



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)
UNITÉ D'ÉTUDES ET DE PROGRAMMATION (UEP)



Rapport des Comptes Nationaux de Santé

2012-2013

Août 2015



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
(MSPP)
UNITÉ D'ÉTUDES ET DE PROGRAMMATION
(UEP)

COMPTES NATIONAUX

DE SANTÉ

2012 - 2013

Août 2015

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	viii
MOT DU MINISTRE	xi
AVANT-PROPOS	xiii
DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS	xv
RÉSUMÉ EXECUTIF	xvii
 SECTION I- LES GENERALITÉS	1
CHAPITRE 1- CONTEXTE DE L'ETUDE	3
1.1- Déterminants de la santé et impacts sur le système	3
1.2- Le système de santé et l'exercice des fonctions essentielles	5
1.2.1- La gouvernance	5
1.2.2- Le financement	5
1.2.2.1- La mobilisation des ressources	6
1.2.2.2- La mise en commun des ressources	6
1.2.2.3- L'achat des services	7
1.2.3- La création de ressources	8
1.2.4- La prestation des services	9
 CHAPITRE 2 : LE PROCESSUS D'ELABORATION DES CNS	11
2.1- Cadre méthodologique	11
2.2- Elaboration des outils de collecte de données	12
2.3- Collecte des données	13
2.4- Traitement et analyse des données	13
2.5- Rédaction et présentation du rapport	13
2.6- Vulgarisation du rapport	13
2.7- Limites de l'étude	13

SECTION II.- ANALYSE DES RESULTATS	15
AGREGATS GENERAUX	17
CHAPITRE 3. ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE PAR SOURCE DE FONDS	21
3.1- Analyse du financement du trésor public	22
3.2- Analyse du financement du reste du monde	22
3.3- Analyse du financement privé	23
CHAPITRE 4- ANALYSE DES DEPENSES COURANTES PAR AGENT DE FINANCEMENT	25
4.1- Analyse des fonds gérés par l'administration publique	27
4.2- Analyse des fonds gérés par les agents privés	27
4.3- Analyse des fonds gérés par le reste du monde	28
CHAPITRE 5: ANALYSE DES DEPENSES PAR TYPE DE PRESTATAIRES, PAR FACTEUR DE PRODUCTION, PAR FONCTION ET PAR DOMAINE	31
5.1- Analyse des dépenses des prestataires par catégorie	31
5.2- Analyse des dépenses par facteur de production des services	33
5.3- Analyse des dépenses par fonction	35
5.3.1- Soins curatifs	36
5.3.2- Soins préventifs	36
5.3.3- Gouvernance et administration du système	37
5.3.4.- Biens médicaux	37
5.4- Analyse des dépenses par domaine	38
CONCLUSION	41
RECOMMANDATIONS	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	47

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 :	
VALEUR DE QUELQUES AGREGATS GENERAUX POUR L'EXERCICE 2012-2013	17
TABLEAU 2 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES TOTALES DE SANTE EN 2012-2013 PAR SOURCE DE FINANCEMENT	19
TABLEAU 3 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES D'INVESTISSEMENTS EN 2012-2013 PAR SOURCE DE FINANCEMENT	22
TABLEAU 4 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES COURANTES EN 2012-2013 PAR AGENT DE FINANCEMENT	26
TABLEAU 5 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES COURANTES EN 2012-2013 PAR PRESTATAIRE	32
TABLEAU 6 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES COURANTES EN 2012-2013 PAR CATEGORIE DE FACTEURS	34
TABLEAU 7 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES COURANTES EN 2012-2013 PAR FONCTION	35
TABLEAU 8 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES COURANTES EN 2012-2013 PAR DOMAINE	38

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 :	
REPARTITION DU FINANCEMENT TOTAL PAR SOURCE	21
FIGURE 2 :	
REPRESENTATION DES INVESTISSEMENTS PAR SOURCE	23
FIGURE 3 :	
DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DES DEPENSES PAR AGENT DE FINANCEMENT	26
FIGURE 4 :	
DISTRIBUTION DES DEPENSES COURANTES PAR GRANDE CATEGORIE DE PRESTATAIRES	33
FIGURE 5 :	
POURCENTAGE DES DEPENSES PAR FACTEUR	34
FIGURE 6 :	
DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DES DEPENSES PAR FONCTION	36
FIGURE 7 :	
DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DES DEPENSES COURANTES PAR DOMAINE	39

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I :

EVOLUTION DE QUELQUES VARIABLES ENTRE 2010 ET 2013	49
--	----

ANNEXE II :

EVOLUTION DE CERTAINS INDICATEURS ENTRE 2010 ET 2013	49
--	----

ANNEXE III : DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ

TABLEAU 1 :

REPARTITION DES DEPENSES TOTALES DE SANTE PAR AGENT DE FINANCEMENT ET REGIME DE FINANCEMENT EN 2012-2013 (FA X HF)	50
---	----

ANNEXE IV : DISTRIBUTION DES DÉPENSES COURANTES .

TABLEAU 1 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR AGENT DE FINANCEMENT ET REGIME DE FINANCEMENT (HF X FA)	51
--	----

TABLEAU 2 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR REGIME DE FINANCEMENT ET REVENU DES REGIMES DE FINANCEMENT (HF X FS)	52
---	----

TABLEAU 3 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR AGENT DE FINANCEMENT ET REVENU DES REGIMES DE FINANCEMENT (FA X FS)	53
--	----

TABLEAU 4 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR FONCTION ET REGIME DE FINANCEMENT (HC X HF)	54
--	----

TABLEAU 5 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR PRESTATAIRE ET REGIME DE FINANCEMENT (HP X HF)	55
---	----

TABLEAU 6 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR PRESTATAIRE ET FACTEUR DE PRODUCTION (HP X FP)	56
---	----

TABLEAU 7 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR PRESTATAIRE ET FONCTION (HP X HC)	57
--	----

TABLEAU 8 :

REPARTITION DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR DOMAINE ET AGENT DE FINANCEMENT	58
--	----

ANNEXE V :

LISTE DES INSTITUTIONS PARTENAIRES QUI ONT FOURNI LES DONNEES POUR L'ELABORATION CNS 2012-2013	59
---	----

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AFD	Agence Française de Développement
ASN	Autorité Sanitaire Nationale
BCG	Bacilles de Calmette-Guérin
BID	Banque Interaméricaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CICS	Classification Internationale pour les Comptes de Santé
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CSL	Centre de santé sans lits
DG	Direction Générale
DGI	Direction Générale des Impôts
DCS	Dépenses Courantes en santé
DTS	Dépenses Totales de santé
ECHO	Commission Européenne d'Aide Humanitaire et Protection Civile
ECVMAS	Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme
EMMUS	Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services
FA	Financing Agent (Agent de financement)
FP	Facteurs de Production
FS	Financing Source (Revenus des régimes de Financement de soins de santé)
FSRI	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de Financement
HC	Health Care (Fonction de santé)
HF	Health Financing (Régime de financement)
HFG	Health Financing and Governance
HP	Health Provider (Prestataire de services et de soins de santé)
HTG	Gourde Haïtienne
ICHA	International Classification for Health Accounts

IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
ISBLM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MGAE	Module de Gestion de l'Aide Externe
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
RDM	Reste du Monde
SCS	Système des Comptes de la Santé
SES	Service d'Economie de la Santé
SHA	System of Health Accounts
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
UCAONG	Unité de Coordination des Activités des ONG
UEP	Unité d'Etudes et de Programmation du MSPP
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UNOPS	Organisation des Nations Unies pour les Services d'Appui aux Projets
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

MOT DU MINISTRE

L'analyse de la situation sanitaire nationale fait ressortir l'insuffisance de la mobilisation des financements comme un des problèmes prioritaires. C'est pourquoi l'accroissement et l'alignement du financement de la santé avec les priorités et résultats projetés dans le but d'améliorer l'accessibilité financière de la population aux services de santé constituent un des axes de la politique nationale de santé.

Les Comptes Nationaux de Santé (CNS) sont un outil indispensable du dispositif de suivi de la mise en œuvre de cet engagement de l'Etat et de ses partenaires pour un financement adéquat du secteur de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a intégré le cercle des pays qui participent à cet exercice de reddition de comptes en vue de rendre transparentes les opérations financières qui sont réalisées dans le secteur de la santé chaque année. C'est un exercice compliqué du fait de la configuration du système d'information financière des opérateurs du système utilisant des façons de faire différentes et nous continuons à plaider pour l'harmonisation des procédures de décaissement.

Je profite pour remercier nos différents partenaires, tant publics que privés, nationaux et internationaux qui ont contribué à rendre disponibles les statistiques financières du secteur de la santé. L'évaluation de ces flux fait ressortir des informations qui permettent de mieux comprendre l'importance du rôle joué par les acteurs qui interviennent en tant que financeurs, gestionnaires des fonds ou prestataires de services de santé. Elles permettent également d'identifier les principaux mécanismes de financement et d'évaluer les montants utilisés pour les principales fonctions de santé.

Les résultats de l'année 2012-2013 montrent une diminution de 10% des dépenses totales de santé par rapport à l'année précédente malgré une augmentation du taux de croissance du PIB de 4.3%. Cette situation est surtout liée à la baisse du financement externe qui est passé de 64% à 52% et malgré une augmentation de 3% de la contribution de l'Etat, nous n'avons pas pu maintenir le niveau de l'année précédente pour répondre aux besoins d'une population qui ne cesse de croître.

Tout en s'engageant à poursuivre la publication annuelle des Comptes Nationaux de Santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Population souligne le fait que l'ensemble du processus, c'est-à-dire de la conception jusqu'à la publication du rapport, des CNS 2012-2013 a été entièrement réalisé par les cadres de son Unité d'Etudes et de Programmation (UEP). Avec cette nouvelle publication, le MSPP concrétise une nouvelle fois les efforts produits pour améliorer l'information et la reddition de comptes dans le système de santé, témoignage du renforcement de son leadership.



Dr Florence D. GUILLAUME
Ministre

AVANT-PROPOS

Le système de santé mondial s'est donné un outil d'aide à la décision appelé Comptes Nationaux de Santé que plusieurs pays dont Haïti utilisent depuis plusieurs années. C'est l'instrument particulier du système de comptabilité sanitaire qui retrace les flux financiers ayant circulé dans le secteur au cours d'une période donnée; il est au service de tous les opérateurs du système en leur fournissant les informations nécessaires pour des prises de décisions éclairées et avisées. Il contribue à répondre aux questions sur les sources de financement du système, les montants dépensés, les biens et services achetés et les catégories de prestataires.

Non seulement les CNS décrivent la situation financière du secteur, ils produisent aussi une analyse conduisant à chaque catégorie d'opérateurs de sorte que le financement est retracé depuis le niveau de la mobilisation et de la collecte des fonds jusqu'à l'achat des services en passant par la gestion faite des ressources mobilisées.

À l'heure de la nouvelle gestion publique qui prône, entre autres, la transparence à travers la reddition des comptes, les CNS s'imposent comme un instrument privilégié de rapport financier à caractère à la fois descriptif et analytique et élaboré à des fins spécifiques d'orienter la décision. Ils contribuent à mettre fin à l'opacité qui régnait dans la gestion des fonds destinés au financement de la santé en vue d'améliorer les résultats. Les CNS 2012-2013 sont conformes aux prescrits théoriques qui déterminent la méthodologie à suivre pour produire les comptes sectoriels de la santé; ce qui lui donne droit de partager le statut de document standard permettant d'être comparable sur le plan international.

Ce document est divisé en deux sections et cinq chapitres, rapportant le contexte des dépenses de santé en 2012-2013, le processus méthodologique adopté, la présentation et l'analyse des résultats. Finalement, les annexes renvoient aux tableaux croisés qui rapportent les résultats en détail et les institutions partenaires du système qui ont contribué à la réalisa-

tion des comptes en fournissant les données sur les fonds qu'ils ont fournis ou gérés et sur les biens et services de santé qu'ils ont produits et vendus. Les comptes sectoriels de la santé restent un miroir pour refléter les flux financiers ayant circulé à travers les différentes catégories d'opérateurs permettant de répondre aux questions les concernant.

DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS

Païement direct des ménages:

Païement pour des services prélevé sur la principale source de revenue ou sur l'épargne du ménage, aucun tiers payant n'est impliqué. Le paiement est fait par l'utilisateur au moment de l'utilisation des services.

Régimes de financement :

Les régimes de financement de la santé sont des composantes structurales des systèmes de financement de la santé, ils regroupent les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé. Les régimes de financement de la santé incluent les paiements directs par les ménages pour les services et biens de santé et les dispositifs de financement de tierces parties.

Revenus des régimes de financement :

Ils renvoient aux sources de financement. Le revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.

Formation brute de capital fixe :

La formation brute de capital dans le système de soins de santé est mesurée par la valeur totale des actifs que les prestataires de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production de services de santé.

Agents de financement :

Un agent de financement est une unité institutionnelle impliquée dans la gestion d'un ou de plusieurs régimes de financement. Il peut ainsi recevoir des revenus, payer des services au nom d'un ou de plusieurs systèmes de financement, et peut être impliquée dans la gestion et la réglementation du financement de la santé.

La Gouvernance:

Supervision du système, en termes de formulation de politique, de réglementation appropriée et de suivi.

La Création de ressources :

Investissements dans les ressources humaines, les intrants et les technologies essentiels.

Financement :

Mobilisation/mise en commun de ressources pour la santé, achat de services.

Fourniture de services :

Combinaison d'apports qui font partie du processus de production de services qui résulte en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté; elle vise à produire un mélange de services personnels et non personnels les meilleurs et les plus efficaces, et à les rendre accessibles.

Dépenses courantes :

Dépenses de consommation finale en biens et services de santé de la population résidente.

RÉSUMÉ EXECUTIF

S'il faut brièvement rapporter l'essence des comptes nationaux de santé de l'exercice 2012-2013, il faut tout d'abord dire qu'ils ont été réalisés avec la participation de la majorité des partenaires les plus présents en termes de prestation ou de gouvernance. La collecte des données a touché les opérateurs de tous les niveaux pour arriver aux résultats qui suivent.

Pour un pays de 10,579,230 habitants et un PIB de 364,811,000,000 gourdes en 2012-2013, les dépenses totales de santé s'élevaient à 29,536,804,846.04 gourdes, ce qui représente 8% du PIB. En moyenne, les dépenses de santé per capita sont évaluées à 2,792 gourdes ou \$64 US pour l'année 2012-2013 au cours de laquelle le taux de change était de 43.7 gourdes pour un dollar américain. Entre temps, le budget du MSPP est passé de 7% à 9% entre les deux exercices dans le budget national, caractérisant une augmentation de 2%.

Les CNS ont permis d'évaluer la part des sources externes, privées et publiques qui sont les trois grandes catégories de sources dans le financement des dépenses de santé pour l'exercice 2012-2013. Au cours de cet exercice, les dépenses publiques représentaient 10% des dépenses totales de santé, celles du secteur privé 38% et celles du secteur externe 52%.

Comme pays à faible revenu, les dépenses de santé per capita d'Haïti sont très significatives. Cependant, il reste à questionner la performance du système pour apporter un niveau de satisfaction proportionnel à celles des dépenses en vue de répondre aux besoins de santé de la population. Nonobstant ces efforts consentis qui méritent d'être améliorés, il faut conjuguer les interventions d'un ensemble d'autres secteurs pour garantir un meilleur état de santé à la population, car prises isolément, les infrastructures proprement sanitaires ne sauraient suffire à offrir cette garantie. À cet effet, il va falloir créer un environnement plus salubre, c'est-à-dire moins propice à la propagation des maladies; augmenter les infrastructures de transports pour améliorer l'accessibilité géographique vers les prestataires de services de soins; créer les conditions pour une augmentation du pouvoir d'achat de la population afin de favoriser l'accès financier aux services de santé; renforcer les mécanismes de prépaiement afin de réduire les risques financiers ainsi que les dépenses catastrophiques et continuer à augmenter et améliorer l'offre des services de santé.

SECTION I

LES GENERALITÉS

Ce document est divisé en deux grandes parties appelées «section» faisant chacune référence à un niveau d'analyse distincte. Le développement de la section comprend les éléments caractéristiques de la période au cours de laquelle les dépenses de santé ont été réalisées, question de faire le lien entre ces éléments, les dépenses et l'état de santé de la population. Les voies et moyens utilisés pour l'élaboration du document sont aussi exposés dans cette première partie pour éclairer les lecteurs sur la méthodologie appliquée. Cette section est appelée «Généralités» parce que l'étude des comptes commence avec le chapitre trois, premier chapitre de la deuxième section.

CHAPITRE 1

CONTEXTE DE L'ETUDE

Les Comptes Nationaux de Santé présentent les dépenses réalisées dans le secteur de la santé au cours d'une période déterminée. Ce sont les comptes sectoriels de la santé qui mettent en évidence les différents contextes du financement des dépenses pour les soins de santé de la population résidente dans un pays donné. Ces contextes sont déterminés par la situation dans laquelle évolue le système de santé et comment il exerce ses différentes fonctions. Les Comptes Nationaux de Santé d'Haïti ne font pas exception à ces règles et cela sert d'arguments pour passer en revue et établir une liaison entre les déterminants de la santé et le fonctionnement du système d'une part et d'autre part, pour analyser comment les fonctions essentielles du système de santé ont été exercées dans le contexte des dépenses de l'année fiscale 2012-2013.

1.1- Déterminants de la santé et impacts sur le système

Les déterminants de la santé sont un ensemble de situations qui, pour la plupart, ne relèvent pas spécifiquement du secteur de la santé. Pourtant ils sont essentiels à la performance du système de santé car ils conditionnent, en quelque sorte, l'efficacité et l'efficience des interventions en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population. Ils sont d'ordre démographique, biologique, environnemental, culturel, social, économique et financier. Globalement, le système de santé n'a pas la haute main sur ces facteurs, qui débordent de sa sphère d'action et renvoient à d'autres secteurs de la vie nationale. Comme le nom l'indique, ces dispositifs jouent un rôle fondamental tant dans l'accessibilité des services de santé que dans leur efficacité ; la faiblesse de ces facteurs constitue des barrières soit à l'accès soit à une bonne utilisation des services. Si on se réfère à certains résultats de l'EMMUS V concernant l'accès de la population aux services, l'étude rapporte que 40% de la population n'ont pas accès à une source d'eau adéquate, 25% des

ménages n'ont accès à aucune toilette alors que 26% seulement disposent d'installations adéquates et seulement 34% disposent d'une à deux pièces pour dormir. A part les indicateurs en eux-mêmes, on peut comprendre les incidences des réalités qu'ils expriment sur la santé bien que ne relevant pas directement des autorités sanitaires. On comprend les conséquences de l'apparition d'une épidémie sur une population qui n'a pas d'eau potable, ni toilette et qui vit en promiscuité. L'expression la plus criante de cette anomalie peut se retrouver dans les déterminants culturels où les pratiques dans un environnement donné sont plutôt favorables à la propagation des maladies, dans un contexte d'insalubrité déjà favorable.

En d'autres termes, on peut dire qu'un système de santé performant est tributaire de variables indépendantes des décisions de l'administration du système de santé. Ainsi on admet qu'une croissance démographique supérieure au rythme de développement des services de santé aura un impact certain sur l'offre des services. Il est encore plus grave pour les conditions environnementales, culturelles ou socio-économiques sur lesquelles le secteur de la santé a très peu d'influence.

A ce propos, on convient qu'un bon état de santé de la population dépend de l'interaction cohérente et active de plusieurs secteurs autres que la santé qui visent la mise en place des conditions préalables à la performance des services de santé ainsi qu'à son accessibilité tant physique que financière.

A cet effet, le développement d'un environnement salubre et la prise en compte de certaines approches culturelles sont nécessaires dans la prévention de certaines maladies et peuvent contribuer à l'efficacité des services de santé. Il en est de même pour l'augmentation du pouvoir d'achat des ménages et la construction d'un système de sécurité sociale qui peuvent participer à la réduction des barrières financières à l'accès aux soins. Il convient aussi de souligner l'importance des infrastructures de transport dans l'accroissement de l'accessibilité aux services.

Fort de ces constats, il ne reste pas de doute que l'efficacité des dépenses de santé est étroitement liée à l'intersectorialité et à la cohérence des politiques publiques des autres secteurs vitaux de la vie nationale. Ainsi, nous convenons que la santé n'est pas une chasse gardée de la médecine mais requiert la synergie d'un ensemble de secteurs bien plus large. Tant que ces déterminants seront déficients, on cherchera en vain à avoir un système de santé performant, d'autant plus que le système lui-même comporte ses propres handicaps.

1.2- Le système de santé et l'exercice des fonctions essentielles

Un système de santé est un ensemble de dispositifs cohérent et articulé, destiné à remplir des fonctions de gouvernance, de création de ressources, de financement et de prestation des services de santé. L'économie de la santé étant transversale sur les quatre fonctions, les comptes nationaux de santé constituent l'instrument particulier pour l'étude des flux du financement car ils établissent le lien entre les dimensions du financement, de la production des services et de la consommation. A ce titre, dans le cadre des comptes nationaux de santé pour l'exercice 2012-2013, on verra comment le financement est organisé, structuré et exercé dans le système de santé en Haïti. Les composantes de cette fonction sont identifiées à travers la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat des services.

1.2.1- La gouvernance

Le leadership du secteur de la santé est assuré par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) mais ce, dans un contexte très particulier, celui d'une forte dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds. Cette situation contribue à la création de conditions favorables à un leadership partagé ou même dispersé et limite les pouvoirs de décision et de contrôle de l'autorité sanitaire nationale; cela n'empêche pas pour autant que le MSPP reste le principal régulateur du système et celui qui définit les grandes orientations du secteur. La grande dépendance au financement externe rend l'exercice de cette fonction mitigé car une adéquation entre les décisions du Ministère et la volonté de certains partenaires est souvent nécessaire pour avancer dans une direction donnée. Il est théoriquement admis par tous les partenaires du MSPP qu'au titre d'autorité sanitaire nationale, il assure la gouvernance du secteur mais dans la réalité, surtout en matière de financement, l'expression ne paraît pas si évidente.

1.2.2- Le financement

La fonction du financement de la santé s'identifie à trois dimensions dans le système de santé ; elles sont complémentaires et leur articulation est déjà une contribution essentielle à la performance du système. Ces dimensions sont notamment la mobilisation des ressources, la mise en commun et l'achat des services. Les autres fonctions sont assujetties à celle du financement et cela explique pourquoi il est central dans les débats à tous les niveaux car s'il n'est pas une finalité, il est un moyen essentiel pour atteindre les objectifs.

1.2.2.1- La mobilisation des ressources

Comme partout ailleurs, en Haïti, la fonction du financement de la santé comprend deux composantes à savoir les régimes de financement et les unités institutionnelles appelées encore les agents de financement qui gèrent les régimes. La mobilisation des ressources renvoie aux sources de revenus des régimes de financement, elle regroupe les stratégies mises en place pour la collecte des fonds auprès des différentes catégories de sources de financement. Dans le contexte haïtien, ces sources sont constituées par les bailleurs internationaux, les organisations philanthropiques, les ménages et l'Etat. Dans un contexte économique marqué par une augmentation du taux de croissance de l'économie passant de 2,9% au cours de l'exercice 2011-2012 à 4.3% en 2012-2013, la mobilisation des ressources devrait se faire dans de meilleures conditions que l'année précédente, mais il se heurte à la décroissance des flux de financement externe, ce qui ramène à une contraction de l'offre financière en faveur de la santé car les conditions externes ont une très grande influence sur le volume des fonds mobilisés. Si l'augmentation de la croissance économique nationale apparaît comme un facteur favorable à l'augmentation du financement de la santé, tel n'a pas été le cas bien que sa part du budget ait augmenté. Cette augmentation n'était pas suffisante pour avoir un impact sur l'ensemble des intervenants locaux qui participent au financement de la santé étant donné que véritablement, il n'y a pas eu de création et distribution de richesse. Cela expliquait pourquoi les hausses des dépenses de santé incombaient au financement externe et coïncidaient avec des périodes de catastrophes ou de crises. Donc, passé des situations d'urgence que le pays a connues et des contraintes financières internes et externes, les CNS 2012-2013 sont élaborés dans un contexte tendanciel à la baisse du financement des dépenses de santé.

1.2.2.2- La mise en commun des ressources

Par ailleurs, la mise en commun des ressources mobilisées est associée aux activités des unités institutionnelles dites des agents de financement qui comprennent les sociétés d'assurance, les organisations philanthropiques (ONG nationales et internationales) et les ménages eux-mêmes. C'est une fonction essentielle à la pratique de l'équité, elle est la base de la mutualisation des risques et un facteur d'accroissement de l'accès des services de santé à un plus grand nombre de bénéficiaires, particulièrement les plus vulnérables. L'importance de cette fonction explique pourquoi en Haïti, la faiblesse des sociétés d'assurance est compensée par

la multiplication des Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBL-SM) de la catégorie des ONG. Cette catégorie est la principale branche qui assure l'intermédiation financière entre les sources de financement et les prestataires de service de santé. Malgré la présence de ces intermédiaires qui devraient atténuer les effets pervers des paiements directs, la situation des ménages n'en demeure pas moins catastrophique financièrement lorsqu'il s'agit de se procurer les soins de santé. La faiblesse particulière du système assurantiel avec environ huit sociétés d'assurance, couvrant un peu moins que 4% de la population selon le dernier résultat de l'EMMUS V, constitue un handicap majeur au partage des risques et un conditionnement favorable aux dépenses catastrophiques. En général, les organisations philanthropiques font l'autogestion du financement qu'elles ont mobilisé auprès des donateurs étrangers ou locaux, une grande partie de ces ONG remplit la fonction d'agents de financement et de prestataires de service en disposant de leurs propres structures de soins, ce qui ne contribue pas au développement efficace des mécanismes de la mise en commun voire de mettre à profit l'objectif du partage des risques. Si certains sont d'avis que ces mécanismes peuvent assurer la mise en commun, même envisager une mise en commun virtuelle, il ne serait pas de trop si on arrive réellement à questionner leur efficacité dans la perspective d'une couverture sanitaire universelle souhaitée tant par le MSPP que par ses partenaires. En terme général, les contributions au financement de la santé sont gérées par des agences et organisations affiliées aux donateurs, ce qui est défavorable à la création d'un panier unique qui serait plus efficace que la mise en commun actuelle correspondant à une gestion mitigée, dispersée des fonds et favorable à la duplication.

1.2.2.3- L'achat des services

L'objectif final des fonctions précédentes est la prestation et la consommation des services de santé par la population. Si les dépenses totales de santé sont distribuées entre les dépenses en capital et les dépenses courantes, la fonction d'achat des services est essentiellement tournée vers les biens et services de santé nécessaires à la consommation finale dans le cadre des dépenses courantes. Comme dans tous les marchés, la fonction d'achat s'associe à une offre et une demande. En effet, la consommation des services prestés par ces institutions a permis d'apprécier certains indicateurs de santé de la population. Ainsi, pendant la période 2012-2013, 83% des enfants de moins d'un an sont vaccinés, le ratio de la morta-

lité maternelle est de 157 pour 100,000 naissances vivantes, 3.2% des examens de VIH sont positifs, 12.14% pour les cas de malaria ; le taux de vaccination contre la polio est de 97%, celui contre la rougeole-rubéole de 85% et le taux de vaccination au BCG pour les enfants de moins d'un an de 83%. Dans le domaine de la santé de la reproduction, la situation se présente avec un taux de couverture de premières visites prénatales de 41.35% et un taux d'accouchements institutionnels de 49.96%.

En fait, l'achat des services est surtout assuré par les ménages à travers les paiements directs et les agents de financement tels que les sociétés d'assurance et les organisations philanthropiques qui achètent les services pour les ménages. Même si ces derniers sont assurés, ils dépensent toujours leur argent directement auprès des prestataires pour l'achat des services pour se faire rembourser ultérieurement à 80% de leurs débours, ce qui fait dire à certains que ces agences ne sont pas vraiment des assurances car elles ne constituent pas une sécurité pour les assurés. De manière générale, deux grandes catégories sont impliquées dans l'achat des services, ce sont les différents mécanismes de financement qui sont gérés par les agents et les prestataires pour l'offre des services.

Ainsi, dans un contexte rythmé par une tendance à la baisse des dépenses de santé et particulièrement des fonds externes et d'une faible croissance de l'économie nationale qui n'a pas d'impact significatif sur le financement de la santé, la redynamisation des trois dimensions du financement est devenue une urgente priorité.

1.2.3- La création de ressources

Le volet de la création des ressources est une fonction d'investissement qui participe tant au développement du système qu'à son efficacité. Elle est le fondement de la planification des ressources et absorbe tant les dépenses courantes que celles de l'investissement en assurant l'approvisionnement en intrants, la construction des infrastructures sanitaires, la formation des ressources humaines, l'acquisition des équipements et la prise en compte du volet recherche et développement dans les nouvelles technologies médicales. Tout fonctionnement anormal de cette fonction est une explication plausible d'un système de santé déficient et inefficace qui n'a pas su articuler les besoins et les ressources dans la perspective de production des biens et services de santé de qualité et en quantité suffisante, en relation avec la demande de la population. L'application de cette fonction est essentielle et est remplie dans le système haïtien ; cependant, il faudrait se chercher à savoir comment et avec quelle

efficacité elle est remplie? Ce qui nous renvoie à l'évaluation des curricula des écoles de formation des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé ; au montant investi dans la recherche et développement médical ; la distribution des infrastructures sanitaires à travers le pays pour répondre aux besoins de la population ; la politique d'approvisionnement en intrants et produits pharmaceutiques ainsi qu'au niveau d'équipements des institutions de santé.

1.2.4- La prestation des services

Dénommée encore fourniture de services, la fonction de prestation combine, dans un processus de production, les différentes catégories de ressources pour réaliser l'objectif de tout système de santé qui est de garantir la bonne santé d'une population grâce à son offre de service. Ainsi, l'offre des services dans le système de santé haïtien correspond aux paquets de services produits par l'ensemble des prestataires nationaux et le reste du monde. Une chaîne d'intervenants assure la production avec une pyramide de prestataires répartie en trois niveaux dont le niveau primaire avec trois échelons, secondaire et tertiaire sans ignorer les prestataires de services auxiliaires qui n'appartiennent pas à cette hiérarchie. A cet égard, les institutions sanitaires recensées dans le système de santé dont la gouvernance est assurée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population sont au nombre de 1048 dont 12% sont des hôpitaux, 14% des centres de santé avec lits et 74% des centres de santé sans lit et des dispensaires. Les cliniques ou cabinets médicaux sont des institutions de santé qui s'ajoutent à l'ensemble des institutions sanitaires précédemment citées. Toutefois, on retrouve aussi d'autres structures de prestation de services liées à la santé, ce sont les laboratoires médicaux, les pharmacies et les prestataires de soins préventifs. Toutes ces catégories d'institutions constituent les principaux centres de coût pour les dépenses courantes.

La fonction de prestation de service n'est pas assurée seulement par la médecine scientifique ; la médecine traditionnelle joue un rôle fondamental dans l'offre des services de soins de santé à la population dont 70%¹ en fait usage malgré que son intégration dans le système de santé national souffre d'une certaine marginalisation. Bien que mal maîtrisée, peu encadrée et non réglementée par les services concernés, elle représente le premier recours surtout pour les ménages qui vivent à la campagne lorsqu'ils tombent malades. La vulgarisation et la systématisation de la médecine traditionnelle aurait pu être une alternative viable pour la population vu les conditions socio-économiques précaires et le coût relativement faible des prestations qu'elle fournit.

1 Politique Pharmaceutique Nationale 2015

CHAPITRE 2

LE PROCESSUS D'ELABORATION DES CNS

L'élaboration des comptes nationaux de santé est un exercice visant la description systématique des flux financiers liés à la production et la consommation des biens et services de santé. Ce projet a un ancrage historique du point de vue méthodologique, étant conditionné par le besoin de comparaison des résultats sur le plan international d'où l'usage d'une méthodologie standardisée qui délimite les champs d'intervention des dépenses en santé. Ainsi, plusieurs guides méthodologiques ont été élaborés pour servir de cadre à la production des CNS comme outils stratégiques pouvant servir à la prise de décisions. Ce sont, en effet, les deux versions du système des comptes de santé (SCS) à savoir le SCS1.0 publié en 2000 par l'OCDE et le SCS 2011 en 2011. Dans l'intervalle, le Guide d'élaboration des Comptes Nationaux de Santé qui inclut les spécifications pour les pays à revenus faibles et moyens a été publié en 2003. Il faut mentionner que le SCN93 (système de comptabilité nationale) est une autre méthodologie utilisée pour élaborer les CNS. Le cadre méthodologique utilisé dans la production des comptes nationaux d'Haïti est le SCS 2011 qui correspond à la méthodologie actuelle, reconnue par l'OMS et utilisée par les pays membres.

2.1- Cadre méthodologique

Le SCS 2011 est la dernière version du système des comptes de la santé. Il offre la possibilité de renforcer la relation entre les dimensions étudiées par les CNS à savoir le financement, la production et la consommation des services, la description des soins de santé et les dépenses de santé à long terme. Cette méthodologie couvre de manière plus complète, par rapport à la précédente, la classification fonctionnelle dans les domaines de la prévention et les soins à long terme ; elle précise l'univers des prestataires de soins de santé, établit des liens très étroits avec la classification des types d'industries et développe une approche très claire sur le suivi des financements du secteur de la santé par l'utilisation de nouveaux systèmes de classification des financements.

2.2- Elaboration des outils de collecte de données

Pour toute œuvre d'analyse, il y a une ressource qui est toujours nécessaire à la base, il s'agit des données qui doivent être collectées. Cette chaîne nous renvoie d'abord à la révision de questionnaires existants pour les adapter au milieu haïtien. Il existe autant de questionnaires que de dimensions à croiser dans les tableaux : questionnaires pour les sources de fonds, pour les agents de financement (ONG, Assurances, organismes publics) et pour les prestataires de services.

2.3- Collecte des données

Pour recueillir les données à analyser, les questionnaires ont été transférés par courriel aux destinataires respectifs. Bien que la récupération n'aie pas été facile, il faut avouer que la collaboration a été meilleure avec les bailleurs. Des données ont aussi été puisées dans une autre source assez importante même lorsque ces dernières présentaient certaines limites. Il s'agit de la base de données de l'UCAONG du Ministère de la Planification et de la Coopération Externe. La DGI n'a pas été en reste dans la contribution des instances étatiques en faveur de la collecte des données pour l'élaboration des CNS de l'exercice 2012-2013. Une autre composante de ces données a été collectée à travers la base ECVMAS, il s'agit des dépenses des ménages qui ont été ajustées au taux d'inflation de la période sous étude.

2.4- Traitement et analyse des données

Pour le traitement des données, un tableur Excel a été utilisé pour la saisie en ayant soin de segmenter le travail en deux fractions dont l'une pour les données des bailleurs et l'autre pour celles des agents. Deux équipes de saisie ont été mobilisées pour réduire la durée du processus. Plusieurs opérations ont été réalisées au cours de cette étape, comme la celles de la vérification de la fiabilité des données et de leur complétude. À la fin de cette phase, les deux bases ont été fusionnées. Une deuxième phase a consisté à vérifier et corriger certaines erreurs afin d'harmoniser les codes avec les noms correspondants pour toutes les variables. Ce travail intense et minutieux est l'étape préalable à la sortie des tableaux. Le traitement de ces données a été réalisé en fonction de la nomenclature établie par le Système des Comptes de la Santé élaboré et publié en 2011 (SCN 2011).

Après la sortie des tableaux, les résultats issus des tableaux croisés ont été analysés, une des étapes fondamentales dans l'élaboration des CNS. À cette fin, la base de données a été utilisée pour produire des tableaux croisés desquels les indicateurs à analyser ont été calculés. Ces tableaux sont essentiels à la production des comptes nationaux de santé

puisqu'ils constituent les seuls moyens permettant de visualiser les relations entre les différentes dimensions du financement des dépenses de santé, tant au niveau du financement et des intermédiaires que des centres de coûts. Si les tableaux présentent les chiffres et permettent de calculer les indicateurs, l'analyse elle-même présente la parole des chiffres et c'est pourquoi elle a toute cette importance car elle est l'expression décodée des chiffres qui facilite la compréhension de la réalité du financement et des dépenses de santé dans le pays.

2.5- Rédaction et présentation du rapport

Depuis 2011, le MSPP a mis sur pied une équipe pour conduire le processus d'élaboration des CNS. L'équipe a réalisé toutes les étapes conduisant à cette phase de rédaction et présentation du rapport des CNS 2012-2013. Cette équipe est composée de Jean Yonel ANTOINE et de Jacqy PERRIER avec le soutien de Claude PADOVANY, chef du Service de l'Économie de la Santé ; ce service étant la structure de l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) du MSPP chargée d'élaborer les CNS.

2.6- Vulgarisation du rapport

Plusieurs moyens ont été utilisés pour vulgariser le rapport. Parmi lesquels on retrouve la présentation en version Power Point aux différents partenaires du secteur de la santé, la distribution d'exemplaires en format dur aux partenaires ainsi qu'aux représentants et institutions des autres secteurs et le postage du document, téléchargeable sur le site web du MSPP (www.mspp.gouv.ht).

2.7- Limites de l'étude

Les limites suivantes de l'étude peuvent être évoquées :

- ♦ Les agents de financement ont faiblement participé à la collecte des données, ce qui n'était pas favorable à la triangulation de certaines données dans le cadre de la vérification.
- ♦ Les rapports fournis à l'UCAONG par certaines ONG ne correspondent pas aux besoins des CNS car certaines des données soumises sont valables pour plusieurs périodes alors que les CNS sont produits par exercice.
- ♦ Les données agrégées ont freiné certains niveaux d'analyse car les sources de données ayant pleinement participées à la collecte sont les sources de fonds qui pourtant n'ont pas remonté leurs informations jusqu'aux centres de coûts.

SECTION II

ANALYSE DES RESULTATS

La présentation des tableaux ne suffit pas pour permettre aux Comptes Nationaux de répondre aux besoins d'aide à la prise de décision qu'ils représentent. L'analyse des résultats s'impose donc en vue d'approfondir les causes et les conséquences des phénomènes observés. Établir la corrélation entre certains indicateurs et l'état de santé de la population est le fondement de cette analyse qui se veut être un guide pour les décideurs.

AGREGATS GENERAUX

Au cours de la période 2012-2013, l'économie haïtienne a cru à un taux de 4.3%² faisant passer le PIB en gourdes constantes de 14,407 millions à 15,026 millions entre 2011-2012 et 2012-2013 pendant que la part du budget de la santé dans le budget national est passée de 7% à 9%. Au cours de ce dernier exercice, le PIB en gourdes courantes a été de 364,811 millions de gourdes tandis que les dépenses totales de santé (DTS) totalisaient 29,536,804,846.04 gourdes soit 8.09% du PIB, les dépenses courantes en santé 26,383,311,296.02 gourdes représentant 7.23% du PIB et les dépenses en capital dans le secteur 3,153,493,550.02 gourdes, soit 0.86% du PIB. La présentation de ces agrégats permet de constater la part des dépenses en santé dans le PIB et de déduire la décision qu'il adviendra de prendre dépendamment des priorités de l'Etat par rapport aux secteurs vitaux du pays. De toute évidence, le calcul paraît simple bien que les choix peuvent se révéler beaucoup plus complexes, car dirait-on le secteur de la santé est trop essentiel pour l'ensemble des activités économiques pour que ses dépenses ne puissent mobiliser un dixième du PIB national.

Tableau 1 : Valeur de quelques agrégats généraux pour l'exercice 2012-2013

Agrégats	Valeur
Population totale	10,579,230 habitants
PIB (gourdes courantes)	364, 811,000,000.00
Dépenses totales (gourdes courantes)	29,536,804,846.04
Dépenses courantes (gourdes courantes)	26,383,311,296.02
Dépenses d'investissement (gourdes courantes)	3,153,493,550.02
Dépenses de santé par habitant (Gourdes)	HTG 2,792
Dépenses de santé par habitant (US \$)	US\$64
Dépenses de santé du secteur public en % des DTS	10%
Dépenses de santé du reste du monde en % des DTS	52%
Dépenses privées en % des DTS	38%
Taux de change	43.7 gourdes pour 1US \$

Sources : IHSI et CNS 2012-2013

La comparaison de l'évolution des dépenses de santé entre les deux dernières années fiscales et celle du PIB de ces mêmes exercices, révèle une variation inversement proportionnelle entre ces deux agrégats. Alors que le PIB a connu un taux de croissance de 4.3%, les DTS de leur côté, ont diminué passant de 32 milliards à 29 milliards, soit une diminution de 10%. Mais cette situation est surtout liée à la baisse du financement externe et c'est pourquoi la dépendance est dangereuse et pourrait biaiser les analyses et les décisions. Ces indicateurs devraient-être révélateurs de l'étroite relation entre la santé et l'économie mais cette tendance inverse des indicateurs du PIB et des dépenses de santé traduisent une situation d'inadéquation qu'aucune approche théorique ne peut soutenir, voire la réalité des besoins de financement du secteur. Néanmoins, il faut aussi admettre que les dépenses de santé par habitant (\$64) sont assez significatives par rapport au seuil de l'OMS qui se situe entre \$44 et \$60³ pour les pays à faible revenu, ce qui met Haïti au-dessus de cette catégorie sans avoir une meilleure situation sanitaire pour autant. Alors, s'il faut continuer à se battre pour plus de ressources pour la santé, il s'avère aussi nécessaire de songer à se battre pour avoir plus de santé pour l'argent qu'on est disposé à dépenser dans le système.

Par ailleurs, les dépenses totales de santé sont subdivisées en deux grandes catégories, ce sont les dépenses courantes ou de fonctionnement et les dépenses d'investissement. La pre-

³ [http:// www. Internationalhealthpartnership.net](http://www.Internationalhealthpartnership.net). Une référence de l'OMS pour la période de 2009 et 2015 rapportait \$44 pour 2009 et \$60 pour 2015.

mière catégorie représente 26,383,311,296.02 gourdes et la deuxième 3,153,493,550.02 gourdes, soit respectivement 89% et 11% des DTS. L'analyse de cette distribution dans les prochains tableaux permettra de voir quelle part des dépenses courantes a été effectivement allouée à la prestation des services aux bénéficiaires ou à la gouvernance du système.

CHAPITRE 3

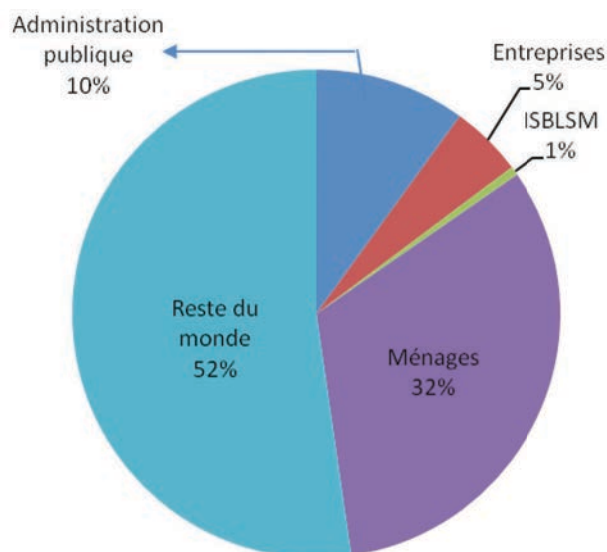
ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR SOURCE DE FONDS

Les sources de financement de la santé en Haïti sont relativement nombreuses bien que regroupées entre trois grandes catégories. Cette dimension renvoie aux revenus des régimes de financement qui ont contribué aux dépenses de santé de la population résidente. Ces sources sont identifiées à travers la mobilisation des fonds des gouvernements étrangers, des agences multinationales et des organisations philanthropiques qui constituent le financement externe. D'autre part, les fonds publics, le financement des ménages et des ONG nationales représentent les ressources domestiques du financement de la santé. Une distribution des dépenses par sources de financement permet de déterminer le poids de chaque catégorie et d'orienter la mobilisation des ressources dans la perspective d'une nouvelle stratégie de financement de la santé.

**Tableau 2 : Distribution des Dépenses Totales de Santé par source de financement
en 2012-2013**

Sources de financement	Montants	%
Administration publique	2,950,654,345.23	10%
Entreprises	1,407,019,941.86	5%
ISBLSM	174,683,738.00	1%
Ménages	9,561,746,418.98	32%
Reste du monde	15,442,700,401.97	52%
Total	29,536,804,846.04	100%

Figure 1 : Répartition du financement total par source en 2012-2013



Source : Tableau 2

3.1- Analyse du financement du trésor public

Le trésor public est représenté par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et toute autre structure publique participant au financement de la santé. Dans son rôle de régulateur et de prestataire de services, l'Etat contribue tant à la gouvernance dont il est le principal leader qu'à la prestation de services de soins de santé. Son apport financier est évalué à 10% du financement total. Bien que relativement faible, l'Etat a accru sa contribution de 3% par rapport à l'année antérieure, ce qui est une bonne tendance mais insuffisante pour juguler le financement total et le tenir au moins au niveau de l'année précédente. Par contre, cette perspective est de bonne augure puisque dans la structure du financement de la santé, l'acteur majeur commence à ralentir sa participation alors que les besoins de santé de la population demeurent les mêmes et ont tendance à augmenter. Si cette tendance se confirme, non seulement l'Etat peut colmater les brèches laissées par le retrait de fonds de certains partenaires mais aussi réduire la dépendance vis-à-vis du financement externe. Bien que la route à parcourir reste très longue dans la conjoncture actuelle et tendancielle de l'économie nationale qui doit distribuer sa faible croissance sur l'ensemble des secteurs, une proportion de 10% de contribution de l'Etat dans le financement de la santé est très faible mais vu dans l'angle d'une augmentation, c'est bien encourageant.

3.2- Analyse du financement du reste du monde

Le «Reste du monde» comprend différentes composantes dont les gouvernements étrangers qui financent la santé à travers les agences bilatérales, les agences multilatérales et les ONG internationales connues aussi sous le nom d'organisations philanthropiques. Cette catégorie apporte la plus forte contribution au financement de santé bien que sa participation connaisse une baisse qui a entraîné une chute du financement total atteignant 10% en 2012-2013. Bien entendu, c'était une situation prévisible mais non souhaitée car les chocs provoqués par le séisme et le choléra s'éloignent et le financement qui les accompagnaient aussi, étant donné que ces deux événements ont drainé dans le pays des flux financiers très importants.

Passant de 64% à 52%, le financement de l'aide externe a chuté de 12% entre les exercices 2011-2012 et 2012-2013. Il était prévisible que ce financement n'allait pas se stabiliser au niveau qu'il avait été après le séisme et le choléra mais cette chute brutale entre seulement deux années n'était pas à souhaiter non plus. Si ce rythme continue, la population risque de connaître des problèmes de santé très sérieux dans la mesure où le rythme de croissance de la participation de l'État qui aurait dû compenser cette perte est quatre fois inférieur à celui de la décroissance de l'aide externe pour la santé. Ce sont des lendemains peu reluisants qui s'annoncent pour la santé de la population si une nouvelle stratégie n'est pas rapidement envisagée. Dans le cas contraire, un scénario encore plus catastrophique nous attend, celui de transférer le fardeau de ce financement encore plus sur les ménages dans un contexte de pauvreté issu d'une économie exsangue.

3.3- Analyse du financement privé

Les acteurs privés du financement des soins de santé en Haïti sont au nombre de trois catégories : ce sont les ménages, les entreprises et les ONG nationales appelées aussi les Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM). Les ménages ont une participation directe relativement forte avec 32% des dépenses totales de santé. Dans un contexte de pauvreté aigue et d'inflation dans les prix des services, ceci peut constituer une véritable barrière financière à l'accès aux soins.

Ces trois acteurs (les ménages, les entreprises et les ONG) apportent respectivement 32%, 5% et 1% au financement de la santé et témoignent de la lourde responsabilité des ménages dans un contexte de chômage élevé et de faible revenu per capita. Dans ce groupe, la part du financement des ménages est, sans commune mesure, très dominante et laisse présager une situation catastrophique si la courbe du chômage, de l'inflation et du bas revenu ne subissent aucune modification, surtout dans un contexte où d'autres

sources de financement sont en train de réduire leur participation. Entre les CNS de 2011-2012 et ceux de cet exercice, la contribution des ménages au financement de la santé a augmenté de 3%, soit une proportion égale à celle de l'État. De plus, ces deux augmentations valent la moitié de la diminution du financement extérieur en proportion.

Il est important de souligner une meilleure représentation des entreprises dans le financement de la santé pour cet exercice. C'est une bonne dynamique et une piste viable à privilégier dans une démarche d'accroissement du financement de la santé ou même de blocage du cycle négatif.

Par ailleurs, les ONG nationales ont aussi eu une meilleure participation dans le financement pour l'année 2012-2013. Bien que cette participation demeure toujours faible, sa tendance à la hausse est à considérer. Dans l'ensemble, les ressources domestiques tendent à augmenter surtout en proportion dans le financement de la santé mais il faut relativiser cette augmentation qui s'est fait remarquer surtout par rapport au financement total qui a diminué significativement en lien avec les ressources externes.

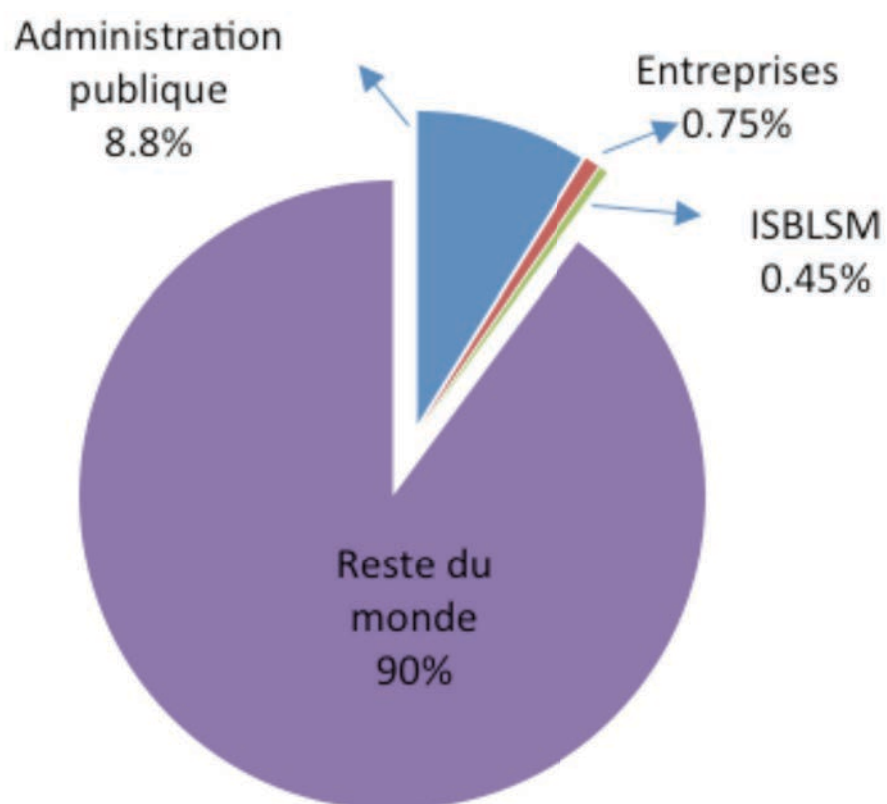
Les dépenses totales étant aussi subdivisées en dépenses d'investissement et en dépenses courantes, la part de ces deux catégories dans les dépenses totales de santé a été respectivement de 11% et de 89% au cours de l'exercice 2012-2013. La méthodologie des SCS 2011 préconise d'accentuer l'analyse sur les dépenses courantes puisqu'elles correspondent aux dépenses de consommation finale des services de soins de santé pour la période. Avant de passer à l'analyse des dépenses courantes, les informations présentées dans le tableau et la figure suivants donnent une idée claire et simple de la structure du financement des investissements de la santé dans le pays. Très faiblement supportés par les ressources internes, les investissements sont trop dépendants du financement externe, ce qui rend le développement du système très vulnérable par rapport aux aléas de la politique externe et des conjonctures économiques des partenaires financiers.

Tableau 3

**Distribution des dépenses d'investissement par source de financement
(2012-2013)**

Sources de financement	Montants	%
Administration publique	280 009 858.97	8.8%
Entreprises	23 881 745.97	0.75%
ISBLSM	14 296 425.00	0.45%
Reste du monde	2 835 305 520.08	90.0%
Total	3 153 493 550.00	100%

Figure 2 : Représentation des investissements par source



CHAPITRE 4

ANALYSE DES DEPENSES COURANTES

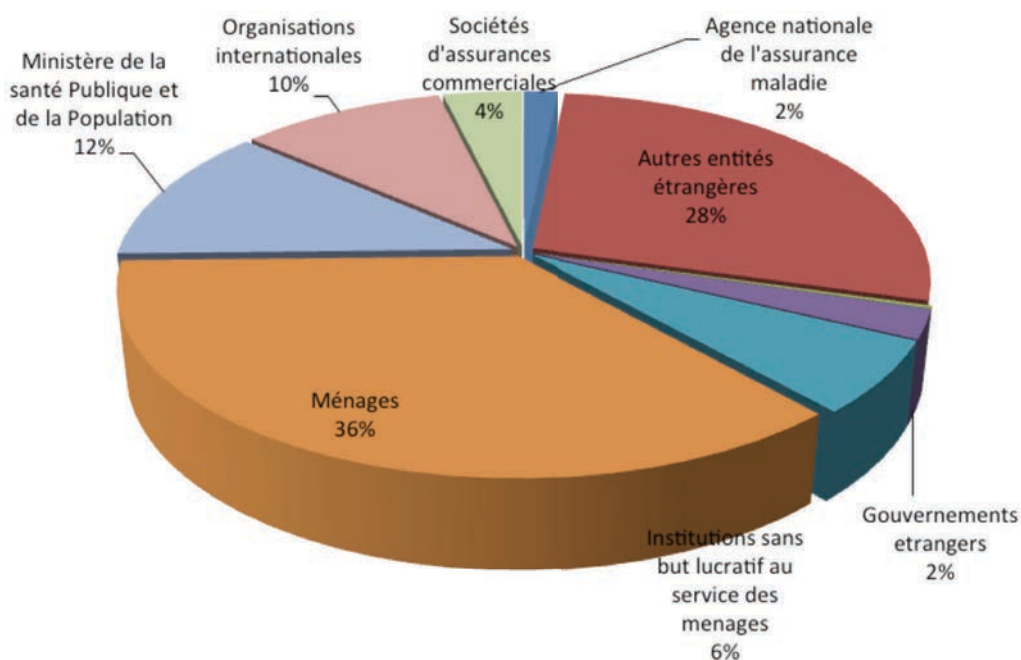
PAR AGENT DE FINANCEMENT

De manière générale, les fonds sont gérés par ceux qui les mobilisent et non par ceux qui les fournissent. Le Système des Comptes de Santé les identifie comme des agents de financement ; ils gèrent généralement plusieurs régimes de financement. Ces agents devraient avoir un apport fondamental dans l'allocation des ressources aux différentes fonctions du système de santé. Dans la fonction du financement, ils constituent le noyau central de la mise en commun des ressources. Cette analyse permettra de déterminer l'efficacité de cette fonction dans le système de santé haïtien en expliquant le circuit des flux financiers entre les fonds mobilisés, sa gestion et le paiement des services aux prestataires en faveur des ménages. Donc, elle permettra de savoir si la fonction d'intermédiation financière est bien assurée dans le système et quelle catégorie d'agent a géré la part la plus significative des fonds mobilisés au profit du système. En fait, ces agents sont répartis en trois grands groupes : les agents du reste de monde qui gèrent 40% des dépenses, les agents de l'administration publique avec 12% et les agents privés qui en prennent 48%. Le tableau suivant présente ces résultats avec certains détails.

Tableau 4
Distribution des dépenses courantes par agent de financement
(2012-2013)

Agents de financement	Montants	%
Administration publique		12%
Ministère de la santé Publique et de la Population	3,106,978,166.40	11.7%
Autres ministères et unités des services publics	64,107,711.24	0.3%
Agents privés		48%
Institutions sans but lucratif au service des ménages	1,643,924,249.66	6%
Sociétés d'assurances commerciales	997,864,255.94	4%
Agence nationale de l'assurance maladie	433,976,271.95	2%
Ménages	9,561,746,418.98	36%
Reste du monde		40%
Gouvernements étrangers	656,967,222.03	2%
Autres entités étrangères	7,331,783,091.17	28%
Organisations internationales	2,585,963,908.65	10%
Total	26,383,311,296.02	100%

Figure 3 : Distribution en pourcentage des dépenses par Agent de financement (2012-2013)



Source : Tableau 4

4.1- Analyse des fonds gérés par l'administration publique

Il y a un lien étroit et continu entre les sources de financement et les agents de financement qui gèrent les régimes de financement alors que ces derniers sont eux-mêmes alimentés par la première catégorie. À cet effet, l'administration publique est le principal gestionnaire des fonds publics et participe faiblement à la gestion des autres régimes de financement. L'administration publique gère 12% des dépenses, ce qui signifie que l'Etat ne contrôle qu'environ un dixième (1/10) des dépenses de santé en Haïti. Ce n'est sans doute pas la meilleure situation pour évoquer le leadership du Ministère de la Santé Publique et de la Population bien qu'il y ait d'autres mécanismes d'orientation et de pilotage à la disposition du régulateur. Cette réalité est rendue possible par l'augmentation du nombre croissant de partenaires qui contribuent à multiplier les niveaux d'intermédiation et réduisent de plus en plus la part des fonds devant aller réellement à la satisfaction des besoins des bénéficiaires au nom de qui les fonds ont été mobilisés. Ces niveaux d'intermédiaire ne font qu'augmenter les frais de gestion qui alimentent les dépenses d'administration et de gestion au détriment de la prestation des services de soins de santé.

4.2- Analyse des fonds gérés par les agents privés

Etant les plus diversifiés, cette catégorie d'agents gère des mécanismes très variés. C'est aussi à ce niveau que se situe l'un des aspects le plus préoccupant de la fonction du financement de la santé et particulièrement la mise en commun des ressources. Globalement, les agents privés gèrent 48% des dépenses courantes de santé. La distribution de ces fonds indique que les paiements directs des ménages sans contrepartie totalisent 75% des dépenses gérées par ces agents, ce qui laisse facilement comprendre que non seulement le fardeau est lourd mais que les ménages sont directement exposés aux dépenses catastrophiques et aux risques financiers vu que les assurances qui auraient dû amortir les chocs, par leur intermédiation, ne gèrent que 6% du total des dépenses courantes et seulement 12% des dépenses sont gérées par des agents privés.

Les sociétés d'assurance ne réalisent que 6% des dépenses, soit autant que les ISBLSM, cette distribution montre le panorama d'une catastrophe qui menace une population qui risque de s'abstenir des services de soins malgré ses besoins. A cet égard, il s'ensuivra deux conséquences possibles, soit que le ménage se fait soigner au risque de s'appauvrir ou au pire des cas, il accepte la mort faute d'accès économique aux services de soins.

Il reste à se demander pourquoi il y a autant de dépenses directes au détriment des mécanismes de mise en commun qui sont disposés à cet effet et qui serviraient à protéger les ménages. S'agit-il d'un problème d'inefficacité, de dysfonctionnement ou d'un problème d'ordre culturel ?

Il est difficile d'évoquer des problèmes d'ordre culturel puisque les ménages savent déposer leurs économies à la banque. On ne peut pas parler non plus de dysfonctionnement car il existe des sociétés d'assurances qui servent d'intermédiaires entre les ménages, les entreprises et les prestataires de soins. Le problème majeur réside de préférence dans le mode de fonctionnement qui exige que le ménage paie les services et qu'il se fait rembourser ensuite, ce qui ne constitue pas vraiment une garantie contre le risque financier. On dirait qu'on est toujours dans le paiement direct avec ou sans l'assurance.

4.3- Analyse des fonds gérés par le reste du monde

Les agents du reste du monde sont au nombre de trois groupes et réalisent 40% des dépenses courantes de santé : ce sont les gouvernements étrangers, les organisations internationales et les autres entités étrangères. La première catégorie gère une partie très faible des dépenses, soit 2% et ces dépenses sont en général des frais de gestion liés à leur administration. Ensuite, on retrouve les organisations internationales qui regroupent majoritairement les agences multinationales. Elles gèrent 10% des dépenses courantes en étroite liaison avec les programmes verticaux. Cette intermédiation vient directement subordonner celle de l'Etat qui recevrait ces fonds, n'était-ce pas ce mode de fonctionnement consistant à multiplier les niveaux de gestion, contribuant ainsi à la rétention d'une part substantielle des fonds à des fins administratives.

En dernier lieu, il y a les autres entités étrangères auxquelles il faut associer les ONG internationales. Elles effectuent la part de dépenses la plus élevée des fonds gérés par le reste du monde, soit 28% des dépenses courantes. C'est la deuxième entité après les ménages à gérer autant d'argent dans le système. Etant donné que les ménages font de l'autogestion, on peut dire que les ONG internationales ont géré la plus forte part des fonds mobilisés auprès des tiers. Ce groupe assure en général les trois niveaux de la fonction de financement. Les mécanismes utilisés pour disposer de ces fonds ont fait d'elles des sources pour des fonds qu'elles gèrent elles-mêmes pour fournir des soins dans leurs propres structures de prestation. Une absence du cumul de ces fonctions pourrait participer au renforcement des autres entités institutionnelles participant à la mutualisation des risques. Par contre, leurs opérations ont grandement contribué à alléger le sort des ménages car il n'y a aucune barrière financière pour accéder aux soins qu'ils offrent mais cela se limite à la population proche de leurs structures de soins, alors que si c'était une carte d'assurance, le détenteur aurait pu se faire soigner quel que soit l'endroit où il se trouve les services.

De manière générale, il existe dans le système toutes les catégories possibles d'agents de financement pour gérer les différents régimes de financement. Cependant, on peut se demander si certains ne se dupliquent pas pendant que d'autres participent à concurrencer l'Etat dans ses attributions. Vu le résultat de certains intervenants dans la gestion des fonds dont ils disposent, on est tenté de se demander quelle part d'efficacité ces doublons ont-ils apporté à l'amélioration de la gestion des fonds et la réduction des risques de dépenses catastrophiques?

CHAPITRE 5

ANALYSE DES DEPENSES PAR TYPE DE PRESTATAIRES, PAR FACTEUR DE PRODUCTION, PAR FONCTION ET PAR DOMAINE

Incontestablement, l'offre des services de santé est assurée par les prestataires subdivisés en plusieurs catégories. Ils peuvent être des prestataires directs comme les hôpitaux et autres centres de soins, de même qu'il y a aussi des prestataires de services auxiliaires comme les laboratoires d'analyses médicales, les pharmacies et autres vendeurs de biens et services liés à la santé. Ils sont les principaux centres de coûts où les services sont achetés au profit ou par les ménages. On présentera aussi, par catégorie, les fonctions et les domaines qui ont absorbé les parts de fonds alloués aux dépenses courantes.

5.1- Analyse des dépenses des prestataires par catégorie

Les prestataires des services de santé sont variés en raison de la diversité des services directs et connexes. Ils participent à la production des soins, à la commercialisation des biens de santé et à la fourniture des services auxiliaires à la santé. Ce sont en général les centres hospitaliers, les laboratoires, les pharmacies et les prestataires de services d'administration de la santé.

Tableau 5
Distribution des dépenses courantes par prestataire (2012-2013)

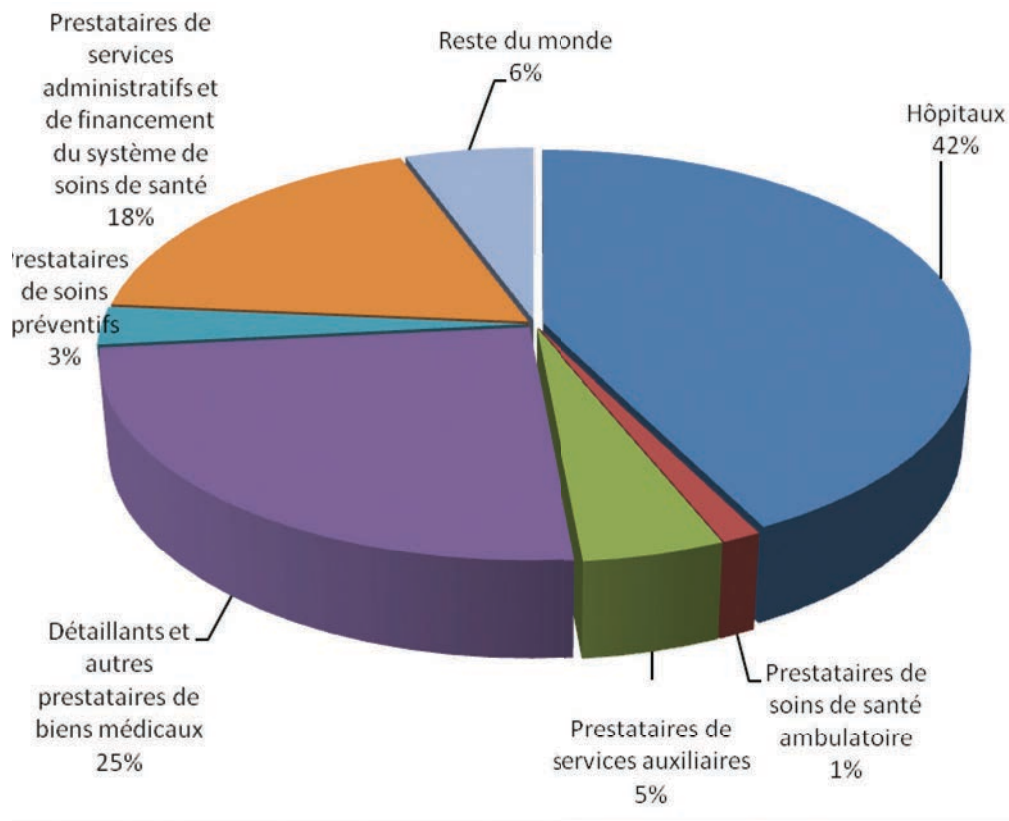
Prestataires	Montants	%
Prestataires de biens et services curatifs	19,359,305,813.4	74%
Hôpitaux	11,221,883,264.37	43%
Prestataires de soins ambulatoires	339,636,417.18	1%
Prestataires de services auxiliaires	1,232,749,706.12	5%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	6,565,036,425.73	25%
Prestataires de soins préventifs	800,586,028.46	3%
Administration et gestion du système	4,747,189,790.75	18%
Reste du monde	1,474,058,163.41	6%
Total	26,383,311,296.02	100%

Etant nombreux, les prestataires sont regroupés en grandes catégories afin de pouvoir mieux analyser ceux ayant absorbé les proportions de dépenses les plus significatives. En effet, les hôpitaux et autres prestataires de biens et services liés aux soins curatifs ont consommé 74% des dépenses courantes, soit environ les 3/4, alors que les prestataires de services préventifs n'ont eu que 3%. De leur côté, les prestataires de services administratifs et de gestion ont absorbé 18% des dépenses. Cette distribution indique que les prestataires de services préventifs sont très peu impliqués ou très peu sollicités dans l'amélioration de la santé de la population à travers les activités de promotion en vue de réduire les facteurs de risques et d'éviter les maladies. Cette faible part des services préventifs est une expression du peu d'interventions réalisées sur les déterminants rapprochés de la santé. Il convient de souligner l'importante part attribuée aux prestataires de biens médicaux, soit 25% des dépenses. Ils se composent de fournisseurs de produits pharmaceutiques et d'équipements médicaux, ce qui laisse indiquer un système de santé très médicalisé.

Avec 18% des dépenses, les prestataires de services administratifs constituent la composante participant à la gouvernance du système. Cette situation est l'expression d'un système de santé très bureaucratisé et traduit également la multiplication des structures administratives au niveau de la gestion du système. Cette tendance dans la structure du financement des dépenses courantes de santé par catégorie de prestataires est préoccupante d'autant plus que le niveau préventif qui devrait être vu comme un bouclier pour le

système en absorbait six fois moins. A cet effet, les dépenses administratives sont devenues un fardeau pour le secteur de la santé en drainant une masse de fonds qui auraient dû financer les actes dont les effets contribueraient à l'amélioration de la santé.

Figure 4 : Distribution des dépenses courantes par grande catégorie de prestataires (2012-2013)



Source : Tableau 5

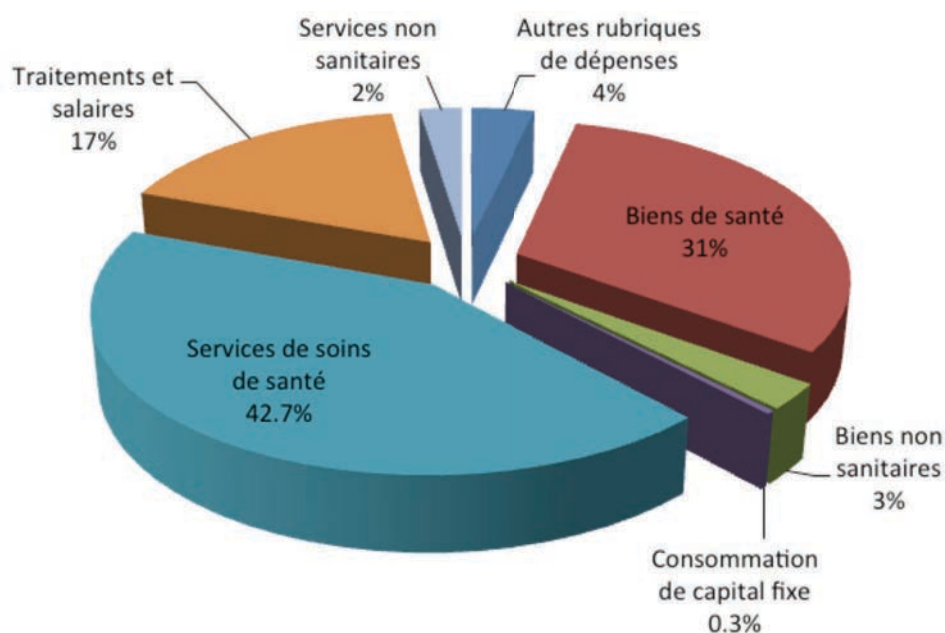
5.2- Analyse des dépenses par facteur de production des services

Comme dans tout processus de production, plusieurs catégories de ressources sont consommées et sous différentes formes afin d'assurer la prestation des services de soins de santé. Pour cette catégorie de prestation, on utilise une typologie regroupant de manière agrégée les éléments suivants : la compensation des employés, la rémunération des professionnels particuliers, les équipements et services utilisés ainsi que la consommation du capital fixe.

Tableau 6
Distribution des dépenses courantes par catégorie de facteurs de production
(2012-2013)

Facteurs de production de soins de santé	Montants	%
Biens de santé	8,286,106,757	31%
Biens non sanitaires	689,635,804	3%
Consommation de capital fixe	91,854,071	0.3%
Services de soins de santé	11,237,924,117	42.7%
Traitements et salaires	4,473,477,063	17%
Services non sanitaires	637,574,150	2%
Autres rubriques de dépenses	966,739,333	4%
Total	26,383,311,296	100%

Figure 5 : Pourcentage des dépenses de santé par facteur de production



Source : Tableau 6

Dans cette distribution des dépenses, on note la sous-estimation de la part attribuée aux traitements et salaires. Comme il est souligné en plusieurs occasions, une grande partie des données collectées n'a pas été ventilée de manière à extraire les rémunérations de leurs flux de dépenses, qui est d'ailleurs la particularité des agents de financement.

5.3- Analyse des dépenses par fonction

La véritable information sur les dépenses de santé est révélée à travers les parts absorbées par les fonctions des dépenses. Cette catégorie permet d'identifier à quoi les dépenses ont servi ; en d'autres termes, est-ce que les fonds ont été alloués aux réels besoins de santé de la population. Une distribution synthétique mais assez expressive est présentée dans le tableau ci-dessous pour illustrer la situation dans laquelle trois principales fonctions attirent notre attention. Cette dimension est d'autant plus pertinente qu'elle est la seule à fournir autant d'informations sur une stratégie de financement et le niveau d'attention accordée aux principales fonctions d'un système de santé. L'application d'une politique de santé ainsi que l'opérationnalisation d'un plan stratégique devrait être reflétée dans cette catégorie de dépenses.

Tableau 7
Distribution des dépenses courantes par fonction
(2012-2013)

Fonctions	Dépenses courantes	%
Soins curatifs	14,584,140,830.83	54%
Soins curatifs en milieu hospitalier	5,142,025,249.83	19%
Soins curatifs ambulatoires	1,658,632,129.00	6%
Services auxiliaires	1,198,540,151.27	5%
Biens médicaux	350,798,614.72	1%
Médicaments délivrés sur ordonnance	6,234,144,686.01	24%
Soins préventifs	5,005,262,372.41	19%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	6,020,589,093.70	23%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a)	773,318,999.07	3%
Total	26,383,311,296.01	100%

5.3.1- Soins curatifs

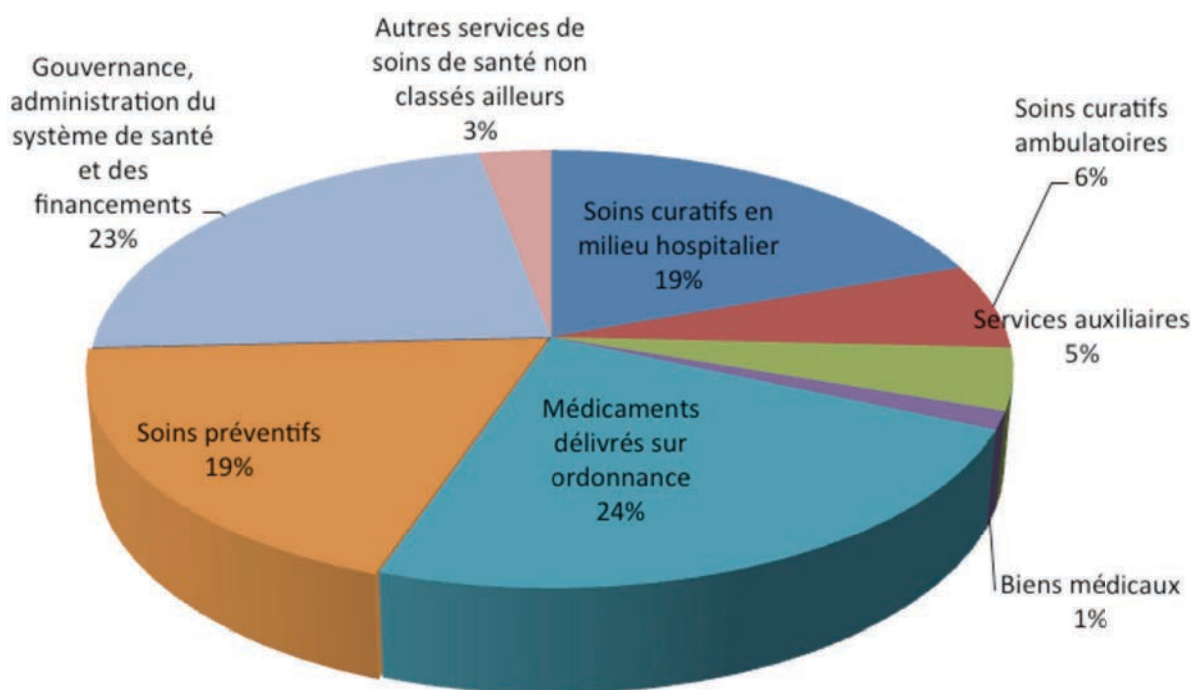
Les soins curatifs confirment la tendance observée avec les prestataires de biens et services curatifs qui avaient absorbé presque 75% des dépenses. Les soins curatifs ont absorbé plus de la moitié, soit 54% et l'écart entre la part des dépenses des pres-

tataires de services curatifs et celle des soins curatifs est dû au fait que certains prestataires curatifs fournissent aussi des services de prévention surtout de type consommation personnelle : cas particulièrement de la vaccination et du dépistage. Les soins curatifs regroupent entre autres les soins hospitaliers, les hospitalisations de jour, les soins ambulatoires et les soins à domicile.

5.3.2- Soins préventifs

Cette catégorie de soins est subdivisée en trois niveaux : prévention primaire, secondaire et tertiaire. Quel que soit le niveau de la prévention, elle permet des interventions moins coûteuses pour le maintien d'un bon état de santé, soit en prévenant les dépenses liées aux maladies qui auraient pu être déclarées ou de minimiser les conséquences de celles qui sont déjà déclarées.

Figure 6 : Distribution en pourcentage des dépenses par fonction



Source : Tableau 7

Autant les services préventifs sont négligés et que les déterminants de la santé ne sont pas performants, autant les soins curatifs auront tendance à absorber plus de dépenses, la santé à coûter beaucoup plus cher et les conséquences socio-économiques plus désastreuses pour la population. L'expression « prévenir vaut mieux que guérir »

ne constitue pas un simple adage mais le condensé d'une réalité qui veut mettre en évidence le coût du traitement et les séquelles des maladies pouvant aller jusqu'à laisser le patient invalide, ce qui devient un coût pour la société et un manque à gagner pour l'économie. Cette approche permet de comprendre l'importance pour un système de santé qui se veut performant d'avoir un regard plus avisé sur l'axe préventif en lui attribuant un rôle et des ressources bien plus adéquates. Investir dans les soins préventifs pourrait permettre de dépenser moins pour un meilleur état de santé et une plus value pour l'économie en permettant de disposer des fonds pour réallouer à d'autres besoins ou secteurs d'activités.

5.3.3- Gouvernance et administration du système

La proportion des dépenses absorbées par les fonctions administratives est inquiétante pour un système en difficulté de mobiliser des fonds pour son financement. Presqu'un quart, soit 23% des dépenses sont liées à la gouvernance donc des honoraires, salaires et autres frais de gestion. Bien que cette partie soit aussi significative, une remarque assez pertinente pour le système est la part insignifiante ou même négligeable de dépenses liées à l'une de ces composantes, la fonction recherche et développement. C'est une alerte très préoccupante si on veut tendre vers le développement du système de santé du pays. D'autres inquiétudes, en vue du renforcement de la gouvernance du système, concernent l'absence de liaisons entre ces dépenses et les orientations définies dans la Politique Nationale de Santé qui s'inscrit dans l'intersectorialité, la décentralisation, le partenariat public-privé, la participation citoyenne et l'intégration des interventions. Ce sont des dépenses qui servent à entretenir la bureaucratie médicale établie surtout à travers les agents de financement et les firmes d'exécution des projets de gouvernance, ce qui ne contribue qu'à augmenter considérablement les besoins de financement des fonctions de prestations de soins.

5.3.4.- Biens médicaux

La méthodologie SCS 2011 met l'accent sur les dépenses courantes dans l'analyse et les prestations liées à cette catégorie sont conditionnées par l'existence et l'utilisation des matériels et équipements médicaux. Cependant, les dépenses dans cette catégorie de biens ne s'élèvent qu'à 1%. Ce résultat questionne la disponibilité en matériels des structures de prestation de services et leur véritable capacité à répondre efficacement à la demande en soins de la population dans un environnement où les urgences liées aux accidents de la circulation et bien entendu d'autres risques font augmenter la pression sur l'offre des services.

5.4- Analyse des dépenses par domaine

Il était prévu de réaliser cette analyse par maladie mais pour les besoins de garder l'équilibre des dépenses, elle est effectuée par domaine afin de pouvoir traiter la gouvernance comme un des domaines. Selon cette approche, il convient non seulement de relever la situation générale des pathologies les plus courantes mais aussi d'attirer l'attention sur les inconvénients du système.

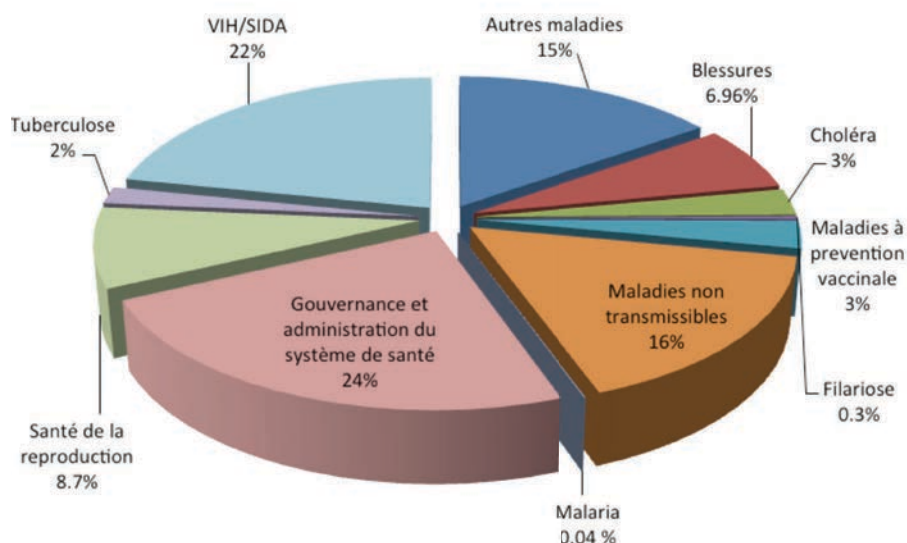
Tableau 8
Distribution des dépenses courantes par domaine
(2012-2013)

Domaines/Maladies	Montants	%
VIH/SIDA	5,753,060,379.90	22%
Choléra	732,207,793.17	3%
Tuberculose	469,196,036.99	2%
Filariose	93,677,654.40	0.3%
Maladies à prévention vaccinale	758,700,663.04	3%
Malaria	11,663,646.87	0.04%
Santé de la reproduction	2,211,856,766.94	7.7%
Gouvernance et administration du système de santé	6,205,308,939.88	24%
Maladies non transmissibles	4,343,690,375.08	16%
Blessures	1,780,357,246.99	6.96%
Autres maladies	4,023,591,792.77	15%
Total	26,383,311,296.03	100%

La distribution des dépenses par domaine n'a pas connu de grand changement entre les CNS de l'exercice 2011-2012 et ceux de 2012-2013 sinon quelques remarques importantes sur lesquels il faut mettre l'accent pour différentes raisons. Dans la dernière édition des CNS, la distribution des dépenses par domaine a été une des limites soulevées par les auteurs du rapport. Cette fois-ci, une meilleure ventilation des données et l'intégration des dépenses pour la gouvernance constituent un progrès significatif pour une analyse reflétant mieux la réalité. Bien que les Autres maladies comme valeurs résiduelles restent encore élevées avec 15% des dépenses, un énorme effort de distribution a été réalisé en comparaison des 63% de l'année précédente. Il n'est pas étonnant que le

VIH/SIDA occupe la première place du classement des dépenses par maladie, car il est la pathologie la plus supportée par le plus grand bailleur du secteur.

Figure.7 : Distribution en pourcentage des dépenses courantes par domaine (2012-2013)



Source : Tableau 8

Il est évident qu'il n'est pas idéal qu'une pathologie absorbe une part aussi élevée des dépenses de santé. Un autre constat est la part dominante du domaine de l'administration. Cette partie des dépenses qui avoisine le quart devrait interpeller chaque acteur du système surtout lorsque des pathologies sont sous-financées, que leur représentation est négligeable dans le tableau de distribution des dépenses et que les dépenses de santé devraient viser principalement la prévention ou le traitement des maladies. Le domaine de support a capté plus de dépenses que les domaines essentiels aux soins ; ces indicateurs sont préoccupants du point de vue des bonnes allocations et de la bonne gestion.

Par contre, un aspect très intéressant dans la répartition des dépenses dans ces CNS est la limitation des dépenses non ventilées et l'identification de celles qui ont été affectées aux maladies non transmissibles dont la proportion atteint 16%. Si on devait apprécier la structure des dépenses de santé par domaine, peut-on conclure que les pathologies avec une faible part des dépenses ne représentent pas grande chose dans le tableau de morbi-

dité du pays? Ce n'est malheureusement pas le cas. Il y a des domaines de soins très peu couverts dans les dépenses de santé ; les domaines comme les soins bucco-dentaires, les soins ophtalmologiques, les soins liés aux maladies mentales, les maladies cardiovasculaires et autres. La nouvelle tendance serait d'adapter les allocations en fonction du profil fourni par le tableau de morbidité du pays. Par exemple, avec l'explosion du transport par moto qui a affecté grandement ce tableau, l'analyse est arrivée à extraire les dépenses pour blessures qui atteignent presque 7% des dépenses courantes au cours de cet exercice. Une fois de plus, les dépenses de gouvernance ont fait défaut à une prise en charge suffisante de certaines pathologies, surtout celles qui ne sont pas liées aux programmes verticaux.

On note aussi les maladies non transmissibles qui constituent un sous-ensemble n'ayant pas toujours l'attention méritée et pourtant très préoccupante vu son poids dans les causes de décès qui s'élève à 63% dans le monde en général et 58% en Haïti⁴. Regroupant des maladies chroniques et dégénératives, une étude particulière devrait démontrer le coût économique de ces pathologies qui soustraient un nombre important de personnes qualifiées du marché du travail tout en absorbant beaucoup de ressources pour être soignées. Bien qu'encore faible, c'est quand même un progrès énorme de voir 16% des dépenses qui leur ont été attribuées en 2012-2013.

⁴ OMS : Profil des pays pour les maladies non transmissibles, 2014

CONCLUSION

Comme tous les rapports financiers, les Comptes Nationaux de Santé rapportent les flux financiers avec une analyse des causes et des conséquences des décisions des politiques sur chacune des dimensions du financement comme fonction d'un système de santé. Les catégories de transactions ayant donné lieu aux dépenses de santé pour une période dans un pays font l'objet de ces analyses sans ignorer les contextes de réalisation de ces dépenses. Ainsi, l'édition des CNS 2012-2013 a pu établir les liens entre certains déterminants et l'efficacité du système de santé et présenter le parcours méthodologique ayant conduit à l'élaboration de ce rapport. La revue de l'importance des déterminants sur la performance du système a été une occasion d'identifier certaines des causes de l'inefficacité du système et d'inscrire l'intersectorialité dans toute perspective de renforcement et d'efficacité des services de santé. En dehors d'une telle approche, il est difficile de penser à un système de santé performant car certaines interventions extra-sanitaires sont des conditions nécessaires à cette performance.

Pour l'analyse elle-même, la provenance des fonds est passée en revue et toutes les dimensions des dépenses sont aussi prises en compte. Les ressources externes et nationales ont contribué au financement de la santé dans une proportion respective de 52% et 48% ; ce qui dénote une tendance à l'équilibre entre les deux provenances de fonds. Néanmoins, cet équilibre tend à être assuré par une composante vulnérable à savoir la population qui est soumise à un chômage élevé, une inflation croissante et un faible revenu, ce qui constitue une menace pour la viabilité du financement du système.

En ce qui concerne les dépenses, elles sont subdivisées en deux groupes dont 89% appartiennent aux dépenses courantes et 11% à celles des investissements. L'analyse des résultats révèle un problème criant dans l'allocation des ressources dans la mesure où certaines fonctions sont sous-financées et d'autres en absorbent trop vu qu'elles ne viennent qu'en appui. Le domaine de la gouvernance a concentré trop de dépenses alors que la prévention et les

matériels et équipements médicaux en ont eu trop peu. En plus de cet aspect, elles sont supportées à un niveau trop élevé par les paiements directs, ce qui constitue une barrière vers la couverture universelle que le prépaiement devait résoudre, d'où un plaidoyer en faveur du développement d'un vrai système assurantiel en vue de réduire les risques financiers et les dépenses catastrophiques grâce à l'augmentation du volume des transactions prépayées.

Ces comptes rapportent aussi les causes du déficit de développement et de performance du système avec les dépenses en formation et recherche extrêmement faibles, l'acquisition des matériels et équipements qui représentent une infime partie de ces dépenses pendant que les médicaments et autres produits pharmaceutiques absorbent environ 25%. En somme, avec un système médicalisé absorbant autant de dépenses en médicaments et bureaucratisé avec des dépenses pour l'administration dans la même fourchette, on ne saurait épargner à la population des services de soins de santé chers et inefficaces.

Avec des dépenses de santé per capita se rapprochant de celles des pays à revenu intermédiaire, une meilleure situation sanitaire est envisageable moyennant qu'on commence à avoir plus de santé pour les fonds qui sont dépensés, c'est-à-dire réaliser des dépenses efficaces et maîtriser l'allocation des ressources et des coûts. Donc, autant on réclame des fonds pour la santé, autant doit-on aussi commencer à réclamer plus de santé pour les fonds déjà obtenus.

RECOMMANDATIONS

Les comptes nationaux sont des exercices qui répondent aux besoins de tous les acteurs du secteur de la santé, ils doivent-être supportés par tous les producteurs et consommateurs de ces données pour assurer la pérennité de l'exercice.

Pour améliorer les comptes et le financement de la santé, des efforts substantiels et constants doivent être déployés dans les systèmes de comptabilité sanitaire au niveau de tous les partenaires, tant publics que privés, nationaux et étrangers, multilatéraux et bilatéraux. Cette année, la distribution des proportions reflète mieux la réalité grâce à un travail fastidieux de ventilation des données par l'utilisation de clés de répartition. Cela aurait pu en être autrement si le système de comptabilité les avait mieux enregistrées.

Vu la nomenclature et l'agrégation de certaines catégories de dépenses, il est extrêmement difficile de rapprocher l'analyse de ces dépenses aux objectifs de la PNS et d'évaluer le progrès accompli dans ses orientations conformément à la volonté de l'Autorité Sanitaire Nationale. A cet effet, il est vivement souhaitable que les partenaires utilisent un langage standard et facile à repérer dans la nomenclature des SCS 2011 tout en harmonisant explicitement leurs interventions avec l'orientation, les objectifs et les axes de la PNS.

Étant donné la structure du financement, particulièrement le poids des ménages et la tendance à la baisse de la contribution externe, il convient de revoir la stratégie de financement, ne serait-ce qu'une meilleure rationalisation des dépenses par des allocations plus optimales et efficaces, afin de garantir la viabilité des services. Sachant au départ qu'aucune source de financement n'est intarissable et que toute mobilisation de nouvelles ressources est conditionnée par la morosité de l'environnement économique tant national qu'externe, il est un impératif de reconsidérer la gestion que l'on fait des ressources qui sont déjà mobilisables.

Les proportions de dépenses absorbées par fonction révèlent un problème de choix dans l'allocation des fonds entre la prestation et les fonctions d'appui. Toute approche de performance du système exige des critères d'allocation qui découle de l'alignement des interven-

tions sur les priorités nationales principalement en matière des services de soins de santé proprement dite.

La part élevée des dépenses absorbées par les fonctions administratives reflète la multiplication des organes de gouvernance à travers tous les intermédiaires financiers qui ont tous une bureaucratie à financer. Il serait souhaitable de réduire ces instances ou leur taille afin de diminuer les dépenses liées à cette fonction et dégager plus de ressources pour la prévention, la recherche et l'équipement des institutions sanitaires.

Vu le poids élevé des dépenses effectuées par paiement direct qui augmente la barrière économique à l'accès aux soins, il est crucial de reconsidérer et de renforcer les mécanismes de prépaiement en vue d'augmenter l'utilisation des services et de s'éloigner des risques financiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-V, Institut Haïtien de l'Enfance, 2012
2. Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages Après le Séisme, Institut Haïtien de Statistique et Informatique, 2012
3. Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé, Institut Haïtien de l'Enfance, 2013
4. Politique Nationale de Santé, Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012
5. Rapport des CNS 11-12, Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2014
6. Rapport Statistique 2013, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti, 2014
7. Système des comptes de santé 2011, Organisation Mondiale de la Santé, 2012

Annexes

ANNEXE I : EVOLUTION DE QUELQUES VARIABLES ENTRE 2010 ET 2013

Variable	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Population	10, 085,214.00	10, 170,000	10, 579,230
PIB (gourdes courantes)	297,687,000,000.00	329,036,000,000	364,811,000,000
Dépenses totales (gourdes courantes)	25,406,097,605.75	32,422, 938, 367	29, 536,804, 846.04
Dépenses courantes (gourdes courantes)	23,620,012,317.94	30,660,164,102	26,383 311,296.02
Dépenses d'investissement (gourdes courantes)	1,786,085,287.81	1,762,774,265	3,153,493,550.02
Dépenses de santé par habitant (Gourdes)	2,520	3,188	2792
Dépenses de santé par habitant (US \$)	63	75.91	64

ANNEXE II : EVOLUTION DE CERTAINS INDICATEURS ENTRE 2010 ET 2013

INDICATEURS	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Dépenses totales de Santé en % du PIB	8,5%	10%	8%
Dépenses de santé des ménages en % des DTS	4%	29%	32%
Dépenses de santé du secteur public en % des DTS	9%	7%	10%
Dépenses de santé du reste du monde en % des DTS	86%	64%	52%
Dépenses des entreprises en % des DTS	1%	1%	5%

DTS : Dépenses totales de santé

ANNEXE III : DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ

Tableau 1 : Répartition des dépenses totales de santé par Agent de Financement et Régime de financement en 2012-2013

Régime de financement (HF)									
Agents de financement (FA)	Assurance employeurs	Paiement direct sans partage de coûts	Régimes d'assurance maladie sociale	Régimes de financement des ISBL SM (à l'exception du HF.2.2.2)	Régimes de l'administration centrale	Régimes des Enclaves (ex., organisations internationales ou ambassades)	Régimes des institutions de développement étrangères	Régimes Philanthropiques/ ONG internationales	Grand Total
Agence nationale de l'assurance maladie			457,858,017.92						457,858,017.92
Sociétés d'assurances commerciales	949,161,923.94		51,848,903.00						1,001,010,826.94
Gouvernements étrangers						474,751,675.20	93,677,654.40	88,537,892.43	656,967,222.03
Institutions sans but lucratif au service des ménages				383,144,135.95		1,087,499,972.92	170,581,360.79	16,995,205.00	1,658,220,674.66
Ménages		9,561,746,418.98							9,561,746,418.98
Administration publique					2,898,805,442.23	189,893,851.60	408,239,436.14		3,496,938,729.97
Organisations internationales				46,198,821.03		1,857,892,010.88	432,791,690.00	1,619,631,386.74	3,956,513,908.65
Autres entités étrangères						4,823,646,213.97	1,359,634,827.77	2,564,268,005.15	8,747,549,046.89
Grand Total	949,161,923.94	9,561,746,418.98	509,706,920.92	429,342,956.98	2,898,805,442.23	8,433,683,724.57	2,464,924,969.10	4,289,432,489.32	29,536,804,846.04

ANNEXE IV : DISTRIBUTION DES DÉPENSES COURANTES (DCS)

Tableau 1 : Répartition des dépenses courantes de santé par Agent de Financement et Régime de financement en 2012-2013

Régimes de financement	Agents de financement									
	Agence nationale de l'assurance maladie	Autres entités étrangères	Autres ministères et unités des services publics	Gouvernements étrangers	ISBLSM	Ménages	Ministère de la santé	Organisations internationales	Sociétés d'assurances commerciales	Grand Total
Assurance employeurs									949,161,923.94	949,161,923.94
Paiement direct sans partage de coûts						9,561,746,418.98				9,561,746,418.98
Régimes d'assurance maladie sociale	433,976,271.95								48,702,332.00	482,678,603.95
Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)					368,847,710.95			46,198,821.03		415,046,531.98
Régimes de l'administration centrale							2,621,942,154.26			2,621,942,154.26
Régimes des Enclaves (ex., organisations internationales ou ambassades)		4,657,784,349.29	51,824,287.24	474,751,675.20	1,087,499,972.92		89,080,000.00	487,342,010.88		6,848,282,295.53
Régimes des institutions de développement étrangères		1,359,634,827.77	12,283,424.00	93,677,654.40	170,581,360.79		395,956,012.14	432,791,690.00		2,464,924,969.10
Régimes Philanthropiques/ONG internationales		1,314,363,914.11		88,537,892.43	16,995,205.00			1,619,631,386.74		3,039,528,398.28
Grand Total	433,976,271.95	7,331,783,091.17	64,107,711.24	656,967,222.03	1,643,924,249.66	9,561,746,418.98	3,106,978,166.40	2,585,963,908.65	997,864,255.94	26,383,311,296.02

Tableau 2 : Répartition des dépenses courantes de santé par Régime de financement et Revenu des régimes de financement en 2012-2013

Régimes de Financement (HF)	Revenus des Régimes de financement (FSRI)				
	Administration publique	Entreprises	ISBLSM	Ménages	Reste du monde
Assurance employeurs		949,161,923.94			
Paiement direct sans partage de coûts				9,561,746,418.98	
Régimes d'assurance maladie sociale	48,702,332.00	433,976,271.95			
Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)			115,258,870.30		299,787,661.68
Régimes de l'administration centrale	2,621,942,154.26				
Régimes des Enclaves (ex., organisations internationales ou ambassades)					6,848,282,295.53
Régimes des institutions de développement étrangères			45,128,442.70		2,419,796,526.40
Régimes Philanthropiques/ONG internationales					3,039,528,398.28
Grand Total	2,670,644,486.26	1,383,138,195.89	160,387,313.00	9,561,746,418.98	12,607,394,881.90
					26,383,311,296.02

Tableau 3 : Répartition des dépenses courantes de santé par Agent de financement et Revenu des régimes de financement en 2012-2013

Agents de financement	Revenus des Régimes de Financement					Grand Total
	Administration publique	Entreprises	ISBLSM	Ménages	Reste du monde	
Agence nationale de l'assurance maladie		433,976,271.95				433,976,271.95
Autres entités étrangères					7,331,783,091.17	7,331,783,091.17
Autres ministères et unités des services publics					64,107,711.24	64,107,711.24
Gouvernements étrangers					656,967,222.03	656,967,222.03
Institutions sans but lucratif au service des ménages			160,387,313.00		1,483,536,936.66	1,643,924,249.66
Ménages				9,561,746,418.98		9,561,746,418.98
Ministère de la santé Publique et de la Population	2,621,942,154.26				485,036,012.14	3,106,978,166.40
Organisations internationales					2,585,963,908.65	2,585,963,908.65
Sociétés d'assurances commerciales	48,702,332.00	949,161,923.94				997,864,255.94
Grand Total	2,670,644,486.26	1,383,138,195.89	160,387,313.00	9,561,746,418.98	12,607,394,881.90	26,383,311,296.02

Tableau 4 : Répartition des dépenses courantes de santé par Fonction et Régime de financement en 2012-2013

Fonctions	Régimes de financement								Grand Total
	Assurance employeurs	Paiement direct sans partage de coûts	Régimes d'assurance maladie sociale	Régimes de financement des ISBLSM	Régimes de l'administration centrale	Régimes des Enclaves	Régimes des institutions de développement étrangères	Régimes Philanthropiques	
Gouvernance, Administration du système de santé et des financements	949,161,923.94		275,576,688.83	10,174,862.9	2,542,032,526.07	2,054,396,173.87	96,215,218.09	93,031,700.00	6,020,589,093.7
Services de laboratoire d'analyses médicales		889,538,174.42		40,000,000.00		205,326,840.50	50,090,136.35	10,975,000.00	1,195,930,151.27
Soins de réadaptation						680,290,285.50		54,683,926.96	979,200,415.96
Soins curatifs ambulatoires				19,934,690.00		26,833,710.17	66,102,093.16	81,900,357.28	194,770,850.61
Soins curatifs généraux en milieu hospitalier			207,101,915.12		21,870,604.64	1,536,104,749.4		902,492,049.4	2,667,569,309.56
Soins curatifs spécialisés				126,801,026.13		604,342,276.83	1,484,486,449.21	729,483,269.53	1,860,013,021.81
Soins curatifs dentaires ambulatoires				14,003,781.00					14,003,781.00
Médicaments délivrés sur ordonnance		6,230,468,080.72		2,792,657.49			883,947.80		6,234,144,686.01
Produits pharmaceutiques					6,066,875.00			27,592,639.00	33,659,514.00
Programme de suivi de l'état de santé		2,198,402,024.49		31,163,751.86		447,623,962.90	291,072,115.92	937,777,854.98	3,906,039,710.15
Programmes d'information, d'éducation et de conseil				68,433,754.39	12,708,667.00	28,483,010.59	36,803,721.16	67,000,788.63	213,429,941.77
Programmes de détection précoce de maladie						40,361,074.00	54,182,914.44		94,543,988.44
Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence								21,088,638.00	21,088,638.00
Programmes de vaccination							194,469,023.74	3,797,748.50	198,266,772.24
Surveillance épidémiologique				8,455,500.00	25,423,481.55	486,374,330.74	51,640,009.52		571,893,321.81
Lunettes et autres produits optiques		243,338,139.34							243,338,139.34
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux						3,886,678.00			3,886,678.00
Tous autres biens médicaux durables,					13,840,000.00		3,493,808.64		17,333,808.64
Autres services de soins de santé non classés ailleurs				47,512,521.39		595,417,434.53	130,389,043.15		773,318,999.07
Autres biens médicaux non durables				43,163,986.82			5,096,487.92	4,320,000.00	52,580,474.74
Transport de patient				2,610,000.00					2,610,000.00
Grand Total	949,161,923.94	9,561,746,418.98	482,678,603.95	415,046,531.98	2,621,942,154.26	6,848,282,295.53	2,464,924,969.10	3,039,528,398.28	26,383,311,296.02

Tableau 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par Prestataire et Régime de financement en 2012-2013

	Régimes de Financement								Grand Total
	Assurance employeurs	Paiement direct sans partage de coûts	Régimes d'assurance maladie sociale	Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)	Régimes de l'administration centrale	Régimes des Enclaves (ex., organisations internationales ou ambassades)	Régimes des institutions de développement étrangères	Régimes Philanthropiques	
Agences administratives de l'assurance maladie privée	949,161,923.94			3,298,000.00		625,541,449.99		3,840,000.00	1,581,841,373.93
Agences d'assurance maladies sociale			275,576,688.83						275,576,688.83
Agences étatiques de l'administration de la santé					2,600,071,549.62	265,991,303.50	23,708,874.87		2,889,771,727.99
Autres industries				2,171,500.00					2,171,500.00
Autres prestataires de services auxiliaires				40,000,000.00		91,621,447.00	40,128,442.70	10,975,000.00	182,724,889.70
Cabinet dentaire				14,003,781.00					14,003,781.00
Cabinets des médecins spécialistes en santé mentale								7,500,000.00	7,500,000.00
Centres de planning familial								10,097,471.89	10,097,471.89
Centres de soins ambulatoires				19,934,690.00		26,833,710.17	66,102,093.16	195,164,670.76	308,035,164.29
Fournisseurs de biens médicaux durables		243,338,139.34		909,832.52		3,886,678.00	8,590,296.56	4,320,000.00	261,044,946.42
Hôpitaux généraux		2,198,402,024.49	207,101,915.12	87,419,531.15	21,870,604.64	5,059,918,710.03	1,493,381,550.03	1,285,627,708.40	10,353,722,043.87
Hôpitaux spécialisés				133,828,631.13		186,927,517.54	352,495,676.91	194,909,394.92	888,161,220.50
Laboratoires médicaux et de diagnostic		889,538,174.42				160,486,642.00			1,050,024,816.42
Pharmacies		6,230,468,080.72		2,792,657.49			883,947.80	27,592,639.00	6,261,737,325.01
Prestataires de soins préventifs				68,433,754.39		198,060,128.89	452,647,587.07	81,444,558.11	800,586,028.46
Reste du monde						229,014,708.41	26,986,500.00	1,218,056,955.00	1,474,058,163.41
Tous autres détaillants de biens médicaux				42,254,154.30					42,254,154.30
Grand Total	949,161,923.94	9,561,746,418.98	482,678,603.95	415,046,531.98	2,621,942,154.26	6,848,282,295.53	2,464,924,969.10	3,039,528,398.28	26,383,311,296.02

Tableau 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par Prestataire et Facteur de production en 2012-2013

Prestataires de soins de santé	Facteurs de Production de soins de santé										Grand Total
	Autres produits de santé	Autres rubriques de dépenses	Biens de santé	Biens non sanitaires	Consommation de capital fixe	cotisations sociales	Produits pharmaceutiques	Services de soins de santé	Traitements et salaires	Services non sanitaires	
Agences administratives de l'assurance maladie privée								878,754,951	70,406,973		949,161,924
Agences d'assurance maladies sociale				6,719,480	9,449,401			3,554,707	109,948,528	145,904,573	275,576,689
Agences étatiques de l'administration de la santé	13,840,000	108,354,048		134,932,777	53,246,670	4,703,760	37,180,525	11,252,121	2,453,499,528	72,762,299	2,889,771,728
Autres agences administrative		20,529,137		419,988,630				2,610,000	185,023,683	4,528,000	632,679,450
Autres industries					2,171,500						2,171,500
Autres prestataires de services auxiliaires	40,000,000	65,015,844						52,229,333	25,479,714		182,724,890
Cabinet dentaire							14,003,781				14,003,781
Cabinets des médecins spécialistes en santé mentale								7,500,000.02			7,500,000.02
Centres de planning familial								10,097,472			10,097,472
Centres de soins ambulatoires	109,044,857		20,891,266				4,891,372	173,207,670			308,035,164
Détailants et autres fournisseurs de biens médicaux durables	47 483 987		243,338,139					12,476,975			261,044,946
Hôpitaux généraux	1,392,329,149	677,306,365		124,589,385			58,960,605	6,473,939,877	1,462,585,193	164,011,469	10,353,722,044
Hôpitaux spécialisés							22,500,000	788,756,180	2,075,000	54,830,040	868,161,221
Laboratoires médicaux et de diagnostic								1,004,696,109	45,328,707		1,050,024,816
Pharmacies							6,260,853,377	883,948			6,261,737,325
Prestataires de soins préventives	20,789,700	405,123		3,405,532				685,967,935	7,672,562	82,345,178	800,586,028
Reste du monde		95,128,816			26,986,500			1,131,996,841	106,753,416	113,192,591	1,474,058,163
Grand Total	1,623,487,692	966,739,333	264,229,405	689,635,804	91,854,071	4,703,760	6,398,389,660	11,237,924,117	4,468,773,303	637,574,150	26,383,311,296.02

Tableau 7: Répartition des dépenses courantes de santé par Prestataire et Fonction en 2012-2013

Prestataires de soins preventives	Fonctions										Grand Total
	Gouvernance, Administration du système de santé et des financements	Services auxiliaires	Soins curatifs ambulatoires	Soins curatifs généraux en milieu hospitalier	Soins curatifs spécialisés en milieu hospitalier	Produits pharma- ceutiques	Soins préventifs	Tous autres biens médicaux durables, ...	Autres services de soins de santé non classés ailleurs		
Agences administratives de assurance maladie privée	949 161 923,94									949 161 923,94	
Agences d'assurance maladies sociale	275 576 688,83									275 576 688,83	
Agences étatiques de l'administration de la santé	2 831 732 704,44					6 066 875,00	38 132 148,55	13 840 000,00		2 889 771 727,99	
Autres agences administrative	630 069 449,99	2 610 000,00								632 679 449,99	
Autres industries	2 171 500,00									2 171 500,00	
Autres prestataires de services auxiliaires	79 520 557,00	103 204 332,70								182 724 889,70	
Cabinet dentaire	-		14 003 781							14 003 781,00	
Cabinets des médecins spécialistes en santé mentale	-		7 500 000							7 500 000,00	
Centres de planning familial	-						10 097 471,89			10 097 471,89	
Centres de soins ambulatoires	-		253,351,237,33	54 683 926,96						308 035 164,29	
Détailants et autres fournisseurs de biens médicaux durables	-					10 326 320,44		250 718 625,98		261 044 946,42	
Hôpitaux généraux	961 393 170,62	42 701 002,15	1 310 136 589,08	2 728 109 947,06	419 489 759,29		4 174 877 386,12		717 014 189,54	10 353 722 043,87	
Hôpitaux spécialisés	2 075 000,00		48 182 253,98		810 876 361,52		7 027 605,00			868 161 220,50	
Laboratoires médicales	-	1 050 024 816,42								1 050 024 816,42	
Pharmacies	-					6 261 737 325,01				6 261 737 325,01	
Prestataires de soins préventifs	-		25 458 267,61				775 127 760,85			800 586 028,46	
Reste du monde	288 888 098,88			619 749 648,00	509 115 607,00				56 304 809,53	1 474 058 163,41	
Détailants et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques	-					42 254 154,30				42 254 154,30	
Grand Total	6 020 589 093,70	1 198 540 151,27	1 658 632 129	3 402 543 522,02	1 739 481 727,81	6 320 384 674,75	5 005 262 372,41	264 558 625,98	773 318 999,07	26 383 311 296,02	

Tableau 8 : Répartition des dépenses courantes de santé par Domaine/ Maladie et Agent de financement en 2012-2013

Domaines/ Maladies	Agents de financement										Grand Total
	Agence nationale de l'assurance maladie	Autres entités étrangères	Autres ministères	Gouvernements étrangers	ISBLSM	Ménages	Ministère de la santé Publique	Organisations internationales	Sociétés d'assurances commerciales		
Autres maladies	210,656,621.72	1,689,587,997.87	-	36,947,903.70	40,524,160.00	1,499,911,144.52	-	545,963,964.96	-	4,023,591,792.77	
Autres maladies non transmissibles								63,100,495.00		63,100,495.00	
Blessures						1,271,241,639.99		509,115,607.00		1,780,357,246.99	
Carences nutritionnelles		13,471,355.30			40,000,000.00		18,127,262.96	277,118,562.32		348,717,180.58	
Choléra		291,067,967.92	64,107,711.24	57,646,764.00	87,799,035.56		56,399,537.07	175,186,777.38		732,207,793.17	
Filariose				93,677,654.40						93,677,654.40	
Maladies orales						921,996,200.00				921,996,200.00	
Maladies à prévention vaccinale		693,226,517.00					65,474,146.04			758,700,663.04	
Maladies cardiovasculaires						2,193,237,840.74				2,193,237,840.74	
Maladies de l'oeuil						1,165,334,339.34				1,165,334,339.34	
Malaria		6,772,274.80						4,891,372.07		11,663,646.87	
Gouvernance et administration du système de santé	223,319,650.23	18,612,748.50			49,784,093.75	889,538,174.42	2,583,522,245.71	120,979,281.05	997,864,255.94	4,883,620,449.60	
Santé de la reproduction		632,070,248.89		97,924,064.43	47,761,056.08	698,490,879.97	300,212,022.86	435,398,494.70		2,211,856,766.94	
Troubles endocriniens					21,500.00	921,996,200.00				922,017,700.00	
Troubles mentaux		7,500,000.00			40,128,442.70		3,346,667.00			50,975,109.70	
Tuberculose		11,275,050.00			118,845,809.69		29,713,452.30	309,361,725.00		469,196,036.99	
VIH/SIDA		3,968,198,930.89		370,770,835.50	1,219,060,151.88		50,182,832.46	144,847,629.17		5,753,060,379.90	
Grand Total	433,976,271.95	7,331,783,091.17	64,107,711.24	656,967,222.03	1,643,924,249.66	9,561,746,418.98	3,106,978,166.40	2,585,963,908.65	997,864,255.94	26,383,311,296.02	

ANNEXE V

Liste des institutions partenaires qui ont fourni les données pour l'élaboration des CNS 2012-2013

Noms des partenaires	Statut
AECID	Bilatéral
AFD	Bilatéral
BM	Multilatéral
CDC	Bilatéral
MAECD	Bilatéral
ECHO	Multilatéral
MDM -Suisse	ONG
MDM-Canada	ONG
MSF- Belgique	ONG
MSF-France	ONG
MSF-Suisse	ONG
Plan-Haiti	ONG
PNUD	Multilatéral
UNFPA	Multilatéral
UNICEF	Multilatéral
USAID	Bilatéral
DGI	l'État
Meds andFood For Kids	ONG

Noms des partenaires	Statut
UNOPS	Multilatéral
CCISD	ONG
BID	Multilatéral
AVSI	ONG
OFATMA	Assurance
Concern Worldwide	ONG
GHEKIO	ONG
Douleur sans frontière	ONG
FHED	ONG
Handicap International	ONG
Hope Alice Clinic Ministries	ONG
Medico International	ONG
MEF	l'État
MSPP	l'État
IHSI (ECVMAS)	l'État
MPCE / UCAONG*	l'État
Zanmi Lasante	ONG

- * Certaines des données obtenues dans la base de l'UCAONG ne sont pas adaptées aux exigences des CNS puisque les ONG et bailleurs fournissent souvent des informations financières pour des périodes allant au-delà d'une année.



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)
1, angle avenue Maïs Gâté et rue Jacques Roumain
Delmas, Haïti, w.i.
www.mspp.gouv.ht

*L'atteinte des objectifs du Ministère de la Santé Publique et de la Population
nécessite l'apport d'un personnel compétent, dévoué et responsable
à qui nous souhaitons exprimer toute notre gratitude.*

*La reproduction de ce document a été rendue possible
grâce au support financier de l'USAID
à travers le Projet Health Finance & Governance.*



Août 2015