8,363852642 | 114.802.417 |
| Espérance de vie à la naissance | 109,7699 | 156,0817048 | 46,3118048 | 635.676.805,3 |
| Taux de mortalité adulte, femme | 109,7699 | 140,4542872 | 30,68438718 | 421.174.542,8 |
| Taux de mortalité adulte, homme | 109,7699 | 98,47568263 | 0 | 0 |
| Taux de mortalité des enfants de moins de 5ans | 109,7699 | 169,1153388 | 59,3454388 | 814.576.739,3 |
| Ratio de mortalité maternelle | 109,7699 | 217,5514589 | 107,7815589 | 1.479.411.941 |
| Total | | | | 3.468.502.940,4 |

Tableau 5 : Dépenses publiques en santé nécessaires pour améliorer les résultats en santé du Sénégal

| Indicateurs | Dépenses Publiques en Santé par habitant (\$ PPA internationaux courants) observé | Dépenses Publiques en Santé par habitant (\$ PPA internationaux courants) nécessaires | GAP des Dépenses Publiques en Santé par habitant (\$ PPA internationaux courants) | GAP des Dépenses Publiques en Santé (\$ PPA internationaux courants) |
|--|---|---|---|--|
| Taux de Prévalence du VIH/Sida | 61,35065 | 33,18447873 | 0 | 0 |
| Incidence de la tuberculose | 61,35065 | 84,705576 | 23,354926 | 320.570.204,7 |
| Espérance de vie à la naissance | 61,35065 | 73,00321727 | 11,65256727 | 159.943.383 |
| Taux de mortalité adulte, femme | 61,35065 | 45,94359765 | 0 | 0 |
| Taux de mortalité adulte, homme | 61,35065 | 55,79149513 | 0 | 0 |
| Taux de mortalité des enfants de moins de 5ans | 61,35065 | 92,33556267 | 30,98491267 | 425.299.561,9 |
| Ratio de mortalité maternelle | 61,35065 | 91,11460568 | 29,76395568 | 408.540.680,7 |
| Total | | | | 1.314.353.830,3 |

Si on considère les dépenses totales de santé, les résultats obtenus indiquent qu'à l'exception du taux de mortalité adulte homme, des gaps de dépense apparaissent, ce qui porte à croire que le système de santé n'est pas performant pour les six autres indicateurs dans la mesure où les dépenses réalisées ne permettent pas de se hisser au rang des pays les plus performants.

En ce qui concerne les dépenses publiques de santé, il n'y a de gap pour les indicateurs tels que le taux de prévalence du VIH/Sida, le taux de mortalité adulte femme et le taux de mortalité adulte homme.

Le gap de dépense s'élève ainsi 3, 47 milliards de dollars en PPA et 1,31 milliards de dollars en PPA pour les dépenses totales et les dépenses publiques de santé respectivement.

Recommandations

Les résultats obtenus suggèrent les recommandations suivantes :

- **Augmentation des dépenses totales et publiques en santé**

Il s'agit de combler les gaps tant au niveau des dépenses totales que des dépenses publiques de santé pour hisser le système de santé sénégalais aux standards des pays en développement les plus performants. Cela passe par une amélioration de la couverture sanitaire et un effort plus conséquent des différents acteurs impliqués dans le secteur (Etat, collectivités locales, secteur privés, partenaires au développement)

- **Amélioration de l'efficacité des dépenses en santé**

L'amélioration de l'efficacité des dépenses en santé requiert l'évaluation de la technologie sanitaire, la définition des priorités locales, la réalisation régulière de missions d'audit suivies de l'application de mesures correctrices.

Le système de suivi évaluation du système de santé devrait être également renforcé de manière significative.

- **Amélioration de l'accès aux soins de santé**

L'efficacité des dépenses serait améliorée si les infrastructures de santé étaient réparties de manière plus équitable sur le territoire national. Une correction du déséquilibre en faveur du milieu rural rendrait plus aisé l'accès aux soins pour les couches de la population les plus défavorisées et agirait positivement sur les indicateurs de santé.

Références bibliographiques

Akin, J., Birdsall, N., et de Ferranti, D. (1987). “Financing health services in developing countries: An agenda for reform. A World Bank Policy Study”. Washington, D.C.: The World Bank.

Arhin-Tenkorang D., et Buckle G. (2001). “Cost of Scaling up Provision of Primary and Secondary Health Care Services in Ghana”. Non publié.

Bokhari, S., Farasat, A. Yunwei Gai, and Pablo Gottret (2006) “Government health expenditures and health outcomes” DOI: 10.1002/hec.1157.

Evans D., Tandon A., Murray C.J.L., and Lauer J.A. (2001). “Comparative Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis”. *British Medical Journal* 323 (11 août 2001).

Filmer D., Pritchett L. (1999) “The impact of public spending on health: does money matter”- *Social science & medicine* – Elsevier.

Macroéconomie et santé (2001). “Investir dans la santé pour le développement économique” /rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.

Ministère de la santé et de la prévention (2009). “Plan National de Développement Sanitaire PND 2009-2018 ”.

Preker, A. and Carrin, G. (2004) *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing*. Washington, D.C.: World Bank.

Preker A.S., Langenbrunner J., and Suzuki E. (2001). “The Global Expenditure Gap: Securing Financial Protection and Access to Health Care for the Poor”. Geneva, World Health Organization.

Preker A.S., Suzuki E., Buesterob F., Soucat A, and Langenbrunner J. (2005). “Costing the Millennium Development Goals, Global Expenditure Gap and Development Traps”. *Health, Nutrition and Population*, World Bank, Washington, DC.

Ridde V., Morestin F. (2011). “A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa”. *Health Policy Plan*; 26(1):1-11.

Shaw J.W., Horrace W.C., Vogel R.J. (2002). “The productivity of pharmaceuticals in improving health: an analysis of the OECD health data”. WUSTL economics working paper archive, HEW series 0206001:1–42.

Wagstaff A. (2002a). “Economic Growth and Government Health Spending: How Far Will They Take us Towards the Health MDGs”. Washington, World Bank.