



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

2013-2014

Novembre 2017



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

2013-2014

Novembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

	page
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES GRAPHIQUES ET SCHÉMAS	v
LISTE DES ANNEXES	vi
LISTE DES SIGLES	vii
PRÉFACE : MOT DE LA MINISTRE	xi
REMERCIEMENTS	xiii
DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS	xv
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	xvii

SECTION 1 : LES GENERALITÉS

CHAPITRE 1 : JUSTIFICATION ET CONTEXTE	
1.1. Justification de l'étude	1
1.1.1. Objectifs de l'exercice	1
1.1.2. Plan du rapport	2
1.2. Contexte de l'étude	3
1.2.1. Position et situation géographique	3
1.2.2. Environnement macro-économique	3
1.2.3. Profil socio-économique de la population	5
1.2.4. Profil épidémiologique (Mortalité et morbidité)	5

CHAPITRE 2 : PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ

2.1. Approche globale des CNS	7
2.2. Classification des dépenses de santé	8
2.3. Méthodologie de la collecte des données	9
2.3.1. Données secondaires	9
2.3.2. Données primaires	9

2.4. Méthode d'analyse et de traitement des données	10
2.4.1. Contrôle de qualité	10
2.4.2. Importation des données	10
2.4.3. Difficultés et limite de l'étude	10

SECTION 2 : ANALYSE DES RESULTATS

CHAPITRE 3 : AGREGATS GENERAUX ET DEPENSES TOTALES DE SANTE (DTS)

3.1. Les agrégats généraux	13
3.2. Les dépenses totales de santé	14
3.2.1. Dépense totale de santé supportée par l'administration publique	16
3.2.2. Dépense Totale de santé supportée par le reste du monde (coopération externe)	16
3.2.3. Dépense Totale de santé supportée par le privé	16
3.3. Les dépenses d'Investissement dans le secteur de la santé par sources de financement	17
3.4. Les dépenses courantes de santé (DCS) par source de financement	17

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR AGENT DE FINANCEMENT

4.1 Analyse des dépenses de santé gérées par l'administration publique (État)	19
4.2 Analyse des dépenses de santé gérées par les agents privés	20
4.2.1 Analyse des dépenses de santé gérées par les Assurances maladies	20
4.2.2 Analyse des dépenses de santé gérées par les ISBLSM	21
4.2.3 Analyse des dépenses de santé gérées par les Ménages	21
4.3 Analyse des dépenses courantes de santé par Prestataires de soins	21
4.3.1. Dépenses courantes de santé par Prestataires de services de santé	21
4.4 Analyse des dépenses courantes par Fonction	21
4.4.1 Services de Prévention et de Santé Publique	23
4.4.2 Services de soins curatifs	24
4.5 Analyse des dépenses courantes de santé par zone	25

CHAPITRE 5 : ANALYSE DES DEPENSES PAR MALADIES

5.1. Dépenses liées au VIH/SIDA	29
5.1.1. Dépenses liées au VIH/SIDA par source de financement	29
5.1.2. Dépenses liées au VIH/SIDA par agent de financement	32
5.1.3. Dépenses liées au VIH/SIDA par prestataire	32
5.1.4. Dépenses liées au VIH/SIDA par fonction	32

5.1.5. Dépenses liées au VIH/SIDA par facteur de production	33
5.2. Dépenses de santé liées au choléra	34
5.3. Dépenses pour la santé de la reproduction	35
5.3.1. Indicateurs de la santé de la reproduction	35
5.3.2. Dépenses liées à la santé de la reproduction par source de financement	35
5.3.3. Dépenses liées à la santé de la reproduction par prestataire	38
5.3.4. Dépenses liées à la santé de la reproduction par fonction	38
5.3.5. Dépenses liées aux maladies non transmissibles et traumatismes	39
 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	 41
 BIBLIOGRAPHIE	 43
 ANNEXES	 45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Evolution de certains indicateurs au cours de trois dernières années d'élaboration des CNS	3
Tableau 2 :	Répartition de la population Haïtienne selon le département et le milieu de résidence.	5
Tableau 3 :	Évolution de quelques agrégats généraux	14
Tableau 4 :	Distribution des Dépenses Totales de Santé par source de financement en 2013-2014.	15
Tableau 5 :	Distribution des dépenses d'investissement par source de financement en 2013-2014	17
Tableau 6 :	Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement en 2013-2014	17
Tableau 7 :	Distribution des fonds des DCS par agent	19
Tableau 8 :	Distribution des fonds gérés par l'administration publique en 2013-2014	20
Tableau 9 :	Distribution des fonds gérés par les agents privés	20
Tableau 10 :	Dépenses courantes de santé par type de prestataire	
Tableau 11 :	Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins	23
	en valeurs relatives et absolues	24
Tableau 12:	Distribution des dépenses courantes de santé par maladie	28
Tableau 13 :	Dépenses totales du VIH/SIDA par source de financement	31
Tableau 14 :	Dépenses courantes du VIH/SIDA par source de financement	32
Tableau 15 :	Principaux indicateurs des dépenses de santé de la reproduction	36
Tableau 16 :	Répartition des dépenses courantes de SR par source de financement	37

LISTE DES GRAPHIQUES ET SCHÉMAS

Figure 1 :	Évolution de certains indicateurs au cours des trois dernières années d'élaboration des CNS	4
Figure 2 :	Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement	18
Figure 3 :	Dépenses de santé par prestataire de soins de santé	22
Figure 4 :	Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins	25
Figure 5 :	Dépenses de santé et incidences de la pauvreté par départements	26
Figure 6 :	Répartition des dépenses courantes de santé par maladie	29
Figure 7 :	Sources de financement des dépenses totales du VIH/SIDA en 2013/2014	30
Figure 8 :	Dépenses courantes du VIH/SIDA par prestataire	32
Figure 9 :	Distribution des dépenses du VIH/SIDA par fonction	33
Figure 10 :	Distribution des dépenses liées au choléra par source de financement	34
Figure 11 :	Dépenses de la Santé de la Reproduction par prestataires de soins	38
Figure 12 :	Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par fonction de soins	39

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :	Pyramide sanitaire du système de santé en Haïti	47
Annexe 2:	Carte des dépenses courantes de santé	47
Annexe 3:	Carte des dépenses d'investissement de santé	48
Annexe 4 :	Évolution des financements du PEPFAR de 2004 à 2015 dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA	48
Annexe 5:	Évolution des financements du Fonds mondial de 2003 à 2015 dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA	49
Annexe 6:	Répartition des dépenses courantes de santé par Régime de financement et Agents de financement en 2013-2014(en Gourdes)	50
Annexe 7:	Répartition des dépenses courantes de santé par Régime de financement et Sources de financement en 2013-2014(en Gourdes)	51
Annexe 8:	Répartition des dépenses courantes de santé par Sources de financement et Agents de financement en 2013-2014(en Gourdes).	52
Annexe 9:	Répartition des dépenses courantes de santé par Fonction et Régime de financement en 2013-2014(en Gourdes)	53
Annexe 10:	Répartition des dépenses courantes de santé par Prestataires et Régime de financement en 2013-2014(en Gourdes)	54
Annexe 11:	Répartition des dépenses courantes de santé par Fonction et par Prestataires de soins de santé en 2013-2014(en Gourdes)	55
Annexe 12:	Répartition des dépenses courantes de santé par Maladies et Agents de financement en 2013-2014(en Gourdes)	56
Annexe 13:	Répartition des dépenses courantes de santé par Agents de financement et par Fonction en 2013-2014(en Gourdes)	57
Annexe 14:	Répartition des dépenses courantes de santé par Agents de financement et Prestataires en 2013-2014(en Gourdes)	58
Annexe 15:	Répartition des dépenses courantes de santé par Recettes des régimes et Fonction en 2013-2014(en Gourdes)	59
Annexe 16:	Répartition des dépenses courantes de santé par Recettes des régimes et Prestataires en 2013-2014 (en Gourdes)	60
Liste des partenaires ayant fourni des données pour l'élaboration des CNS 2013-2014		61

LISTE DES SIGLES

AFD :	Agence Française de Développement
ASN :	Autorité Sanitaire Nationale
BCG :	Bacilles de Calmette-Guérin
BID :	Banque Interaméricaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAL :	Centre de santé avec lits
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
DCS :	Dépense Courante en santé
DG :	Direction Générale
DGI :	Direction Générale des Impôts
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
EPSSS :	Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé
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 Function (Fonction de santé)
HCR :	Hôpital Communautaire de Référence
HF :	Health Financing Scheme (Régime de financement)
HFG :	Health Finance and Governance (Projet d'appui au Financement de la santé et à la Gouvernance)
HP :	Health Provider (Prestataire de services et de soins de santé)
HTG :	Gourde Haïtienne (\$ 1 US=45 HTG, en 2013-2014)
ICHA :	International Classification for Health Accounts
IEC :	Information, Education et Communication
IHSI :	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
ISBLSM :	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
ODD :	Objectifs de Développement Durable
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
PES :	Paquet Essentiel de Services
PDS :	Plan Directeur de Santé
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNS :	Politique Nationale de Santé
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSNRSS :	Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé
PTF :	Partenaire Technique et Financier
RDM :	Reste du Monde
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SCS :	Système des Comptes de la Santé
SES :	Service d'Economie de la Santé/ UEP
SHA :	System of Health Accounts (SHA 2011)
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SSPE :	Service de Santé de Premier Echelon
UCAONG :	Unité de Coordination des Activités des ONG
UAS :	Unité d'Arrondissement de Santé
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 (Agence Américaine de Développement International)
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PRÉFACE

Le financement des systèmes de santé requiert de lourds investissements. Ces derniers sont de deux ordres : les dépenses d'opération et celles en capital. Ils doivent suivre les priorités définies dans les documents stratégiques du secteur de la santé pour avoir de meilleurs résultats sur la santé des populations. C'est la raison pour laquelle la Politique Nationale de Santé du Ministère de la Santé Publique et de la Population prône l'alignement du financement de la santé sur ses priorités en vue d'améliorer l'accès de la population haïtienne aux soins de santé. Ainsi, l'orientation du financement vers des besoins plus prioritaires devient une préoccupation constante des autorités sanitaires. Pour cela, le besoin d'évaluer les flux de dépenses des acteurs de financement se révèle d'une importance capitale pour la prise de décision.

Les Comptes Nationaux de Santé (CNS) sont un outil indispensable pour l'estimation des flux de dépenses canalisées dans le secteur de la santé pour une période déterminée. C'est l'instrument de mesure de flux financiers ayant circulé dans le secteur de la santé au cours d'une période donnée. Ils donnent une photographie plutôt exhaustive sur l'orientation des fonds à travers les différentes fonctions du système.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) s'engage à participer à l'exercice de reddition de comptes en vue de rendre transparentes les opérations financières qui sont réalisées annuellement dans le secteur de la santé. Ce rapport annuel doit contribuer à mettre fin à l'opacité des fonds destinés au financement de la santé pour améliorer les résultats des interventions des acteurs en vue d'avoir un impact plus important sur la santé haïtienne.

Le rapport 2013-2014 n'a pas changé de manière significative la structure du financement des dépenses consacrées à la santé sur les trois dernières années. De 2011 à 2013, la structure du financement des dépenses allouées à la santé est telle que les ménages contribuent à hauteur d'un tiers ; l'Administration Publique à hauteur d'un dixième et la coopération

externe à plus de 50%. Les résultats des CNS 2013-2014 montrent que la Dépense Totale de Santé (DTS) est supportée encore par le reste du monde (56.7%), le secteur privé (33.6%, dont 30.1% sont supportées par les ménages) et l'Administration Publique (9.7%). Comparativement à 2012-2013, les dépenses totales de santé ont connu une augmentation de 8.2%. Elles ont été estimées à 29,54 milliards de gourdes en 2012-2013 pour passer à 31,96 milliards en 2013-2014. Cette augmentation est liée à la plus forte contribution externe passant de 52% en 2012-2013 à 56.7% en 2013-2014.

Le MSPP remercie tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui ont facilité la collecte des informations figurant dans ce document et émet le vœu que la contribution locale pourra relever les nombreux défis financiers liés à la couverture sanitaire universelle que nous recherchons tous.


Dr. Marie Gréta ROY CLEMENT
Ministre



REMERCIEMENTS

***L**e présent rapport des Comptes Nationaux de Santé (CNS) de 2013-2014 a été élaboré par le Comité Technique des CNS avec l'appui technique et financier de l'USAID à travers le Projet HFG. Je salue le dynamisme dont ils ont fait preuve en dépit des difficultés rencontrées au niveau des faiblesses connues dans le système d'informations financières des différents acteurs.*

Cette publication correspond à la quatrième édition. Elle s'inscrit dans le sens de l'engagement pris par la Haute Direction du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de s'aligner, d'une part, sur la nouvelle gestion de la chose publique prônant entre autres la transparence et la reddition de comptes et d'autre part, sur l'orientation des fonds vers les priorités définies dans les documents stratégiques du secteur. Il est à noter également la volonté constante de l'équipe technique coordonnée par le dynamisme de l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP).

L'opportunité m'est offerte pour saluer encore la collaboration de nos différents partenaires publics, privés, nationaux et internationaux qui ont partagé avec le MSPP des informations financières nécessaires pour la production de ce rapport.

A tous les lecteurs de ce rapport dont les critiques et suggestions contribuent à améliorer les prochaines éditions, j'adresse mes remerciements anticipés.

Laure Adrienne
Dr Laure ADRIEN
Directeur Général



DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS¹

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 des bénéficiaires, et peut être impliqué dans la gestion et la réglementation du financement de la santé.

Dépenses courantes

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

Financement

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

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.

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.

Création de ressources

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

Gouvernance

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

Paiement direct des ménages

Paiement 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.

¹ Système des comptes de santé 2011

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.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Les Comptes Nationaux de la Santé sont élaborés en Haïti de façon successive depuis les exercices fiscaux 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013. Ces comptes ont permis, d'une part, d'établir un lien entre les déterminants de la santé et le fonctionnement du système, d'autre part, de documenter de manière exhaustive les flux financiers dans le système de santé.

Le présent rapport concerne l'année fiscale 2013-2014 et a pour objectif général de faciliter la poursuite de la mise en place de la Politique Nationale de Santé (PNS-2012). Dans le contexte actuel d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé, il servirait à documenter le processus. Le Système de Comptes de la Santé² dont la dernière version est celle de 2011 (SCS 2011) a servi de cadre théorique pour la production des CNS 2013-2014. Ce système prend en compte la nomenclature des dépenses, les outils de collecte, de traitement et d'analyse des données.

Les CNS 2013-2014 mettent en évidence les agrégats de dépenses de santé tels que les dépenses totale, d'investissement et courante en santé.

Les **Dépenses Totales de Santé (DTS)** sont estimées à 31 954 137 856 HTG dont **30 538 276 556 HTG** pour les **dépenses courantes de santé** et **1 415 864 300 HTG** pour les **dépenses d'investissement de santé**. La DTS représente 8,22% du PIB en gourdes courantes de la même période. La DTS per capita est de 2 974 HTG, soit 66,08 USD³, soit une hausse de 6,5% par rapport à l'année 2012-2013.

La DTS est supportée principalement par le reste du monde (**56.7%**), le secteur privé (**33.6%**, dont 30.1% des DTS supportées par les ménages) et l'administration publique (9.7%).

La quasi-totalité des dépenses d'investissement de santé est supportée par le reste du monde (94%). Le reste est supporté par l'administration publique (6%).

Les dépenses courantes de santé (DCS) sont supportées par le reste du monde (55%), le secteur privé (35%) et l'administration publique (10%). Elles ont été effectuées pour acquérir les soins préventifs (33%), les soins curatifs (30%), les biens médicaux (23%) et la gouvernance/l'administration du système de santé (9%). Avec plus d'un tiers des dépenses courantes de santé, le département sanitaire de l'Ouest (36%) a la plus grande part des DCS, suivi par l'Artibonite (16% des DCS) et le Nord (10%).

La répartition des dépenses courantes de santé par type de maladie montre que le VIH/sida vient en première position avec 18,2%, suivi de la santé de la reproduction (14.9%), de la vaccination (12.9%), du choléra (7.2%), des traumatismes/accidents (5.3%).

Les résultats des CNS 2013-2014 montrent l'impérieuse nécessité de développer des mécanismes de financement afin de réduire le paiement direct des ménages, d'augmenter la participation de l'Etat et de rendre le système de santé plus efficient.

² System of Health Accounts 2011 (SHA 2011) : <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>

³ Un dollar US est égal à 45 gourdes

SECTION 1

LES GENERALITÉS

Le présent rapport des CNS 2013-2014 comprend deux sections. La première développe le contexte et la justification. Elle précise, entre autres, les objectifs visés, les informations relatives à la situation socio-économique, le profil épidémiologique du pays et l'organisation du système de santé en Haïti. La seconde prend en compte le processus d'élaboration des CNS incluant les précisions méthodologiques telles que la collecte des données, les codifications et des limites de l'étude, etc.

CHAPITRE 1

JUSTIFICATION ET CONTEXTE

1.1 Justification de l'étude

Les Comptes vNationaux de Santé sont les comptes sectoriels de la santé qui mettent en évidence les différents niveaux du financement des dépenses de soins de santé pour la population résidente dans un pays donné. De façon générale, les informations financières disponibles dans le secteur de la santé sont parcellaires et ne concernent que le budget accordé par l'État au ministère de la santé. En effet, le financement multisectoriel de la lutte contre les maladies (VIH/SIDA, choléra, etc..), les contributions directes des partenaires extérieurs au secteur de la santé, de même que la contribution des entreprises et des ménages via les assurances et le paiement direct, restent largement méconnues. Ce qui empêche une bonne gestion des fonds disponibles dans le secteur de la santé et rend difficile l'appréciation des efforts de l'État haïtien non seulement pour ses engagements internationaux, mais également pour être au même niveau de financement du secteur que les États de l'Amérique Latine.

1.1.1 Objectifs de l'exercice

Les Comptes Nationaux de la Santé sont élaborés en Haïti de façon successive depuis les exercices fiscaux 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013. Ces comptes ont permis d'une part, d'établir un lien entre les déterminants de la santé et le fonctionnement du système, d'autre part, de documenter de manière exhaustive les flux financiers dans le système de santé.

Le présent rapport concerne l'année fiscale 2013-2014 et a pour objectif général de faciliter la poursuite de la mise en place de la Politique Nationale de Santé (PNS-2012). Dans le contexte actuel d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé, il servirait à documenter le processus.

De façon spécifique, les objectifs du dit exercice des CNS sont les suivants:

- ✧ Estimer et analyser les flux financiers de tous les acteurs : secteur public (MSPP, autres ministères et institutions de la République), secteur privé (entreprise, ISBLM/ONG, ménages, et assurance) et les partenaires au développement ;
- ✧ Contribuer à une meilleure compréhension de l'impact de ces flux financiers sur les résultats du système de santé ;
- ✧ Construire une base de données chiffrées permettant d'assurer le suivi des tendances des dépenses de santé ;
- ✧ Contribuer à pérenniser la production des CNS.

1.1.2 Plan du rapport

Le présent rapport est structuré en cinq chapitres :

- ✧ Le chapitre 1 décrit la justification et le contexte de l'exercice. Il définit les objectifs visés et présente les informations relatives à la situation socio-économique, au profil épidémiologique du pays, et à l'organisation du système de santé en Haïti.
- ✧ Le chapitre 2 présente la méthodologie de l'élaboration des CNS. Il s'agit de description de la collecte des données, des codifications utilisées et des limites de l'étude.
- ✧ Le chapitre 3 constitue la partie essentielle de ce rapport des CNS 2013- 2014. Il présente les différentes analyses réalisées à partir des agrégats généraux et Dépenses Totales de Santé (DTS), comme les dépenses totales de santé de l'administration publique, du secteur privé et du reste du monde.
- ✧ Le chapitre 4 analyse les dépenses courantes de santé par les acteurs intervenant dans la gestion des fonds en santé communément appelés les agents de financement. Il s'agit, entre autres, de l'administration publique, des assurances, des ISBL SM et des ménages.
- ✧ Le chapitre 5 analyse les dépenses courantes par maladies dont celles pour le VIH-Sida, la santé de la reproduction, le choléra, etc.

1.2 Contexte de l'étude

Il s'agit ici de préciser le contexte d'élaboration de cette édition des comptes de santé afin de bien cerner les résultats. Sachant que les conditions socio-économiques et démographiques, sans négliger le profil épidémiologique et l'espace géographique, particulièrement comme des déterminants de la santé, nous avons trouvé que c'était utile à la compréhension de faire ces mises au point.

1.2.1 Position et situation géographique

D'une superficie évaluée à plus de 27 000 km², la République d'Haïti avec ses îles satellites (la Gonâve, la Tortue, l'Île à Vache, les Cayemites, la Navase, la Grande Caye et les autres Îles de la Mer territoriale) occupe plus d'un tiers (36,0 %) de l'Île portant le même nom. Elle est placée entre 18° et 19° de latitude Nord et 68° et 75° de longitude Ouest. Du point de vue topographique, la plus grande partie, près de trois quarts de son étendue, est montagneuse. Deuxième pays des Grandes Antilles, la République d'Haïti se trouve dans le bassin des Caraïbes et ses côtes sont baignées au nord par l'Océan Atlantique et au Sud par la mer des Caraïbes. La Jamaïque et Cuba se trouvent respectivement à 190km et à 90 km à l'Ouest de la République d'Haïti. La République d'Haïti partage l'île d'Hispaniola avec la République Dominicaine (IHSI⁴, 2015).

1.2.2 Environnement macro-économique

L'économie haïtienne a connu une croissance modérée au cours de l'année fiscale 2013-2014. Le Produit Intérieur Brut (PIB) a été estimé à 2,8% selon l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). Ce taux est inférieur à celui de l'année fiscale précédent et aux prévisions de 3,6% des autorités pour l'année fiscale 2013-2014. L'économie haïtienne est portée par deux secteurs, que sont le secteur du commerce et celui de l'agriculture (IHSI, 2015). En effet, la situation macro-économique n'a pas laissé indifférent les indicateurs liés aux dépenses de santé, le tableau suivant en est témoin de cette situation au cours des quatre dernières années.

Tableau 1

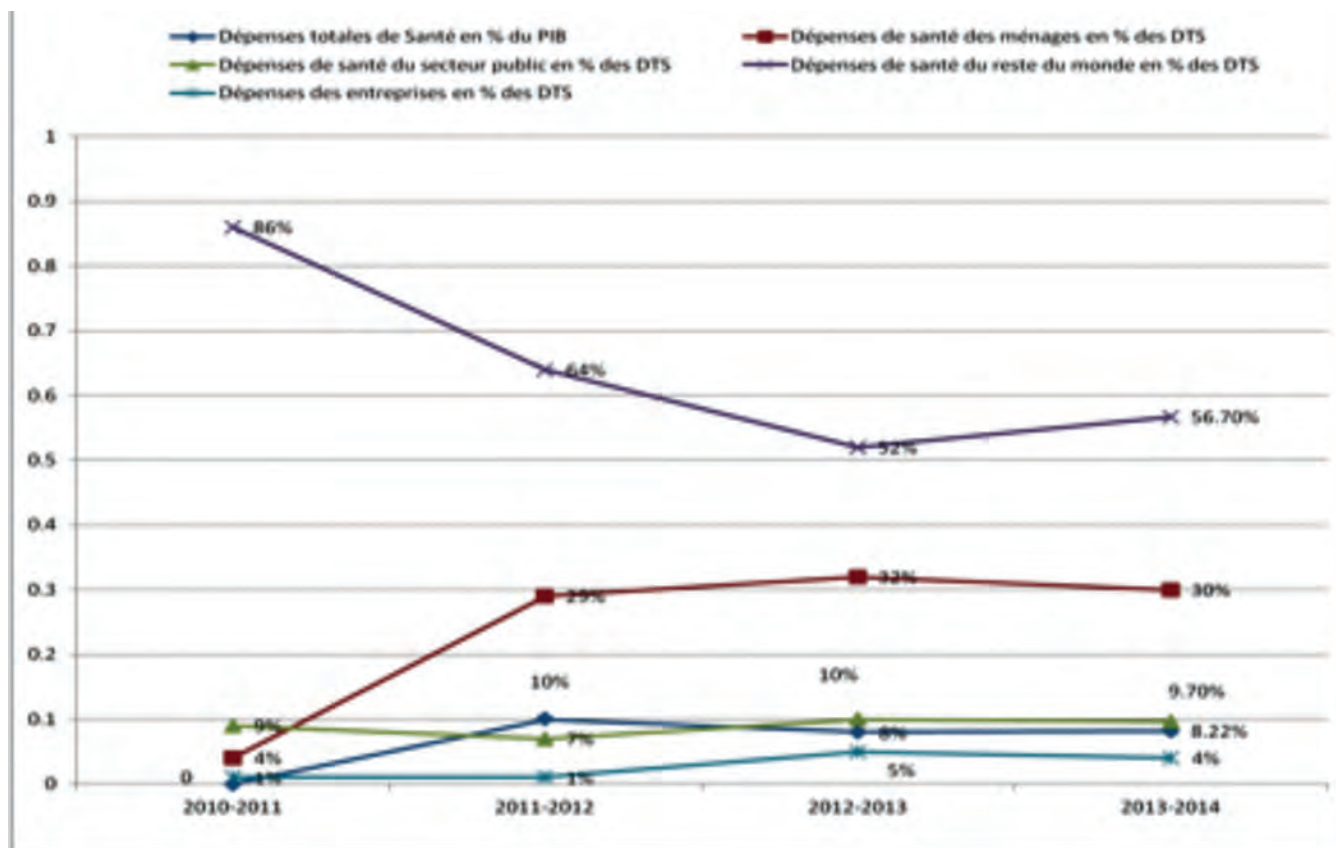
Evolution de certains indicateurs au cours des trois dernières années d'élaboration des CNS

INDICATEURS	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Dépenses totales de Santé en % du PIB	8,5%	10%	8%	8.22%
Dépenses de santé des ménages en % des DTS	4%	29%	32%	30%
Dépenses de santé du secteur public en % des DTS	9%	7%	10%	9.7%
Dépenses de santé du reste du monde en % des DTS	86%	64%	52%	56.7%
Dépenses des entreprises en % des DTS	1%	1%	5%	4%

⁴ http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf

Figure 1

Evolution de certains indicateurs au cours des trois dernières années d'élaboration des CNS



Le ralentissement observé en 2014 peut être imputé à plusieurs goulots d'étranglements auxquels l'économie haïtienne a dû faire face en 2014. Il s'agit entre autres :

- ⚡ des difficultés relatives au vote de la loi de finances de 2013-2014 empêchant ou retardant l'exécution à temps de certains projets d'infrastructures, porteurs de croissance et de création d'emplois ;
- ⚡ l'incertitude créée par une situation politique, qui a affecté le dynamisme dont les agents économiques avaient fait montre durant l'exercice précédent ;
- ⚡ les conditions climatologiques n'ont pas été tout à fait clémentes, car certaines régions du pays ont connu une rude sécheresse qui a mis à mal la performance de la branche agricole ;
- ⚡ la réduction de l'aide externe a eu aussi des impacts négatifs sur le financement de certaines activités.

L'Etat haïtien a fait des efforts pour atteindre la stabilité macroéconomique : i) la croissance est positive, ii) l'inflation reste modérée. Cependant, la croissance économique est insuffisante pour permettre un recul sensible de la pauvreté, les déficits budgétaire et extérieur ont fortement augmenté, accentuant la vulnérabilité du pays. Les réformes structurelles ont peu avancé⁵.

⁵ <http://www.champagne-ardenne-export.com/fr/marches/fiches-pays/Haïti/economie-3>

1.2.3 Profil socio-économique de la population

La population résidente haïtienne est estimée à 10 745 665 habitants en 2014⁶, avec un taux de croissance d'environ 2,5%. La densité moyenne de la population est estimée en 2014 à 383,60 habitants/km² (Banque Mondiale). Le département de l'Ouest est le plus peuplé des dix départements, avec plus d'un tiers de la population haïtienne (36,9%). La moitié de cette population réside en milieu urbain (51,2%)⁷. En 2014, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 63 ans et le taux de fécondité est 3,5 enfants par femme (estimation de 2012).

Tableau 2

Répartition de la population Haïtienne selon le département et le milieu de résidence

Département	Population totale		Population en pourcentage		Total
	Nombre	%	Urbaine	Rurale	
Artibonite	1 701 220	15.8	42.2	57.8	100.0
Centre	734 876	6.8	20.0	80.0	100.0
Grande Anse	461 172	4.3	23.2	76.8	100.0
Nippes	337 310	3.1	17.9	82.1	100.0
Nord	1 050 922	9.8	49.7	50.3	100.0
Nord-Est	387 967	3.6	47.7	52.3	100.0
Nord-Ouest	717 707	6.7	27.5	72.5	100.0
Ouest	3 968 343	36.9	83.0	17.0	100.0
Sud	763 176	7.1	22.4	77.6	100.0
Sud-Est	622 972	5.8	15.0	85.0	100.0
Total	10 745 665	100.0	51.2	48.8	100.0

Source : MSPP, 2015. Elaboration propre à partir des projections de la population de l'IHSI.

Haïti est classé parmi les pays ayant un Indice de Développement Humain (IDH) faible. En 2014, le pays était classé 163e/ 188 pays, avec un score de 0,483. Le niveau de pauvreté était estimé 59% pour l'ensemble de la population, avec une incidence plus forte en milieu rural (75%) (Banque Mondiale, 2014)⁸. De plus, près d'un quart de la population générale vit dans une situation d'extrême pauvreté (24%). Cette situation concerne plus d'un tiers de la population rurale.

1.2.4 Profil épidémiologique (Mortalité et morbidité)

La situation sanitaire du pays est caractérisée par une mortalité générale et spécifique (maternelle, infanto-juvénile) relativement élevée, causée en grande partie par des pathologies d'origine infectieuse et parasitaire, des maladies chroniques et les accidents de la route (MSPP⁹, 2015).

⁶ MSPP 2015, Rapport Statistique 2014

⁷ MSPP 2015, Rapport Statistique 2014

⁸ Banque Mondiale, 2014, Définition des seuils de pauvreté pour Haïti : Méthodologie et résultats. http://www.ihsi.ht/pdf/ecvmass/ecvmass_seuil/AT_3_Seuils_M+%C2%ACtho_etr+%C2%ACsultats.pdf

⁹ MSPP 2015, Rapport Statistique 2014

Selon le profil pays OMS sur Haïti de 2014¹⁰, les principales causes de décès dans l'ensemble de la population sont : les maladies cardiovasculaires (24%), les blessures/ accidents (9%), les cancers (7%), le diabète (5%), les autres maladies non transmissibles (12%). En outre, les maladies non transmissibles sont la cause de 48% des décès. Leur prise en charge présente un lourd fardeau pour le système de santé qui souffre déjà d'un déficit de financement. Les maladies transmissibles, les IRA et la malnutrition sont à l'origine de 42% des décès. En 2012, ce sont 7.7%, 4,6% et 2.5% des décès qui étaient respectivement attribué au VIH, aux maladies diarrhéiques et à la tuberculose (OMS¹¹, 2015).

Selon les résultats du sous-système de surveillance du choléra, 27 388 cas ont été notifiés en 2014, parmi lesquels 21 691 (79.2%) ont été hospitalisés et 1,1% décédés (MSPP, 2015).

Le niveau d'utilisation de méthode moderne de contraception était de 18%, en 2014. Concernant le suivi de la grossesse, 93.73% des grossesses attendues ont bénéficié des services prénatals. Cependant, seules 39.93% des femmes ont effectué trois visites prénatales recommandées (MSPP, 2015). Le pourcentage d'accouchements réalisés dans les institutions de santé était de 35.9% en 2012 (EMMUS-V¹², 2013). Les taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 380 pour 100 mille naissances vivantes et de 73 pour 1000 naissances vivantes, en 2012 (OMS, 2015).

En Haïti, à la fin de 2014, le nombre de PVVIH était estimé à 150000. Sa prévalence est de 2.2% chez les adultes de 15-49 ans, soit le même niveau de prévalence qu'en 2006 (EMMUS-V, 2013). Concernant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 95.62% d'enfants nés de mère séropositives n'ont pas été infecté par le VIH (Rapports des sites PTME, 2015). La couverture nationale du traitement anti rétroviral est de 45.9% (PNLCS13, 2016).

¹⁰ OMS, 2014- Profile pays 2014 Haïti : http://www.who.int/nmh/countries/hti_en.pdf?ua=1

¹¹ OMS 2015- Profile pays 2015 Haïti : <http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf?ua=1>

¹² MSPP, 2013, EMMUS-V : <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/EMMUS%20V%20document%20final.pdf>

CHAPITRE 2

PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ

2.1 Approche globale des CNS

Les Comptes Nationaux de la Santé constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif des flux financiers du système de santé d'un pays. Cet outil reconnu à l'échelle internationale pour sa capacité à synthétiser, décrire, quantifier et analyser le financement des systèmes nationaux de santé. La méthodologie des CNS s'appuie sur une classification internationale définie par l'OCDE. L'utilisation d'une méthodologie standardisée permet ainsi de faire des comparaisons internationales. Jointes aux autres outils d'analyse du système de santé et d'information, les CNS fournissent des éléments factuels qui, à divers niveaux, aident les décideurs à prendre des décisions éclairées en vue d'améliorer la performance du système en répondant à ces interrogations:

- ▲ *Quel est le montant total du financement de la santé ?*
- ▲ *Quelle est la participation des acteurs principaux ?*
- ▲ *Quels sont les services qui sont produits ?*
- ▲ *Quels sont les prestataires qui offrent ces services ?*
- ▲ *Quels sont les régimes de financement ?*

De plus, ils sont utilisés pour suivre l'évolution des dépenses de santé sur plusieurs années.

L'élaboration des CNS requiert plusieurs phases. La première phase, concerne la collecte des données sur les dépenses des acteurs du système de santé d'un pays. Les données proviennent de deux sources de données : les données primaires nécessitant des enquêtes spécifiques et/ou des données secondaires (déjà existantes et disponibles). La seconde phase concerne l'organisation des données dans un format standard et facile à comprendre tel que présenté dans le « guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus »¹⁴.

Les CNS peuvent être produits pour le système de santé tout entier, mais également pour des programmes ou maladies spécifiques, tels que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la santé de la reproduction et la santé infantile. Ces analyses sont appelées « sous-comptes ».

L'utilisation de la méthodologie du SHA 2011, permet en plus de produire les « sous-comptes », de faire une participation des dépenses de santé par zone géographique d'un pays, par groupe de populations et par sexe.

¹⁴ OMS, Banque Mondiale et USAID, 2006. Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé: avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus. <http://www.who.int/health-accounts/documentation/FrenchPG-Final.pdf>

2.2 Classification des dépenses de santé

Selon le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 (OMS, 2000)¹⁵, un système de santé inclut «toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé ».

Définition de la dépense de santé

La dépense nationale de santé englobe « toutes les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer et entretenir la santé d'une nation et des individus sur une période définie » (OMS et al, 2006). Cette définition s'applique indépendamment de la nature de l'institution qui fournit les soins ou qui finance l'activité de santé.

Limite géographique

Les dépenses de santé ne se limitent pas aux activités qui ont eu lieu sur du territoire national. Elles sont plutôt définies par les résidents du pays.

Limites temporelles

Les années 2013 et 2014 **constituent les années d'exercice de ces CNS**. Les CNS emploient la comptabilité sur la base des droits constatés, selon lesquels les dépenses sont enregistrées au cours de la période de création de la valeur économique. Les dépenses considérées sont celles comptabilisées au moment où le bien ou service a été fourni et non pas au moment où il a été payé.

Les CNS consistent en une série de tableaux dans lesquels sont organisées les diverses dépenses de santé d'une nation selon quatre catégories. Ces catégories sont les sources de financement (FS), les agents de financement (FA), les prestataires (HP), et les fonctions (HC).

- ⤴ **Les sources de financements (FS)** sont des entités qui fournissent les fonds, telles que le Ministère des Finances, les bailleurs et les ménages ;
- ⤴ **Les agents de financement (HF)** sont des «intermédiaires » qui gèrent les fonds et décident comment ils sont affectés. Les HF répondent à la question : «qui gère et organise les fonds?». Parmi ces agents de financement on trouve notamment le Ministère de la Santé, les ONG et les ménages. Ces derniers peuvent jouer le rôle de source et d'agent de financement. Ils sont notamment considérés comme agents de financement pour ce qui concerne leurs versements directs aux prestataires ;
- ⤴ **Les prestataires (HP)** sont les utilisateurs des fonds affectés à la santé. Ce sont les entités qui fournissent ou administrent réellement le service de santé, comme les hôpitaux, les centres de santé, les pharmacies, etc. ;
- ⤴ **Les prestations (fonctions) (HC)** sont les services qui sont fournis tels que les soins curatifs, les soins préventifs, les médicaments, l'administration, etc.

La Classification Internationale des Comptes de la Santé (CICS) fournit une nomenclature spécifique à chacune des catégories ci-dessus citées. Cette nomenclature est standard, mais elle doit être adaptée au contexte de chaque pays. Pour les exercices 2013-2014, la classification internationale a été respectée avec quelque ajustement tenant compte du contexte haïtien.

Les quatre principales matrices des CNS, portant sur l'ensemble des flux financiers dans le système de santé, ont été construites et analysées:

- ⤴ la première matrice résume les flux financiers entre les Sources de financement et les Agents de financement
- ⤴ La deuxième matrice présente les flux financiers entre Agents de financement et utilisateurs finaux que sont les prestataires de soins ;

¹⁵ OMS, 2000. Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système de santé plus performant. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1

- ▲ La troisième matrice retrace les flux financiers entre les Agents de financement et les prestataires de soins ;
- ▲ La quatrième matrice décrit les flux financiers entre les prestataires de soins et les fonctions

Le Système de Comptes de la Santé¹⁶ dont la dernière version est celle de 2011 (SCS 2011) a servi pour la production des CNS 2013-2014. Ce système prend en compte la nomenclature des dépenses, les outils de collecte, l'outil de traitement, d'analyse des données et les tableaux à construire.

Le SCS définit les limites des dépenses de santé et décrit l'ensemble des comptes qui sont associés à ces dépenses, qu'il s'agisse des dépenses courantes que de dépenses en capital pour lesquelles cette méthodologie exige la production de tableaux différents et des analyses séparées. Le SCS 2011 s'occupe aussi de la classification des fonctions des services de santé et régimes de financement déjà évoqués. En plus des questionnaires de collecte des données liées à chaque catégorie d'intervenant dans les dépenses de santé, il y a le Health Account Production Tools(HAPT)¹⁷, un logiciel avec lequel les données sont traitées et les tableaux sont produits afin de fournir les résultats qui doivent être analysés. En adoptant la méthodologie standard, les CNS 13-14 se trouvent inscrits dans la démarche de pouvoir répondre au besoin de comparaison internationale.

Le Comité Technique (CT) mis en place par le MSPP constitue l'instrument de mise en œuvre de la décision d'élaboration des CNS. Il planifie et exécute le projet; le comité prépare le protocole; adapte les questionnaires; collecte, traite, analyse les données et élabore le rapport des CNS 13-14.

2.3 Méthodologie de la collecte des données

Deux catégories de sources ont été utilisées pour collecter les données nécessaires à la production des CNS 2013-2014. Il s'agit des sources de données primaires et secondaires. Dans le cas des prestataires de soins fournissant des données primaires, un échantillonnage a été utilisé et ces données ont surtout servi à constituer des clés de distribution des données agrégées obtenues chez les autres catégories de sources.

2.3.1 Données secondaires

Les données secondaires sont puisées dans les rapports des institutions qui participent à la gestion ou la coordination des partenaires techniques et financiers et des ONG. Il s'agit du MPCE, du MEF, de la DGI, de l'IHSI, et du MSPP. Le Comité Technique (CT) a aussi utilisé les données du rapport de l'enquête sur les Conditions de Vie des Ménages Après le Séisme(ECVMAS) réalisée en 2012 par l'IHSI et ONPES dans lequel il existe un volet dépenses de santé des ménages. L'Indice des Prix à la Consommation (IPC) de la période étudiée est utilisé pour ajuster les données de l'enquête.

2.3.2 Données primaires

Pour compléter les données secondaires, le CT a collecté des données auprès des bailleurs de fonds, des ONG, des prestataires de soins, des assurances et des entreprises. Dans le cas des prestataires de soins, nous avons eu recours à des échantillons par échelon et niveau de la pyramide sanitaire, mais ces échantillons ont surtout servi à déterminer des clés de distribution des valeurs agrégées.

¹⁶ System of Health Accounts 2011 (SHA 2011) : <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>

¹⁷ Health Accounts Production Tool (HAPT) : <http://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/>

2.4 Méthode d'analyse et de traitement des données

Les données sont traitées à partir de l'outil de production des **comptes nationaux de santé** (HAPT) en respectant les principes de la méthodologie du système des comptes de santé. Cependant, avant l'importation des données dans l'outil, les données secondaires ont été organisées dans une base Excel.

2.4.1 Contrôle de qualité

Pendant la saisie, des vérifications ont été faites pour s'assurer que toutes les sources de données figurent dans la base. Une autre vérification des questionnaires reçus a été faite, afin de s'assurer que tous les champs sont remplis. Avant la saisie des données dans la base Excel, il y a eu une première confrontation des questionnaires administrés aux bailleurs avec ceux destinés aux ONG et autres agents de financement afin de vérifier s'il y a doublon ou omission. De plus, l'outil HAPT contient un module permettant de faire les croisements et d'identifier et traiter tout problème lié à la qualité des données pour toutes les sources.

2.4.2 Importation des données

Après la saisie des données sur Excel, elles ont été importées dans l'outil de production des comptes de santé pour effectuer les différentes étapes de l'étude telle que : le codage des variables, un second niveau de contrôle de qualité, le croisement des tableaux pour obtenir les résultats comme souhaité, ainsi que les graphiques.

2.4.3 Difficultés et limite de l'étude

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de cette étude. Celles-ci étaient liées notamment à :

- ✧ la disponibilité des données : certaines sources étaient réticentes à partager leurs données; tandis que d'autres étaient très lentes à les transmettre. Plusieurs rappels ont dû être faits afin d'obtenir les informations. Tout cela faisait courir le risque de sous-estimer les dépenses et de retarder la publication du rapport.
- ✧ la faible participation des entreprises du secteur privé à la collecte de données. En effet, peu d'entreprises ont répondu positivement aux demandes d'information sur leurs dépenses.
- ✧ des données transmises à l'équipe sous forme agrégée. Or, la présentation des informations détaillées par niveau faciliterait l'utilisation de ces informations ainsi que leur analyse. L'équipe a donc été obligée de recourir à d'autres formes d'estimations, en utilisant des clés de distribution. Le recours excessif à cette méthode pourrait malheureusement induire des biais et affecter les distributions des dépenses.

En revanche, pour améliorer la qualité de l'information recueillie, il serait préférable à l'avenir, si les moyens disponibles le permettent, d'organiser une enquête ménage focalisée sur les questions de santé, surtout qu'on approche de la fin du cycle (5 ans) de l'enquête ECVEMAS réalisé en 2012.

SECTION 2

ANALYSE DES RESULTATS

De manière générale, l'analyse des résultats des Comptes de Santé permet de mettre en évidence la situation du financement de la santé en relation avec les fonctions de la mobilisation des ressources, la mise en commun et l'achat des services. Cette analyse se fait à deux niveaux, le premier prend en compte des indicateurs par rapport aux dépenses totales de santé(DTS) et le second est centré sur les dépenses courantes de santé(DCS). Cela est très important à retenir pour éviter toute confusion dans la lecture du présent rapport.

En effet, le circuit des dépenses est établi à travers différentes catégories de partenaires pour préciser la provenance et les gestionnaires des fonds ainsi que les principaux prestataires pour lesquels les dépenses ont été réalisées. C'est aussi l'opportunité de comprendre les dépenses de santé dans le cadre général de l'économie nationale. Cela va nous a permis de dégager une meilleure compréhension de l'importance accordée à la santé dans les dépenses nationales.

La présentation des tableaux ne suffit pas pour éclairer la compréhension de tous sur la réalité profonde du financement de la santé, car tous ceux qui vont utiliser ce rapport ne sont pas initiés à ce genre d'exercice. L'analyse des agrégats devient nécessaire pour apprécier l'évolution de la situation. Sachant que l'économie avait une faible croissance de l'ordre de 2.8% pour la période de l'étude, Nous espérons que les autres indicateurs suivent le même rythme. Ainsi, convient-il d'analyser :

- ✧ le niveau des fonds publics alloués à la santé ;
- ✧ la contribution de l'aide externe au financement des dépenses de santé ;
- ✧ la part des fonds privés dont ceux des ménages dans le financement de la santé.

Il s'agit aussi d'étudier les circuits de dépenses avec les principaux produits et services de santé ayant absorbé les fonds. La structure des dépenses pourrait expliquer l'orientation de ces dépenses de santé. Cette information peut alimenter les réflexions sur le développement d'une stratégie de financement visant à répondre aux objectifs d'une politique de santé.

CHAPITRE 3

AGREGATS GENERAUX ET DEPENSES TOTALES DE SANTE (DTS)

Les dépenses totales de santé (DTS) comportent trois catégories. Chacune d'elles est effectuées grâce à une ou plusieurs sources de fonds. Il s'agit :

- ▲ **des dépenses publiques** qui sont financées par le trésor public et certains fonds externes;
- ▲ **des dépenses privées** qui sont alimentées par les fonds des ménages, des entreprises et des Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages(ISBLSM);
- ▲ **des dépenses de la coopération externe** qui sont prises en charge par les fonds des bailleurs et des ONG internationales communément appelés le reste du monde.

En quête d'une meilleure compréhension de la contribution de chaque catégorie de source de revenus du financement de la santé et d'une meilleure organisation de ce financement, les Comptes nationaux de la Santé se proposent de retracer les flux et d'analyser le poids de chacune d'elles. En plus de retracer les flux, il convient aussi d'établir les liens entre les dépenses et les prestations fournies par les différentes catégories de prestataires.

3.1 Les agrégats généraux

L'économie haïtienne connaît une croissance modérée pour les exercices 2010 -2011 et 2013-2014.

Au cours de l'exercice 2013-2014, le PIB en gourdes courant a été de 389 milliards, le budget national de 126,4 milliards, et les dépenses totales de santé de 32 milliards. Les DTS représentent donc 8,22% du PIB et 25% du budget national tandis que la part allouée au MSPP était de 5,5%.

La dépense de santé par habitant de la période 2013-2014 est estimée à 2 974 HTG (67.59 USD¹⁸), soit une augmentation 6,52% par rapport à l'exercice précédent qui avait accusé une dépense totale par habitant de l'ordre de 2792.

Le niveau de dépense des ménages reste constant sur les trois derniers exercices, soit autour de 30,1% des DTS. De même, plus de la moitié des DTS sont réalisées par le financement de la coopération externe. En 2013-2014, la coopération externe a financé 56,7% des DTS.

¹⁸ Un dollar équivaut à 44 gourdes

Tableau 3
Évolution de quelques agrégats généraux

Agrégats	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Population totale	10 085 214	10 170 000	10 579 230	10 745 665
PIB (gourdes courantes)	297 687 000 000	329 036 000 000	364 811 000 000	388 809 000 000
Budget National (Gouvernement)	106 284 926 099	121 000 978 208	131 543 490 813	126 411 506 044
Budget du MSPP	4 251 400 000	8 647 748 581	11 912 809 303	6 949 737 531
Dépenses Totales de Santé (gourdes courantes)	25 406 097 605	32 422 938 367	29 536 804 846	31 954 137 856
Dépenses courantes de santé (gourdes courantes)	23 620 012 318	30 660 164 102	26 383 311 296	30 538 276 556
Dépenses d'investissements de santé (gourdes courantes)	1 786 085 287	1 762 774 265	3 153 493 550	1 415 864 300
Dépenses de santé par habitant (gourdes)	2 520	3 188	2 792	2 974
Dépenses de santé par habitant (USD)	62.90	75.91	63.89	66.08
Dépenses totales de Santé en % du PIB	8.5%	10%	8%	8.22%
Dépenses totales de Santé en % du Budget National	24%	27%	22%	25%
Budget MSPP en % du Budget National	4.0%	7.1%	9.1%	5.5%
Dépenses de santé du secteur public en % des DTS	9%	7%	10%	9.7%
Dépenses de santé des ménages en % des DTS	4%	29%	32%	30.1%
Dépenses de santé du reste du monde en % des DTS	86%	64%	52%	56.7%
Dépenses des entreprises en % des DTS	1%	1%	5%	3.5%
Taux de change	1 USD=40.05HTG	1 USD =41.99 HTG	1 USD=43.7 HTG	1 USD=44 HTG

Sources : IHSI et CNS 2011, 2012 et CNS 2013.

3.2 Les dépenses totales de santé

Le financement de la santé alimente globalement trois catégories de dépenses. Pour chacune d'elles, il y a une ou plusieurs sources de financement. Il s'agit des dépenses publiques qui sont financées par le trésor public et certains fonds externes; les dépenses privées qui sont alimentées par les fonds des ménages, des entreprises et des ISBLSM; les dépenses de la coopération externe qui sont prises en charge par des bailleurs de fonds et des ONG internationales communément appelé le reste du monde (Tableau 4).

Tableau 4

Distribution des Dépenses Totales de Santé par sources de financement en 2013-2014

Dépenses Totales de Santé	Gourde	USD	%
Administration publique	3 102 015 214	70,500,345.77	9.7%
Entreprises	1 124 412 386	25,554,826.95	3.5%
Ménages	9 617 425 402	218,577,850.05	30.1%
ISBLSM	257 706	5,856.95	0%
Reste du monde	18 110 027 149	411,591,526.11	56.7%
<i>Bailleurs bilatéraux</i>	9 300 234 144	211,368,957.82	29%
Brésil	234 666 337	5,333,325.84	1%
Canada	2 110 227 127	47,959,707.43	7%
Finlande	6 160 965	140,021.93	0%
France	260 520 354	5,920,917.14	1%
Mexique	28 490 000	647,500.00	0%
Espagne	1 762 000	40,045.45	0%
Norvège	2 097 132	47,662.09	0%
<i>Etats-Unis</i>	6 656 310 229	151,279,777.93	21%
<i>Bailleurs multilatéraux</i>	2 113 918 783.86	48,043,608.72	7%
UE	26 446 431	601,055.25	0%
Fonds mondial	1 057 523 555	24,034,626.25	3%
Banque Mondiale	45 286 063.36	1,029,228.71	0%
BID	28 113 923 5	638,952.81	0%
PNUD	5 847 329	132,893.84	0%
UNICEF	77 500 000	1,761,363.64	0%
OMS	102 687 420	2,333,805.00	0%
ECHO	770 514 062	17,511,683.23	2%
ONG, Fondations et firmes Internationales	6 695 874 220.14	152,178,959.55	21%
Total	31 954 137 857	726,230,405.84	100%

Source : Enquête CNS 2013-2014

Le tableau 4 présente la structure des DTS qui met en évidence les sources de financement et le poids de chacune d'elles. En 2013-2014, l'État haïtien a supporté 9.7% des DTS. Sur la même période, les ménages ont supporté trois fois plus les DTS que l'État, soit 30% des DTS. Avec 56.7% du financement des DTS le reste du monde (coopération externe) supporte à elle seule plus de la moitié des DTS.

3.2.1 Dépense totale de santé supportée par l'administration publique

Elle représente la part du trésor public dans les DTS. A l'image de la faible croissance économique de l'ordre de 2.8%, le financement public dans les dépenses de santé est faible puisqu'il est alimenté par les recettes fiscales qui dépendent de la santé de l'économie. Cette tendance tend à durer dans la mesure où l'annulation de la dette a réduit les possibilités de l'Etat à contracter des prêts pour investir dans de grands chantiers nationaux. Cela aurait été pourtant l'un des moyens de compenser les déficiences des ressources internes. Cette faiblesse du financement est la conséquence de plusieurs facteurs combinés dont le faible taux de croissance de l'économie qui réduit la capacité de l'Etat à mobiliser des fonds et le manque de contrôle de certains autres financements publics. Il arrive que même les recettes des hôpitaux publics ne soient pas comptabilisées comme financement public de la santé parce qu'elles ne sont pas intégrées au budget de la santé. Une meilleure gestion de cette composante permettra une augmentation du financement public pour la santé.

3.2.2 Dépense Totale de santé supportée par le reste du monde (coopération externe)

Le financement des DTS par la coopération externe se fait sur diverses formes. Il comprend les fonds des partenaires bilatéraux, multilatéraux et les ONG internationales. Une partie de ces fonds est distribué à l'administration publique et le reste est directement dépensée par les partenaires qui les ont mobilisés et collectés. Ce financement correspond à 57% des DTS. Les trois(3) dernières années ont montré une réduction continue des fonds externes passant de 86% à 52% de 2011 à 2013, mais une autre tendance se dégage en remontant à 57% (voir tableau 2). Cette évolution traduisant l'inconstance ou l'irrégularité de ce type financement.

3.2.3 Dépense Totale de santé supportée par le privé

Le financement privé est la deuxième source de financement des DTS. Il en représente 34%et comprend la participation des entreprises, des ONG nationales et des ménages.

Malgré la pauvreté des ménages, ils contribuent à 91% dans le financement privé correspondant à 30% des DTS. Tenant compte de la précarité économique de la grande majorité des ménages qui réalisent leurs dépenses de santé à titre de paiements directs, nous sommes malheureusement assurés que ce sont des dépenses catastrophiques ¹⁹qui accentuent leur niveau de pauvreté. La faiblesse des structures de mise en commun des ressources est un des éléments à la base de la hausse des risques financiers étant donné ses faibles capacités de mutualisation. Il faut souligner que la participation des ménages diminue par rapport aux résultats du précédent CNS. Il n'en demeure pas moins vrai que c'est un fardeau qui s'amplifie par le mécanisme de financement utilisé à savoir les paiements directs. La part des DTS supportée par les entreprises pour l'exercice 2013-2014 est estimée à 3%.

Les DTS ont deux composantes : des dépenses courantes représentant 96% des dépenses totales de santé et les dépenses d'investissement qui s'élèvent à 4%.

La méthodologie du SHA 2011 impose une analyse séparée des DTS qui consistent à prendre en compte distinctement les dépenses d'investissement et les dépenses courantes. Ils mettent ainsi

¹⁹ Dépenses catastrophiques : Les dépenses de santé sont dites catastrophiques quand, pour payer les soins, les malades ou leur ménage doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu. Celle-ci est si importante qu'ils doivent réduire leurs dépenses sur les produits de première nécessité comme la nourriture et les vêtements ou qu'ils n'ont plus de quoi payer la scolarité de leurs enfants. Chaque année, environ 44 millions de ménages dans le monde, soit plus de 150 millions de personnes, doivent faire face à des dépenses catastrophiques et quelque 20 millions de ménages - plus de 100 millions de personnes - sombrent dans la pauvreté à cause du coût des services de santé. http://who.int/health_financing/pb_number_2_fr.pdf

beaucoup plus d'accents sur la deuxième catégorie qui constitue selon la méthodologie les dépenses directes de prestation de services de santé.

3.3 Les dépenses d'Investissement dans le secteur de la santé par sources de financement

Le tableau 5 présente la structure du financement des dépenses d'investissement. Nous observons une très faible contribution de l'administration publique (6%) tandis que la quasi-totalité du financement des dépenses d'investissement ont été supportée par les bailleurs (94%). Cette réalité rend le développement du système très tributaire aux aléas de la politique externe et des conjonctures économiques des pays partenaires.

Tableau 5

Distribution des dépenses d'investissement par sources de financement en 2013-2014

Dépenses d'Investissement de Santé	en HTG	en USD	en %
Administration publique	83 901 771	1 906 858.43	6%
Reste du monde	1 331 962 529	30 271 875.66	94%
Bailleurs bilatéraux	1 328 117 698	30 184 493.14	99.7%
Bailleurs multilatéraux	3 844 831	87 382.52	0.3%
Total	1 415 864 300	32 178 734.09	100%

Source : Enquête CNS 2013-2014

Les fonds du reste du monde qui supportent les dépenses d'investissement sont composés de deux sources de fonds: bilatéraux (99,7%) et multilatéraux (0,3%). Les principaux bailleurs bilatéraux ayant financé les dépenses d'investissement en santé sont les États-Unis, la France et le Canada.

3.4 Les dépenses courantes de santé (DCS) par source de financement

Les indicateurs analysés dans cette section sont calculés par rapport aux dépenses courantes bien que nous ayons la même tendance du financement. Cependant, le poids de certains indicateurs change parce que certains financements n'alimentent que les dépenses courantes alors que d'autres sont canalisés à la fois vers les dépenses courantes et les dépenses d'investissement.

Tableau 6

Distribution des dépenses courantes de santé par sources de financement en 2013-2014

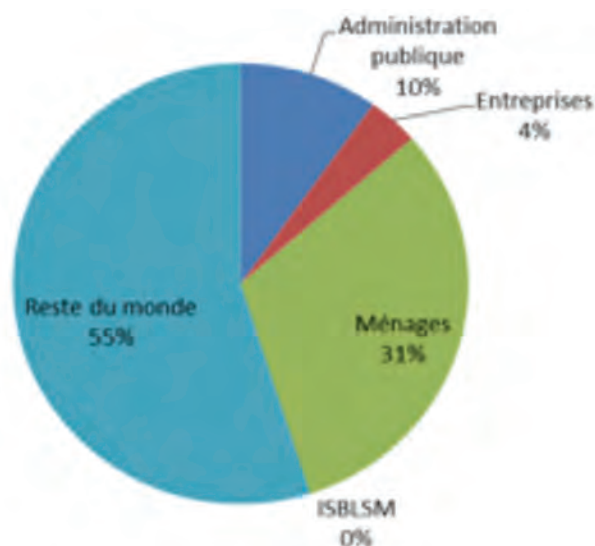
Dépenses courantes de santé	en HTG	en USD	en %
Administration publique	3 018 113 443	68 593 487.3	10%
Entreprises	1 124 412 386	25 554 826.95	4%
Ménages	9 617 425 402	25 554 827.0	31%
Reste du monde	16 778 064 619	218 577 850.05	55%
Autres sources	257 706	5 856.95	0%
Total	30 538 273 556	694 051 671.73	100%

Source : Enquête CNS 2013-2014

Le niveau des dépenses courantes en santé est estimé à 30,54 milliards en 2013-2014. Ces dépenses courantes sont supportées par trois principales sources comme c'était le cas durant les exercices précédents. Il s'agit du reste du monde (55%), des ménages (31%) et de l'administration publique (10%). Voir tableau 6 et figure 2).

Le financement des dépenses courantes de la santé tout comme le financement des dépenses d'investissement restent tributaires des fonds externes. Ce qui constitue une menace pour la pérennité du système.

Figure 2
Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement



Les ménages supportent près d'un tiers (31%) des DCS et en sont la deuxième source de financement. Ils représentent de ce fait un acteur clé dans le financement de la santé. Les dépenses des ménages sont réalisées au point de livraison de services de soins (paiement direct). Une très faible frange (4%) de la population haïtienne est couverte par une assurance maladie.

De plus, près de 70% de la population vit avec moins de 2 USD/jour. Cette situation les expose à des dépenses catastrophiques en cas maladie grave ou d'accident. Comparée à l'exercice précédent (CNS 2012-2013), la part des DCS supportée par l'administration a baissé de 2 points (de 12% à 10% des DCS) soit en terme nominal de 5 millions de gourdes.

CHAPITRE 4

ANALYSE DES DEPENSES COURANTES DE SANTE PAR AGENT DE FINANCEMENT

Les agents de financement constituent généralement une catégorie qui assure l'intermédiation financière entre les sources de fonds et les prestataires de services. Ce sont des gestionnaires de fonds qui paient les services de soins de santé pour la population. Ils sont les piliers des mécanismes de mise en commun qui collectent les fonds afin de réaliser le partage des risques et favoriser une plus large couverture des besoins. Diverses entités, dont des ONG (ISBLM), des compagnies d'assurances volontaires et obligatoires, l'administration publique et éventuellement des mutuelles de santé accomplissent cette fonction. Par catégories d'agents, nous présentons la distribution des dépenses courantes et les analyses correspondantes.

Tableau 7
Distribution des fonds des Dépenses Courantes de Santé par agents

Agents de financement	en HTG	en USD	en % DCS
Administrations publiques			27%
Ministère de la santé	7 872 789 248	178 927 028.36	25%
Agence de sécurité sociale	486 280 468	11 051 828.82	2%
Agents Privés			73%
Sociétés d'assurances commerciales	1 124 412 386	25 554 826.95	4%
ISBLSM	11 583 250 193	263 255 686.20	38%
Ménages	9 471 541 262	215 262 301.41	31%
Total	30 538 273 556	694 051 671.75	100%

Source : Enquête CNS 2013-2014

Les fonds des dépenses courantes de santé ont été gérés principalement par l'administration publique (27%) et par les agents privés (73%).

4.1 Analyse des dépenses de santé gérées par l'administration publique (État)

L'administration publique est l'instrument par lequel l'Etat exécute ses missions. Elle fait la gestion des fonds publics mise à sa disposition par le Ministère de l'Economies et des Finances et des fonds d'origine étrangère qui passent par le gouvernement. Au cours de l'exercice 2013-2014, l'administration publique a géré 27% des dépenses courantes de santé et se place en troisième position dans la

catégorie des agents de financement. Ceci indique que l'Etat décide sur un peu plus d'un quart (¼) des dépenses de santé dont environ un tiers (1/3) provient des ressources fiscales. Ce constat relève une nette augmentation des fonds gérés par l'Etat passant de 12 à 27% de 2013 à 2014. En outre, 6% des fonds de l'administration publique (soit 2% des DCS) ont été gérés par les assurances sociales (OFATMA, ONA).

Tableau 8
Distribution des fonds gérés par l'administration publique en 2013-2014

	en HTG	en USD	en % DCS
Administrations publiques			
Ministère de la santé	7 872 789 248	178 927 028.36	94%
Agence de sécurité sociale	486 280 468	11 051 828.82	6%
Total	8 359 069 715	189 978 857.18	100%

Source : Enquête CNS 2013-2014.

4.2 Analyse des dépenses de santé gérées par les agents privés

Dans l'ensemble, les agents privés gèrent 22 179 203 841 de gourdes des dépenses courantes de santé. Ces dépenses ont été effectuées par trois agents privés que sont : les assurances volontaires (5%) les ISBLM (52%) et les Ménages (43%). Voir Tableau 9.

Tableau 9
Distribution des fonds gérés par les agents privés

Agents Privés	en HTG	en USD	en % DCS
Sociétés d'assurances commerciales	1 124 412 386	25 554 826.95	5%
ISBLSM	11 583 250 193	263 255 686.20	52%
Ménages	9 471 541 262	215 262 301.41	43%
Total	22 179 203 841	504 072 814.57	100%

Source : Enquête CNS 2013-2014

4.2.1 Analyse des dépenses de santé gérées par les Assurances maladies

Cette catégorie contient l'ensemble des sociétés d'assurances maladie volontaire et obligatoire qui jouent aussi leur partition dans le financement des soins de santé. Pour l'exercice fiscal 2013-2014, les sociétés d'assurance ne gèrent qu'environ 4% (réf. tableau no 7) des dépenses courantes de santé. Cela explique pourquoi les paiements directs sont si élevés et traduit la faible mobilisation des ressources auprès des ménages. Les assurances devraient constituer le mécanisme le plus fiable de mise en commun qui assure la sécurité financière des ménages contre les risques financiers, mais son poids dans la gestion des fonds explique que cette fonction est très faiblement assurée. Dans une perspective de couverture sanitaire universelle et de sécurité financière la performance des assurances demeure un défi pour le système de santé.

4.2.2 Analyse des dépenses de santé gérées par les ISBLSM

De façon générale, le reste du monde ne gère pas directement les fonds destinés à la santé, mais finance un réseau d'ONG nationales et internationales se regroupant dans la catégorie des ISBLSM. Leurs activités sont financées principalement par le reste du monde. Le portefeuille des ISBLSM représente 38% des dépenses courantes de santé (ref. tableau no 6). Elles sont en grande partie des filiales d'ONG internationales qui ont acquis le statut d'ONG nationales par leurs inscriptions au Ministère de la Planification et de la Coopération Externe. D'une certaine manière, elles aident à atténuer le fardeau des dépenses de santé sur les ménages particulièrement en milieu péri-urbain et rural où il n'y a presque pas d'emploi et le revenu est très faible. Cela n'empêche qu'il y a beaucoup de critiques concernant des frais de gestion élevés de ces organismes non gouvernementaux. En effet, bien que les ressources des ISBLSM soient très importantes et utiles, l'approche utilisée pour la gestion desdites ressources n'est pas toujours le meilleur facteur de la mise en commun.

4.2.3 Analyse des dépenses de santé gérées par les Ménages

Les ménages représentent une catégorie d'agents de financement atypique dans la mesure où ils dépensent uniquement leurs propres fonds pour eux-mêmes. Ils ont dépensé autant qu'ils apportent soit 31% des DCS (ref. tableau no7). Ce mécanisme de dépense a un double inconvénient pour l'accès aux soins de santé. D'une part, ce sont des paiements directs qui peuvent servir de barrière dans la mesure où il faut toujours une disponibilité financière pour accéder aux services de soins de santé, d'autre part, il est la conséquence directe de l'inefficacité des structures de la mise en commun.

4.3 Analyse des dépenses courantes de santé par prestataires de soins

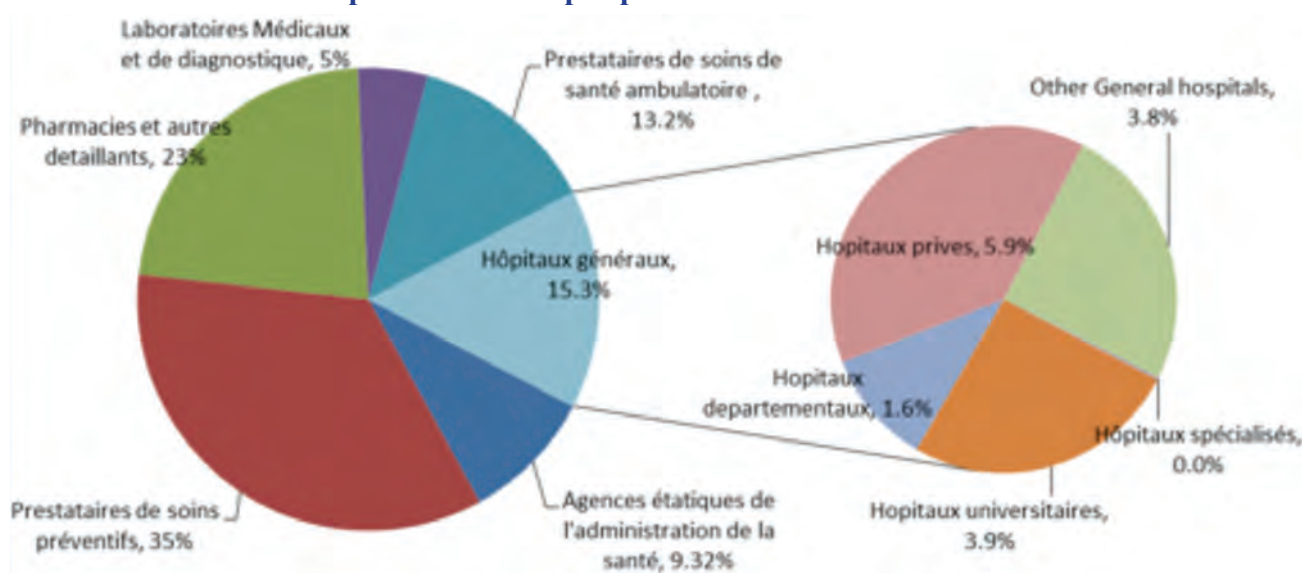
Le calcul des dépenses de santé devrait véritablement se trouver au niveau des prestataires de soins tant en terme curatifs que préventifs. En effet, la distribution des dépenses par type de prestataire indiquera les opportunités ou les limites de la rationalité de la logique de l'allocation des fonds pour les dépenses dans le secteur. Donc, les prestataires de services de santé, les fonctions et les domaines d'intervention sont les principaux axes permettant à la population de bénéficier des dépenses réalisées en leur faveur. C'est pourquoi une analyse minutieuse des dépenses entre ces axes se révèle d'une pertinence remarquable pour s'assurer de l'efficacité de l'allocation dans le cadre du financement des besoins prioritaires dans un contexte de rareté des ressources et de multiplication des besoins.

4.3.1 Dépenses de santé par prestataires de services de santé

Les prestataires de services de santé sont des entités fournissant des biens et services médicaux ou des services connexes comme activité principale. Dans le contexte d'Haïti, la principale activité exercée constitue le critère fondamental pour la classification des prestataires de soins de santé. Cependant, cela ne signifie pas que les prestataires classés dans la même catégorie exécutent exactement les mêmes types d'activités. En Haïti, les hôpitaux fournissent non seulement des services de soins hospitaliers, mais également des prestations de soins ambulatoires et préventifs. Cette situation qui pourrait s'expliquer par un dysfonctionnement du système de référence et de contre référence des niveaux de soins de la pyramide sanitaire. En 2014, selon une étude menée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), sur la liste des infrastructures sanitaires, toutes sources confondues (public et privé) la situation était la suivante : environ trois quarts (3/4) des infrastructures sanitaires sont des dispensaires et des centres de santé sans lit (CSL); 14.03% sont des centres de santé avec lits (CAL) et 11.64% représentent les hôpitaux.

Dans cette section, il s'agit de présenter les dépenses par type de prestataire de soins. Ainsi, sur un total de 30.5 milliards de gourdes de dépenses courantes, les prestataires des soins préventifs ont absorbé 35% et ont servi à financer essentiellement la prévention des maladies infectieuses et parasitaires. Les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (pharmacies + détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux) viennent en deuxième position avec 23%. Il s'agit ici des médicaments et autres bien médicaux achetés dans les officines pharmaceutiques par les ménages.

Figure 3
Dépenses de santé par prestataire de soins de santé



Source : Réalisé par: UEP/MSPP- Haïti CNS 2013-2014

S'agissant des hôpitaux, 4.6 milliards de gourdes y ont été dépensés, soit 15.3% des dépenses courantes de santé. Les hôpitaux universitaires représentent 3.94% des dépenses courantes de santé et 5.45% pour les autres types d'hôpitaux publics (hôpitaux départementaux, spécialisés, communautaires de référence, etc.).

Tableau 10
Dépenses courantes de santé par prestataire

Prestataires de soins de santé	Milliers HTG	Milliers USD	%
Hôpitaux	4 677 016.00	106 295.82	15.32%
Hôpitaux universitaires	1 204 303.00	27 370.52	3.94%
Hôpitaux départementaux	500 277.00	11 369.93	1.64%
Hôpitaux privés	1 799 136.00	40 889.45	5.89%
Autres Hôpitaux généraux	1 163 496.00	26 443.09	3.81%
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	9 804.00	222.82	0.03%
Prestataires de soins de santé ambulatoires	4 031 153.00	91 617.11	13.20%
Prestataires de services auxiliaires	1490080.00	33 865.45	4.88%
Laboratoires Médicaux et de diagnostic	1490080.00	33 865.45	4.88%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	6882252.00	156 414.82	22.54%
Pharmacies	6531477.00	14 8442.66	21.39%
Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	350775.00	7 972.16	1.15%
Prestataires de soins préventifs	10610111.00	241 138.89	34.74%
Agences étatiques de l'administration de la santé	2847661.00	64 719.57	9.32%
Total	30 538 273	694 051.75	100.00%

Source : Enquête CNS 2013-2014.

4.4 Analyse des dépenses courantes de santé par Fonction

La classification des fonctions renvoie aux types de biens et services de santé consommés par les utilisateurs finaux avec une fonction spécifique de santé. Elle se focalise sur les estimations des dépenses courantes et implique le contact de la population avec les prestataires de services de soins. Le SHA 2011 suggère que les investissements soient donc dissociés et traités séparément. Ainsi, pour se conformer au guide des comptes de santé, nous avons présenté dans cette section les dépenses courantes de santé. Les dépenses d'investissement ne sont donc pas incluses dans l'analyse des **dépenses par fonction**. La section dépenses de santé par domaine traitera des différentes fonctions des soins de santé par type de maladie, dans la limite du choix de maladies prioritaires que le MSPP juge **nécessaire de traiter** pour les prises de décisions par les autorités sanitaires.

4.4.1 Services de prévention et de santé publique

Les soins préventifs représentent la part la plus élevée des dépenses courantes de santé, soit 33%. Cependant, en termes de fonction, cette proportion est inférieure à la part relative des prestataires de soins préventifs. Nous comparons ici les fonctions de soins préventifs et les prestataires de soins préventifs. La justification est que certains prestataires de soins préventifs mènent des activités de soins curatifs ambulatoires et des activités de prévention. S'agissant des soins préventifs, plus de 14% représentent la surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et des maladies non spécifiées. La vaccination représente 13% des dépenses courantes de santé, suivies des activités de programme d'information d'éducation et de conseil (IEC) 2%.

4.4.2 Services de soins curatifs

Les soins curatifs représentent 30% des dépenses courantes et se composent des soins curatifs ambulatoires (16.14%) et des soins curatifs en milieu hospitalier (13.84%). Selon le rapport statistique 2014 et des résultats de la collecte des données des comptes de santé 2013/2014, les 4.23 milliards de gourdes ont permis la prise en charge de plus de 100 000 patients dans les centres hospitaliers.

En effet, les 4.93 milliards de gourdes dépensées en soins ambulatoires sont réparties comme suit : 12% dans les hôpitaux généraux, 79% dans les centres de santé et 9% dans les centres de soins préventifs.

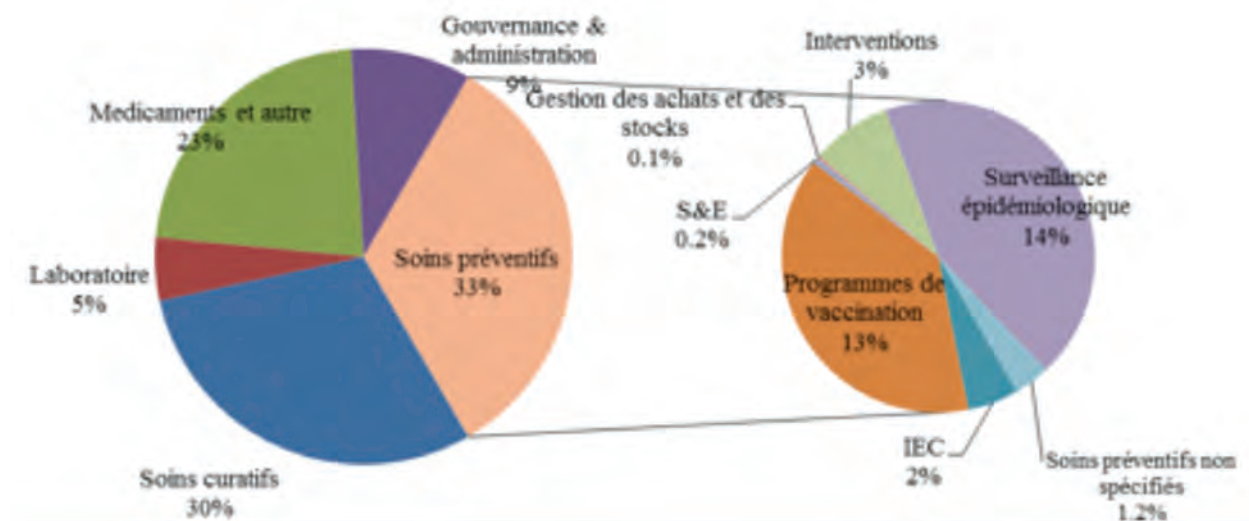
Par département, les soins curatifs ont été réalisés à 36% dans l'Ouest, 16% dans l'Artibonite, 10% dans le Nord et 7% dans les départements du Centre, Nord-Ouest et Sud. La plus faible proportion a été observée dans les Nippes (3%). Néanmoins, les proportions les plus élevées en soins curatifs par département correspondent à celles des populations les plus élevées dans ces derniers; respectivement 36.9% l'Ouest, 15.8% dans l'Artibonite et 9% pour le département du Nord. Pour le financement de la santé, le niveau des indicateurs de santé semble suggérer une réallocation des financements dans les départements dont les indicateurs sont les plus faibles.

Tableau 11
Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins

Fonctions des soins de santé	Milliers HTG	Milliers USD	%
Soins curatifs	9 156 063	208092.34	29.98
Soins curatifs hospitaliers	4 227 017	96068.5682	13.84
Soins curatifs ambulatoires	4 929 046	112023.773	16.14
Services auxiliaires (non-spécifiés par fonction)	1 490 080	33865.4545	4.88
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	6 882 252	156414.818	22.54
Médicaments délivrés sur ordonnance	6 766 692	153788.455	22.16
Lunettes et autres produits optiques	115 560	2626.36364	0.38
Soins préventifs	10 162 217	230959.477	33.28
Programmes d'information d'éducation et de conseil (IEC)	536 141	12185.0227	1.76
Programmes de vaccination	3 905 988	88772.4545	12.79
Supervision & Evaluation (S&E)	53 017	1204.93182	0.17
Gestion des achats et des stocks	36 758	835.409091	0.12
Interventions	843 372	19167.5455	2.76
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre M. (n.c.a.)	4 413 933	100316.659	14.45
Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)	373 007	8477.43182	1.22
Gouvernance administration du système de santé et des financements	2 847 661	64719.5682	9.32
Planification & Gestion	528 996	12022.6364	1.73
Supervision & Evaluation (S&E)	221 497	5034.02273	0.73
Gestion des achats et des stocks	460 298	10461.3182	1.51
Autres gouvernance et administration du système de santé	1 512 754	34380.7727	4.95
Administration du financement de la santé	124 116	2820.81818	0.41
Total	30 538 274	694051.682	100.00

Source : Enquête CNS 2013-2014.

Figure 4
Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins



Source : Enquête CNS 2013-2014

Les Comptes de santé offrent l'opportunité de croiser les données du système des comptes de la santé en lien avec des données provenant d'autres sources afin de mettre en évidence les aspects qui doivent mieux attirer l'attention dans les prises de décisions. Ainsi donc, cette approche permet aux Comptes de Santé de produire des informations qui peuvent orienter une stratégie de financement de la santé dans le cadre des politiques de santé. Il revient d'identifier les dépenses pour effectuer des analyses spécifiques à partir d'un classement des caractéristiques des bénéficiaires, notamment par maladie, âge, sexe région et situation économique. Le SHA2011 recommande que les analyses de dépenses par bénéficiaire soient limitées aux dépenses courantes (HC.1-HC.9) avec l'option d'analyser et présenter séparément les dépenses importantes par bénéficiaire. Dans cette section, nous ferons un focus sur la distribution des dépenses de santé 2013/2014 par maladies et par zone géographique.

4.5 Analyse des dépenses courantes par zone géographique

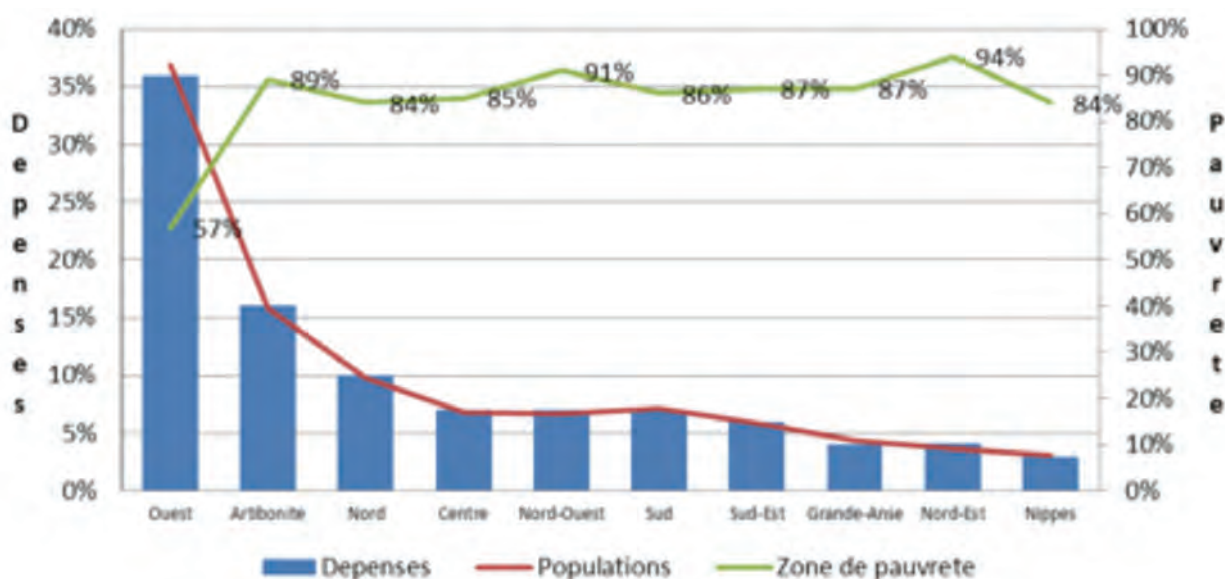
L'une des préoccupations que pourrait envisager un rapport des CNS est de comparer les dépenses à différents niveaux de soins du système de santé et aux diverses régions d'un pays. Une telle comparaison sur une seule année d'étude ne serait pas adéquate pour éclairer le politique. Cependant, elle pourrait suggérer des changements ou des prises de décisions pour une meilleure allocation des financements dans les institutions sanitaires et de ce fait, contribuer à améliorer la répartition géographique des financements de la santé par département. Les objectifs étant de:

- obtenir une meilleure vue sur les variations des dépenses de santé par département;
- déterminer les principaux facteurs expliquant que certains départements aient des dépenses de santé par habitant plus élevées ou plus faibles que d'autres ;
- présenter une distribution spatiale des dépenses courantes de santé, dépenses en capital et des dépenses totales de santé à travers des cartes.

Des limites pourraient exister dans la méthodologie de traitement des données tant une grande partie des dépenses de santé, achats de biens et services sont réalisés au niveau central pour le compte des entités de soins des autres départements. Ainsi, bien que les dépenses communes du niveau central aient

été ventilées à travers les différents départements sur la base des informations disponibles, le niveau des dépenses de santé dans la région de l'Ouest pourrait ne pas refléter la réalité. Pour améliorer cette réflexion et faciliter les décisions, la disponibilité de données plus ventilées serait d'un atout majeur. Dans le graphique ci-dessous, nous avons comparé les dépenses de santé par département avec le total des populations par département et nous avons aussi comparé l'ensemble avec les incidences de la pauvreté (%) par département²⁰. A l'image de la figure 8, il y a une corrélation relative entre dépenses de santé et population. Cette corrélation pourrait avoir été influencée par la méthodologie utilisée pour ventiler certaines dépenses communes du niveau central vers les départements.

Figure 5
Dépenses de santé et incidences de la pauvreté par départements



Source : Enquête 2013-2014 et carte de pauvreté

En examinant le poids démographique, les incidences de pauvreté et la part dans l'ensemble des dépenses de santé, la figure 8 nous enseigne que les régions sanitaires à forte incidence de pauvreté dépensent moins de ressources. C'est le cas notamment des départements de la Grand-Anse, du Nord-est et des Nippes avec respectivement 4%, 4.1% et 3% de part dans les dépenses de santé. Les incidences de la pauvreté dans ces départements étant respectivement de 87%, 94% et 84%. Ce qui précède suggère une répartition des ressources en fonction du niveau des besoins.

²⁰ *Source indice de pauvreté: MEF-PNUD-FAFO, La pauvreté en Haïti, Un profil de la pauvreté en Haïti à partir des données de l'ECVH, Novembre 2003

CHAPITRE 5

ANALYSE DES DEPENSES PAR MALADIES

La figure 6 et le tableau 12 présentent les dépenses de santé par maladie. Les maladies infectieuses et parasitaires avec 51.1% représentent la plus grande proportion des dépenses courantes de santé, suivies de la santé de la reproduction 14.9%, des maladies non transmissibles 14.2% dont le traumatisme avec 5.3%. Les autres maladies, quant à elles, représentent 17.1%. Cette dernière composante représente des dépenses de santé par maladie que les données collectées n'ont pas permis de ventiler.

Au vu des dépenses de santé par maladie et du tableau de morbidité de l'annuaire statistique 2014, nous nous demandons : « Quelles doivent être les priorités des autorités sanitaires en matière d'orientation des décisions de financement de la santé ? » La réponse à cette préoccupation est à la fois compliquée et complexe parce que plus de la moitié du financement est de sources externe et devient alors hors de contrôle des décideurs nationaux. Il a fallu d'intenses négociations avec les PTF et une coordination efficace afin de s'assurer de l'alignement des objectifs sur les priorités nationales définies par la politique du gouvernement. Toutefois, certaines pistes indiquent des critères qui peuvent favoriser une meilleure allocation des ressources. Ainsi, ne devrions-nous pas mettre l'équité au centre des décisions financières afin que les catégories qui ont le plus besoin d'assistance financière puissent rentrer dans les priorités comme le préconise certaine revue scientifique²¹. Il y a aussi le tableau de morbidité qui confirme les zones géographiques et les pathologies qui requièrent une attention particulière dans la distribution des fonds.

Selon les données statistiques de l'annuaire 2014, sur un ensemble de 341 088 personnes répondant aux définitions de cas des maladies et phénomènes morbides sous surveillance, les cas suspects de choléra (87.6 %) occupaient le premier rang, suivis des agressions par animal suspect de rage (10.7%). Pour les maladies et conditions à déclaration hebdomadaire, les infections respiratoires aiguës (IRA) représentaient 36.3%, les cas suspects de Chikungunya (22.4%), autres fièvres indéterminées (15.5 %), les diarrhées aiguës aqueuses (12.3%), les cas suspects de fièvre typhoïde (11.8%) et les cas confirmés de paludisme (1.1%) représentent les six premières causes de morbidité sous surveillance. Ces informations sont confirmées dans l'orientation des financements avec 51.1% du total des dépenses courantes 2013/2014. Cependant, nous ne disposons pas de toutes les données relatives aux VIH/SIDA pour produire une analyse plus complète mettant en évidence les ressources et les indications de besoins. En ce qui concerne de la source de financement de la lutte contre pour les maladies placées au haut niveau du tableau de morbidité, les partenaires techniques et financiers viennent en tête avec 74.8% des contributions, les ménages (17.5%), l'Etat (6.8%) et enfin les entreprises (1%). Des informations plus détaillées relatives aux sources de financement par maladie seront présentées dans ce rapport. Néanmoins, les maladies non-transmissibles ne sont pas en reste bien qu'elles ne soient pas sous surveillance 'C'est peut-être l'une des faiblesses du système avec ce classement de maladies prioritaires ou sous surveillance.

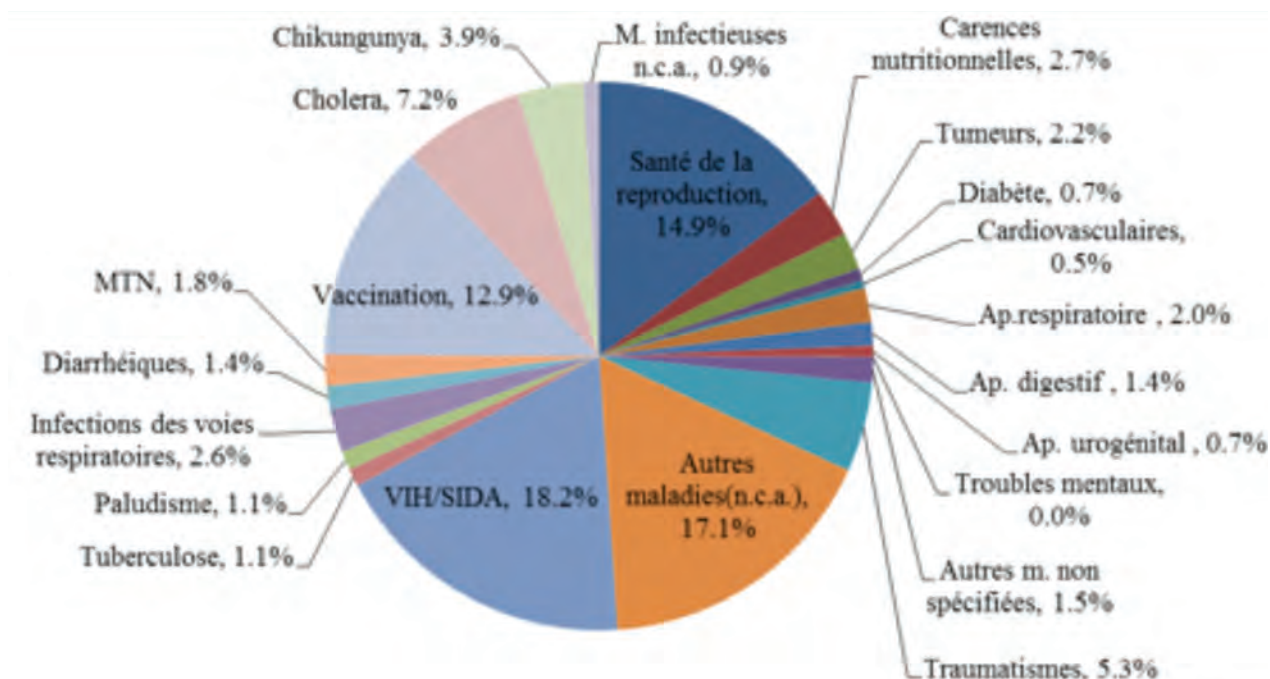
²¹ Maynard, Alan, and Anne Ludbrook. "Budget allocation in the national Health Service." *Journal of Social Policy* 9.03 (1980): 289-312.

Tableau 12
Distribution des dépenses courantes de santé par maladie

CODE	CODE	Maladies	Valeur en gourde	Valeur en dollar	%
DIS.1	Maladies infectieuses et parasitaires		15,595,490,378.73	354,442,963.15	51%
	DIS.1.1.1.1	VIH/SIDA	5,570,985,350	126,613,303.40	18%
	DIS.1.2	Tuberculose	320,841,376	7,291,849.45	1%
	DIS.1.3	Paludisme	340,763,608	7,744,627.45	1%
	DIS.1.4	Infections des voies respiratoires	779,290,782	17,711,154.13	3%
	DIS.1.5	Maladies diarrhéiques	413,803,228	9,404,618.83	1%
	DIS.1.6	Maladies tropicales négligées	563,232,172	12,800,731.18	2%
	DIS.1.7	Maladies évitables par la vaccination	3,943,188,293	89,617,915.76	13%
	DIS.1.8	Choléra	2,202,947,483	50,066,988.24	7%
	DIS.1.9	Chikungunya	1,180,105,503	26,820,579.61	4%
	DIS.1.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	280,332,585	6,371,195.11	1%
DIS.2	Santé de la reproduction		4,543,550,915	103,262,520.80	15%
	DIS.2.1	Affections maternelles	605,378,797	13,758,609.02	2%
	DIS.2.2	Affections périnatales	402,308,694	9,143,379.41	1%
	DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception	638,456,731	14,510,380.25	2%
	DIS.2.nec	Affections liées à la santé de la reproduction non spécifiées (n.c.a.)	2,897,406,693	65,850,152.11	9%
DIS.3	Carences nutritionnelles		837,344,979	19,030,567.70	3%
DIS.4	Maladies non transmissibles		2,728,312,985.94	62,007,113.32	9%
	DIS.4.1	Tumeurs	674,488,638	15,329,287.22	2%
	DIS.4.2	Maladies endocriniennes et métaboliques	223,186,520	5,072,420.90	1%
	DIS.4.3	Maladies cardiovasculaires	139,850,165	3,178,412.84	0%
	DIS.4.4	Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	1,173,883	26,679.17	0%
	DIS.4.5	Maladies de l'appareil respiratoire	610,168,186	13,867,458.78	2%
	DIS.4.6	Maladies de l'appareil digestif	416,606,848	9,468,337.45	1%
	DIS.4.7	Maladies de l'appareil urogénital	202,698,908	4,606,793.36	1%
	DIS.4.nec	Autres maladies non spécifiées, non transmissibles	460,139,838	10,457,723.60	2%
DIS.5	Traumatismes		1,615,687,805	36,720,177.38	5%
	DIS.nec	Autres maladies transmissibles non spécifiées	5,217,886,493	118,588,329.39	17%
Total			30,538,273,556	694,051,671.74	100%

Source : Enquête 2013-2014

Figure 6
Répartition des dépenses courantes de santé par maladie



Source : Enquête CNS 2013-2014

Après la présentation des grandes tendances des dépenses de santé par maladie, les sections suivantes nous nous proposons de faire une description détaillée des dépenses de santé, du choléra, de la santé de la reproduction, du VIH/SIDA et des maladies non transmissibles. Ensuite, nous aurons de plus amples informations dans les tableaux des annexes.

5.1. Dépenses liées au VIH/SIDA

Le VIH/SIDA est la pathologie ayant absorbé la plus grande part des dépenses de santé pour la période sous étude. Fort de ce constat, une analyse plus approfondie de ces dépenses par sources de fonds, prestataires et fonctions sont réalisés à travers les CNS13-14 afin de mettre en évidence les principaux indicateurs liés au financement de cette maladie.

Classé comme une pandémie, le SIDA est l'une des maladies la plus connue au monde et qui bénéficie d'un très large financement. Toutes les sources de fonds contribuent à la lutte contre cette pathologie qui, d'une manière ou d'une autre, atteint presque tous les segments de la population. Néanmoins, nous obtiendrons une très faible participation des ménages à ce financement parce que le VIH/SIDA fait partie des programmes prioritaires et en conséquence, reçoit un financement très important de la part des bailleurs externes.

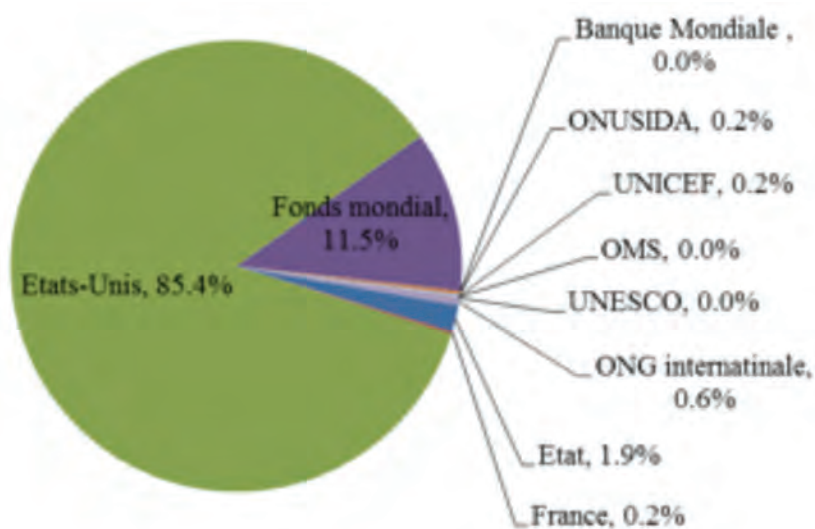
5.1.1 Dépenses liées au VIH/SIDA par source de financement

Pour l'exercice fiscal 2013/2014, les dépenses totales pour la lutte contre le VIH/SIDA sont estimées à un peu plus de 6 milliards de gourdes, soit environ 137 millions USD. Comme le montre la figure ci-dessous, les dépenses liées au VIH/SIDA sont financées à 98.1% par les partenaires techniques et financiers. Le gouvernement américain est la principale source de financement de la

réponse au VIH/SIDA. Les Etats Unis financent les activités du VIH/SIDA à hauteur de 85.4%, suivis du Fonds Mondial à 11.5%. La contribution du budget de l'Etat étant estimée à environ 2%.

Une analyse rétrospective des financements du VIH/SIDA montre les mêmes tendances. En effet de 2009 à 2011, la contribution des partenaires oscillait entre 98 et 99% avec comme principale source les Etats Unis pour plus de 98%. Cela mérite une attention particulière sur les décisions à prendre par rapport à la diversification des sources de fonds s'il faut pérenniser le financement. Le nombre de personnes sous traitement ARV a doublé de 2011 à 2014, passant de 32 000 personnes en 2011 à 60 000 personnes en 2014 puis à 70 000 en 2016.²²

Figure 7
Sources de financement des dépenses du VIH/SIDA en 2013/2014



Source : Enquête CNS 2013-2014

²² <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=HTI&k=2afb8ffb-ea1a-42a0-b9a8-357ca8434d92>

Tableau 13
Dépenses totales du VIH/SIDA par sources de financement

Dépenses totales VIH/SIDA (Milliers de gourdes)	Haïtien Gourde (HTG)	USD millier	%
Administration publique	114 284	2 597.36	1.90%
Reste du monde	5 895 549	133 989.75	98.10%
Bailleurs bilatéraux	5 140 891	116 838.43	85.50%
France	11 170	253.86	0.20%
Etats-Unis	5 129 721	116 584.57	85.40%
Bailleurs multilatéraux	721 146	16 389.68	12.00%
Fonds mondial	693 791	15 767.97	11.50%
Banque Mondiale	50	1.14	0.00%
ONUSIDA	13 653	310.30	0.20%
UNICEF	9 929	225.66	0.20%
OMS	2 482	56.41	0.00%
UNESCO	1 241	28.20	0.00%
ONG international	33 511	761.61	0.60%
Total	6 009 832	136 587.09	100.00%

Source : <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=HTI&k=2afb8ffb-ea1a-42a0-b9a8-357ca8434d92>

L'évolution des tendances du financement des deux principales sources de financement des programmes liés au VIH/SIDA appelle à des actions de dialogues politiques et de plaidoyers en vue de sécuriser le financement du VIH/SIDA à long terme. Les tendances de financement des Etats Unis de 2004 à 2015 et du Fonds mondial de 2003 à 2015 ont été extraites des sites web du PEPFAR et du Fonds mondial afin d'examiner l'évolution des financements du VIH/SIDA. Pour le PEPFAR, à l'exception des traitements, toutes les autres composantes du VIH/SIDA financées par les Etats Unis sont en baisse continue par rapport à leur niveau de 2011. Par contre, le financement du Fonds Mondial pour le VIH/SIDA connaît une progression continue avec un taux d'accroissement régressif. Les financements du Fonds Mondial ont progressé de 8.5% en 2012 par rapport à son niveau de 2011. Puis les dits financements sont passés à 7.8% en 2013 par rapport au niveau de 2012, puis à 8.2% en 2014 et a régressé en 2015 passant à 2.9% de taux d'accroissement par rapport au niveau de 2014. Des stratégies nouvelles de lutte contre le VIH/SIDA telles que la stratégie 90.90.90 et la stratégie de 'test & treat' entraînent des accroissements de coûts de la lutte contre le VIH/SIDA avec des résultats d'impact très élevés. Cependant les financements qui décroissent avec un nombre de plus en plus élevé de personnes à mettre sous traitement devraient susciter des interrogations de la part du politique.

Tableau 14
Dépenses courantes du VIH/SIDA par sources de financement

	En millier de Gourdes (HTG)	USD millier	%
Administration publique	114 284	2597.36	2.00%
Bailleurs bilatéraux	4 888 365	111 099.20	85.00%
Bailleurs multilatéraux	721 146	16 389.68	13.00%
Total	5 757 306	130 847.86	100.00%

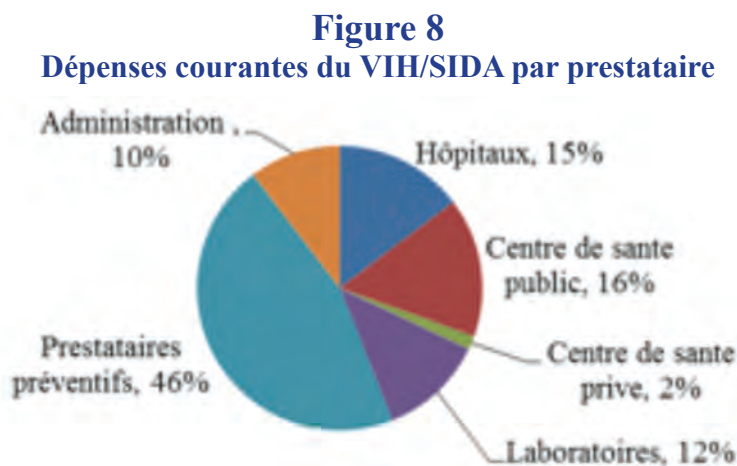
Source : Enquête des CNS 2013-2014

5.1.2 Dépenses liées au VIH/SIDA par agent de financement

Un agent de financement est une unité institutionnelle impliquée dans la gestion d'un ou plusieurs régimes de financement. Il reçoit les fonds, paie pour (l'achat) des biens et services dans le cadre d'un régime de financement donné. Sur la base de cette définition, la part proportionnelle des dépenses de lutte contre le VIH / SIDA gérées par différents agents de financement a changé en 2013 par rapport aux années précédentes. En 2013/2014, le gouvernement a géré environ 3% des financements du VIH et les ONG 97%.

5.1.3 Dépenses liées au VIH/SIDA par prestataire

Les prestataires de soins préventifs reçoivent 46% des dépenses liées au VIH/SIDA, suivis des prestataires de soins curatifs (44%) dont 15% pour les hôpitaux, 16% pour les centres de soins ambulatoires publics, 2% pour les centres de soins ambulatoires privés et 12% pour les laboratoires. Les prestataires de services d'administration et de gouvernance représentent 10% des dépenses courantes liées au VIH/SIDA.



Source : Enquête CNS 2013-2014

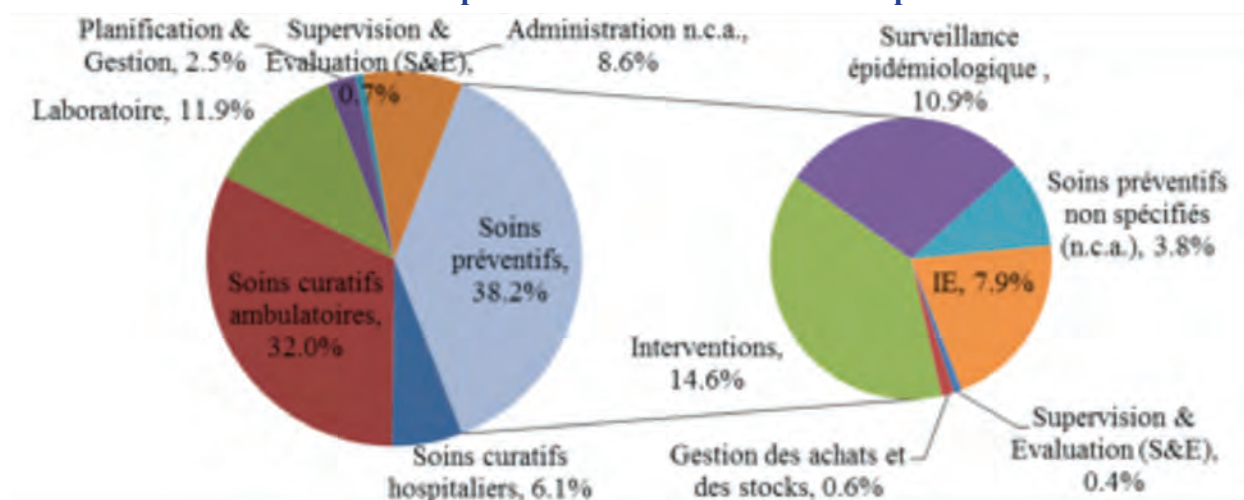
5.1.4 Dépenses liées au VIH/SIDA par fonction

Conformément au concept sous-tendant la conception de la classification ICHA-HC, la délimitation des comptes de la santé comprend toutes les activités ayant pour but principal d'améliorer, de maintenir et de prévenir la détérioration de l'état de santé des personnes et d'atténuer les conséquences de la mauvaise santé. Ce but principal est poursuivi par les groupes d'activités de soins de santé suivants:

- i) promotion de la santé et prévention de la maladie ;
- ii) diagnostic et la réadaptation, le traitement et la guérison de la maladie ; Soins aux personnes atteintes de maladies chroniques ;
- iii) prise en charge des personnes atteintes d'une déficience et d'un handicap liés à la santé;
- iv) soins palliatifs;
- v) programmes de santé communautaire;
- vi) gouvernance et administration du système de santé.

La figure 9 présente la répartition des principales catégories de dépenses liées au VIH/SIDA en 2013/2014. Les pourcentages reflètent les dépenses courantes liées au VIH/SIDA. La part la plus importante des dépenses a été consacrée à la prévention (38.2%), suivie des dépenses de soins. Rapportées aux dépenses de prévention, les interventions liées aux groupes cibles tels que les professionnels (les) du sexe, la PTME, les personnes vivant avec le VIH et les interventions de prévention à l'endroit de la population générale représentent 38%. Les dépenses de surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie représentent 29% des dépenses de prévention, soit environ 11% des dépenses courantes du VIH/SIDA. S'agissant des soins, les ARV sont essentiellement payés par le PEPFAR (63%) et le Fonds mondial (37%).

Figure 9
Distribution des dépenses courantes du VIH/SIDA par fonction



Source : Enquête CNS 2013-2014

5.1.5 Dépenses liées au VIH/SIDA par facteur de production

Les facteurs de production des services de soins sont définis dans le système des comptes de santé comme étant les ressources valorisées. La prestation implique un ensemble de facteurs de production tels que la main d'œuvre, le capital, les équipements, des intrants et les services connexes pour fournir des biens et services de santé.

Environ 77% des dépenses courantes liées au VIH / SIDA ont été consacrées aux équipements et services y compris les dépenses en biens de santé. Les médicaments antirétroviraux (ARV) représentent 378 millions de gourdes soit 6.6% des dépenses courantes liées au VIH/SIDA pour la période 2013/2014. Les salaires représentent environ 23%, les préservatifs 0.8%, les réactifs de

laboratoire et les kits de test représentent 10.7% des dépenses courantes du VIH. Les services non sanitaires essentiellement constitués de dépenses du programme dont les activités de supervision, suivi et évaluation, sensibilisation, management etc. représentent environ 26% des dépenses courantes liées au VIH/SIDA pour la période.

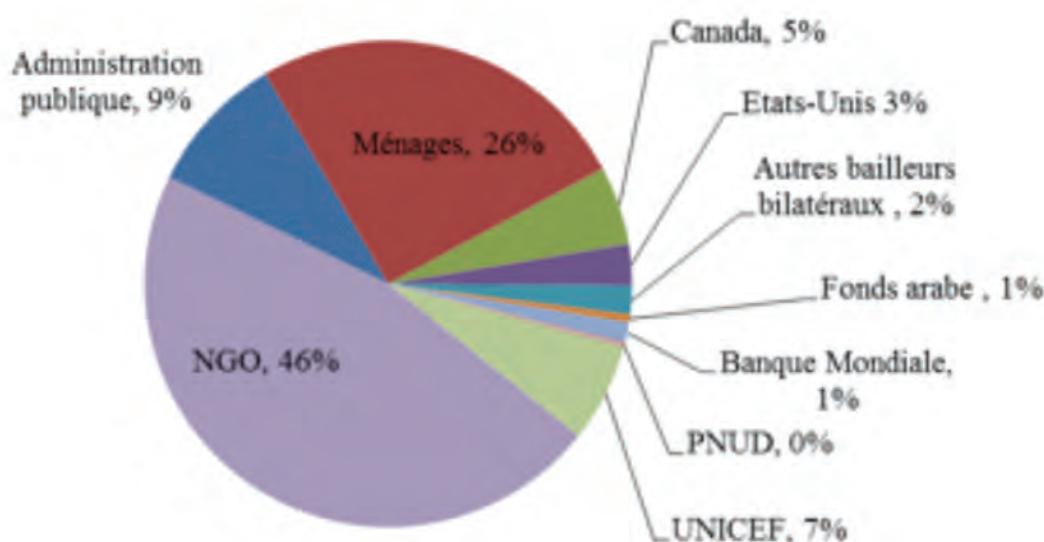
Pour les différentes sources de financement par facteur de prestation, les salaires sont financés à 92% par les sources externes et le budget de l'Etat à 8%. Les ARV et les préservatifs sont financés à 63% par les Etats Unis et 37% par le Fonds Mondial. Les réactifs de laboratoires et les kits de tests VIH/SIDA sont financés à 97% par les Etats Unis et 3% par le Fonds Mondial. Enfin les services non sanitaires (activités de supervision, suivi et évaluation, sensibilisation, management etc.) sont financés par les Etats Unis (89%), le Fonds Mondial (7.71%), les autres multilatéraux (1.21%), les ONG internationales (1.48%) et par le budget de l'Etat (0.03)%.

5.2 Dépenses de santé liées au choléra

Comme d'autres maladies transmissibles, le choléra devient depuis son émergence, une priorité qui a mobilisé des fonds assez significatifs et drainé des flux financiers énormes pour sa prise en charge. Néanmoins, au fur et à mesure que les effets tendent à diminuer, les fonds suivent la courbe de son évolution. Bien entendu, devenu endémique, il est inscrit comme programme prioritaire surtout qu'il s'agit de l'éradiquer.

Les dépenses consacrées à la lutte contre le choléra sont de 2203 millions de gourdes pour l'exercice fiscal 2013/2014 et ont permis la prise en charge de 29078 cas de choléra en 2014 et d'hospitaliser 21662 personnes. Le financement de la lutte contre le choléra est assuré à 65% par les partenaires techniques et financiers dont 10% par les partenaires bilatéraux, 9% par les multilatéraux et 46% par les ONG internationales. Le financement de l'Etat est de 9% et 26% par les ménages. La figure ci-dessous présente les différentes sources de financement de la lutte contre le choléra.

Figure 10
Distribution des dépenses liées au choléra par source de financement



Source : Enquête CNS 2013-2014

Les financements de la lutte contre le choléra ont permis de mener des activités de prévention à hauteur de 795 millions de gourde, soit 38% du financement total du choléra. Ensuite suivent les soins curatifs à hauteur de 760 millions de gourde, soit 34% de ces dépenses. Ces dépenses ont financé les soins hospitaliers à hauteur de 668 millions de gourdes. Il y a eu également des soins en ambulatoire qui ont été effectués, soit dans les hôpitaux et les centres de prise en charge ambulatoire. Ce financement représente 92 millions de gourdes, soit 4% du coût des soins curatifs. Une partie du financement de la lutte contre le choléra a également servi aux dépenses d'administration dans le cadre de la planification et la gestion des activités de lutte contre le choléra 2%, la supervision, le suivi et évaluation ont coûté plus de 16 millions, soit 1% des dépenses liées au choléra, enfin 4% ont été consacrés à des dépenses de gouvernance et d'administration.

5.3 Dépenses pour la santé de la reproduction

S'agissant du financement de la santé de la reproduction, les principaux indicateurs des dépenses pour la période 2011/2012 étaient de 585 million de gourdes, environ 2% rapportés aux dépenses courantes²³. Entre 2012 et 2013, cet indicateur était d'un peu plus de 2 milliards de gourdes soit 7.7% des dépenses courantes de santé²⁴.

5.3.1 Indicateurs de la santé de la reproduction

Les comptes nationaux de santé (CNS) constituent un outil de décision très efficace. Ils permettent de retracer les flux financiers injectés dans le système. Ils peuvent le faire par programme séparé et peuvent aussi croiser les informations techniques et financières pouvant aider à comparer les résultats et même analyser le rendement des ressources. A ce titre, le tableau suivant rapporte un ensemble d'indicateurs liés à la santé de la reproduction.

²³ Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) : Rapport des comptes de santé 2011-2012, Juin 2014

²⁴ Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) : Rapport des comptes de santé 2012-2013, août 2015

Tableau 15
Principaux indicateurs des dépenses de santé de la reproduction

Intitulés	Indicateurs
Indicateurs de la santé de la reproduction 2012	
Nombre de naissances vivantes en 2014*	138 300
Taux de couverture des accouchements assistés (%)**	51.48
Taux de césariennes (%)****	11%
Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (dans les formations sanitaires)***	145
Montant total dépensé SR (millier de gourdes)	4 543 551
Dépenses totales de santé des administrations publiques allouées à la santé de la reproduction (courante + Investissement) en millier gourdes	308 720
Dépenses courantes de santé des administrations publiques allouées à la santé de la reproduction en millier de gourdes	308 720
Dépenses d'investissement de santé des administrations publiques allouée à la santé de la reproduction en millier de gourdes	0
Dépenses relatives à la Santé de la Reproduction :	
% dépenses publiques générales pour la santé allouées à la SR	7%
Dépenses totales SR par habitant en gourdes	423
Dépenses totales SR par femme en âge de procréer en gourde	1593
Dépenses totales la SR par naissance vivante en gourdes	32853
Dépenses de césarienne en % des dépenses totales SR	ND
Dépenses des accouchements eutociques en % des dépenses totales SR	ND
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé de la reproduction	45%

Source : Enquête CNS 2013-2014 et annuaire statistique 2014

*Rapport statistique 2014 page 23 ; **Rapport statistique 2014 page 24 (couverture institutionnelle + non institutionnelle)

Rapport statistique 2014 page 25: (formule = $(200 \times 100000)/138300=145$) ; *Rapport statistique 2013 page 17

NB : Source des indicateurs 1 à 9 annuaire statistique 2014

5.3.2 Dépenses liées à la santé de la reproduction par source de financement

Le tableau ci-dessous présente la contribution des parties prenantes au financement de la SR l'année 2014. Le constat principal concerne les partenaires techniques et financiers (45%) et les ménages (44.9%) qui constituent respectivement la première et deuxième sources de financement de la SR, l'Etat (6.8%) et les entreprises (3.4%). Pour l'année 2014, nous n'avons pas de référentiel de budget pour faire de comparaison en vue de dégager les gaps de financements entre financements planifiés et montants dépensés. En effet, le Plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale 2013-2016 ne dispose pas d'estimation de coût des activités.

Tableau 16
Répartition des dépenses courantes de SR en millier de gourdes par source de financement

Administration publique	308 720	7 016.36	6.80%
Entreprises	154 126	3 502.86	3.40%
Ménages	2 038 055	46 319.43	44.90%
Reste du monde	2 042 649	46 423.84	45.00%
Bailleurs bilatéraux	1 606 066	36 501.5	35.30%
Belgique	7 126	161.95	0.20%
Canada	1 401 011	31 841.16	30.80%
France	67 956	1 544.45	1.50%
Allemagne	41 066	933.32	0.90%
Suisse	7 126	161.95	0.20%
Etats-Unis	72 255	1 642.16	1.60%
Autres bailleurs bilatéraux	9 525	216.48	0.20%
Bailleurs multilatéraux	38 203	868.25	0.80%
Banque Mondiale	6 147	139.70	0.10%
UNFPA	7 256	164.91	0.20%
UNICEF	24 800	563.64	0.50%
Bailleurs privés	398 381	9 054.11	8.80%
Autres bailleurs privés (n.c.a.)	398 381	9 054.11	8.80%
Total	4 543 551	103 262.52	100.00%

Source : Enquête CNS 2013-2014

A l'inverse des dépenses liées au SIDA, les ménages supportent très fortement les dépenses de la santé de la reproduction à hauteur d'environ 45%. Le reste du monde apporte aussi 45% dont 30% provient du Canada qui est la principale source externe des fonds pour la SR. Ces comptes permettent de tirer une conclusion qui peut se révéler importante dans la prise de décision : les Etats-Unis financent largement la lutte contre le VIH tandis que le Canada finance la santé de la reproduction. En d'autres termes, s'il faut modifier la structure de financement de ces deux domaines dans la perspective d'augmenter l'efficacité, un dialogue profond est nécessaire avec ces deux partenaires.

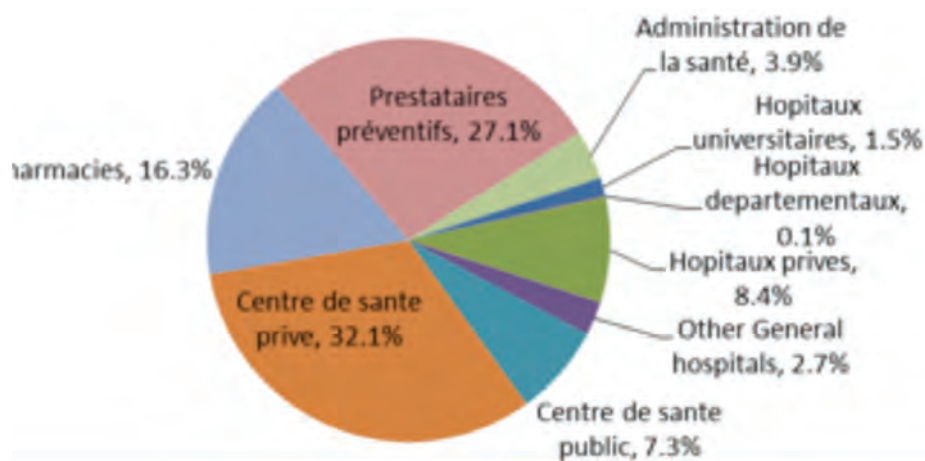
Les dépenses courantes de santé par régime de financement permettent de comprendre, en plus du mode de participation, les droits aux prestations de la population, les méthodes de base pour la mobilisation des financements et les méthodes de mutualisation des financements de la santé. En somme, 37% du financement de la SR passent par les régimes de financement du public. Ils s'opèrent par des transferts de crédit budgétaire ou par des requêtes de financement auprès de certains partenaires techniques et financiers. La contribution des régimes volontaires de paiement privés des soins de santé s'élève à 0.30% des dépenses de la SR. Cette contribution au financement de la SR est constituée par les régimes d'assurance maladie facultative à 7.4 millions de gourdes, soit moins de 1% du financement de la SR. Il s'agit d'un mode de participation volontaire des ménages à travers des souscriptions à des polices d'assurance au niveau des compagnies d'assurance

privées. Environ 45% des dépenses de la SR ont été mobilisées et gérées par les ménages à travers les paiements directs. Ce mode de participation est le corollaire d'une très faible mutualisation des coûts qui induit un achat direct des prestations de soins de la SR. Ce qui ne garantit pas un achat continue des soins vu le niveau de pauvreté de la population.

5.3.3 Dépenses liées à la santé de la reproduction par prestataire

Cette description permet d'identifier les principaux prestataires de services de santé de la reproduction et la part de dépenses absorbée. Elle fournit des informations qui contribuent à une meilleure prise de décision par les décideurs politiques. Les facteurs de prestation comptabilisent l'ensemble des fournitures (salaires, médicaments, etc.) impliqués dans la production des services. La figure 11 montre les principaux prestataires concernés par la SR pour l'année 2013/2014. Ce sont: les centres de santé privés (32.1%) et les prestataires préventifs (27.1%).

Figure 11
Dépenses de la SR par prestataires de soins



Source : Enquête CNS 2013-2014

5.3.4 Dépenses liées à la santé de la reproduction par fonction

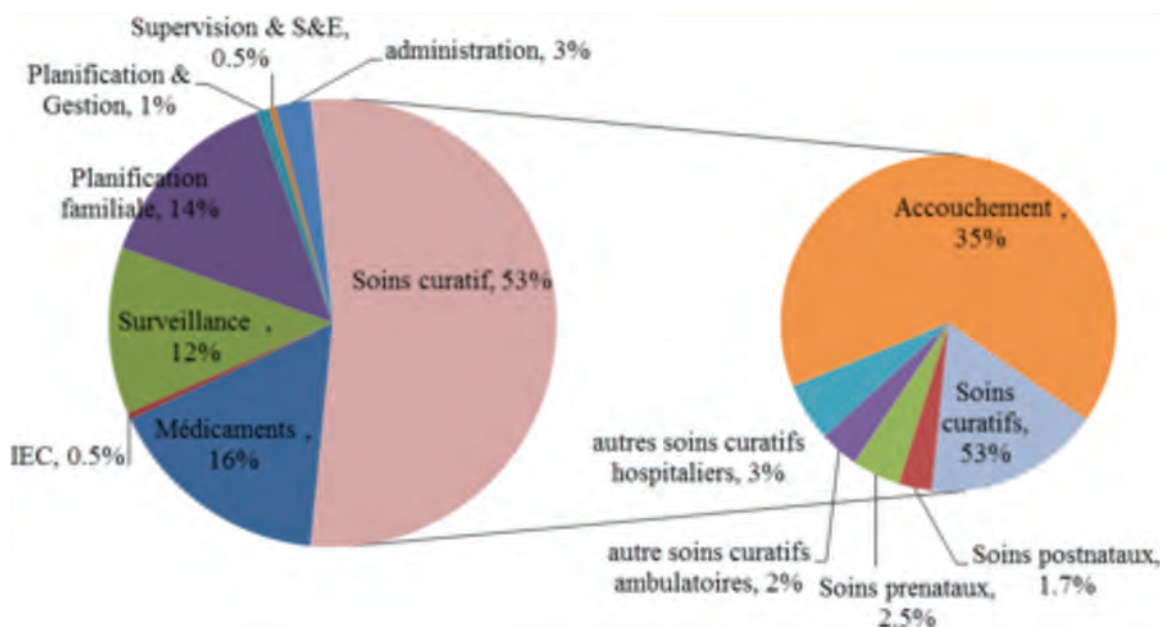
Cette distribution permet de répondre à la question de savoir à quoi ont servi les dépenses de santé de la SR ? Durant l'année fiscale 2013/2014, les soins curatifs représentaient la part la plus importante des dépenses de la santé de la reproduction. En effet, 2.4 milliards de gourdes ont été dépensés à cet effet, soit 53% des dépenses de la santé de la reproduction. 12% de ces dépenses ont été réalisées dans les hôpitaux à travers des soins en milieu hospitalier et 40% en soins ambulatoires.

Comme le montre la figure 12, les dépenses de prévention représentent 27% des dépenses courantes et ont servi essentiellement à la planification familiale (14%), à la surveillance épidémiologique, aux programmes de lutte contre le risque et la maladie (12%), puis aux activités de sensibilisation (0.5%). S'agissant de la planification familiale, selon le rapport statistique de 2014, les programmes de planification familiale du pays ont enregistré un total de 531 775 clients qui utilisaient une méthode moderne de contraception. Par département, le pourcentage d'utilisation va de 12% dans le Nord-Ouest à 40.71% dans les Nippes. Les méthodes les plus utilisées demeurent les injectables, le condom et à un degré moindre la pilule²⁵. L'annuaire statistique nous enseigne

²⁵ Haïti, MSPP, rapport statistique 2014, mai 2015. Page 19

également que pour la même période, un total de 138 300 accouchements a été enregistré dans les institutions sanitaires du pays dont plus de la moitié au niveau institutionnel (57.05%). Les accouchements communautaires étaient par contre plus importants dans les départements de la Grand'Anse (66.93%), du Nord-Est (55.40%), du Sud-Est (51.62%) et du Nord (51.40%).

Figure 12
Répartition des dépenses de la SR par fonction de soins



Source : Données de l'enquête CNS 2013-2014

5.3.5 Dépenses liées aux maladies non transmissibles et traumatismes.

S'agissant des maladies non transmissibles, bien qu'elles aient été notées comme objet de préoccupation dans le système de santé, très peu de financement en est consacré. En effet, le plan directeur de santé dans son analyse situationnelle note que certaines conditions (maladies cardiovasculaires, diabètes, traumatismes, etc), de par leur incidence et prévalence croissantes, sont devenues un problème de santé publique. Ce qui fait penser qu'Haïti est actuellement en pleine transition épidémiologique.²⁶ Cependant, seulement 14% des dépenses courantes de santé sont consacrées à cette catégorie. Les principales sources de financement des maladies non transmissibles sont: les ménages (59%) à travers les paiements directs, les entreprises (21%) à travers les mécanismes d'assurance privée de santé; l'Etat haïtien (19%) et les partenaires techniques et financiers 1%. Comparant la structure des dépenses de santé des maladies transmissibles qui, en générale, entrent dans la catégorie des programmes prioritaires et celle des maladies non transmissibles où les sources externes participent le moins, on peut se demander pourquoi on est dans une tendance inversée ? Y a-t-il un partage de responsabilité entre les ressources domestiques et les ressources externes dans le financement des maladies transmissibles et non transmissibles? Quelle est la conséquence d'une telle disposition lorsque nous savons que plus de la moitié du financement provienne de l'extérieur et que les programmes prioritaires ne comprennent qu'environ cinq pathologies seulement?

²⁶ Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) : Plan directeur santé 2012-2022, Octobre 2013.-voir Page 5

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire comme Haïti, les maladies non transmissibles tuent chaque année plus de 29 millions de personnes selon l'OMS. Elles regroupent un ensemble de pathologies qui n'ont pas autant d'attention que les programmes verticaux qui intègrent surtout les maladies transmissibles et les programmes de santé de la reproduction. Néanmoins la morbidité liée aux maladies non transmissibles est très élevée en Haïti si on considère la situation socio-économique et les facteurs de risques associés. L'ampleur du trafic par moto sans contrôle adéquat et les dégâts collatéraux en termes d'accidents et de traumatismes, le diabète, les maladies respiratoires et cardiovasculaires, pour ne citer que ceux-là, deviennent de plus en plus des problèmes de santé publique. Ces pathologies demandent qu'on apporte un regard sur les dépenses qui en sont liées car elles occupent une place prépondérante dans le tableau de la morbidité. Si dans le temps on parlait de programmes prioritaires pour adresser la problématique des maladies transmissibles (épidémies/pandémies) ou santé de la reproduction, maintenant que les causes des maladies non transmissibles et les traumatismes augmentent avec le changement des conditions socio-économiques (habitudes de consommation, le stress, mode de transport en commun et autres...), il est évident que de nouvelles politiques de santé soient entreprises pour accorder plus d'intérêts au financement des soins liés à ces pathologies qui tuent dans l'indifférence. Une analyse du financement accordé à la prise en charge de ces pathologies en dit long lorsqu'on considère que les troubles mentaux et les maladies cardiovasculaires n'obtiennent respectivement que 1 173 883 HTG et 139 850 165 HTG. Si faibles qu'ils sont de l'ordre de 0% dans les DCS.

Sur les 30.5 milliards de gourdes de dépenses courantes de santé, les maladies non transmissibles et traumatismes en absorbent respectivement 2.7 et 1.6 milliards de gourdes; soit 9% et 5% seulement des DCS. Tenant compte de l'apparition de ce qu'on peut considérer comme des phénomènes sociaux tels que le transport en commun par moto qui vient modifier les habitudes sur des routes embouteillées, avec des conducteurs peu expérimentés et imprudents, les accidents de la route se multiplient et les salles d'urgences sont souvent débordées par cette nouvelle catégorie de patients. Il faut absolument voir cet aspect de la circulation comme un problème de santé publique pour lequel il faut développer de nouvelles capacités d'accueil et des équipements pour faire face à l'émergence de ces nouveaux besoins. Ainsi, en combinant les dépenses liées aux maladies non transmissibles à celles des traumatismes, nous verrons qu'environ 14% des dépenses sont affectées à la prise en charge de ces besoins alors que les maladies transmissibles en absorbent 51%. Si on ne peut pas demander de faire des réallocations pour renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes, il est **évident qu'il faut** mobiliser d'autres fonds à cet effet pour augmenter l'offre de ces services en quantité et en qualité afin de répondre plus efficacement à la demande.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ce rapport des Comptes Nationaux de Santé (2013-2014) a permis de mettre en évidence la structure du financement de la santé. Il a fait ressortir les dépenses de santé par maladie et par zones géographiques, deux des principaux axes qui peuvent servir de critères d'allocation des fonds et vers lesquels les décisions peuvent être orientées.

En fait, le montant global des dépenses totales de santé est passé de 29,54 milliards en 2012-2013 à 31,96 milliards en 2013-2014, soit une augmentation de 8.2% en termes nominal. Ce qui laisse présager une amélioration de l'état de santé de la population dans la mesure où les choix des projets ont été judicieux, les résultats efficaces et les ressources utilisées avec efficience. Seulement une évaluation proprement dite peut répondre à ces préoccupations alors que les CNS ne font que retracer les flux et analyser les circuits de distribution entre les sources de fonds, les gestionnaires de fonds, les prestataires de services et les fonctions des dépenses.

La structure du financement de la santé est restée stable sur les trois dernières années d'élaboration des CNS (2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014). Un dixième des DTS supporté par l'Etat (10%), 31% par les ménages, 4% par les entreprises et plus de la moitié par la coopération externe (55%). Les CNS 2010-2011 ont été exclus de cette considération du fait du contexte particulier de sa réalisation caractérisé par la gratuité des soins. Les ménages n'avaient pas supporté totalement le poids de leurs dépenses (paiements directs), car il y avait un apport massif de financement de la coopération externe après le séisme du 12 janvier 2010. Cette configuration traduit la dépendance du financement vis-à-vis de l'extérieur et sa vulnérabilité dans le cas où des chocs ou encore le climat politiques impose des restrictions. Le poids du financement des ménages, encore pire à travers des paiements directs pouvant entraîner des dépenses catastrophiques, est un facteur favorable à l'accentuation de la pauvreté et une menace pour les ménages de s'enfermer dans un cercle vicieux de pauvreté.

En général, **la distribution des dépenses de santé entre les pathologies ou les programmes ne sont pas réalistes.** Le profil épidémiologique montre le poids élevé des maladies non-transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires et même les traumatismes dans le tableau de la morbidité, cela n'empêche que cette préoccupation n'est pas traduite dans les décisions du financement, d'après les résultats de ces comptes nationaux de santé. Les programmes verticaux ont tendance à absorber des parts de plus en plus élevées des fonds, délaissent les résidus aux autres pathologies qui tuent silencieusement et laissent le système sans réaction. A cet effet, nous préconisons un financement beaucoup plus transversal, une analyse des besoins plus approfondie, une présence plus active de l'Etat dans la mobilisation et la gestion des ressources allouées à la santé.

Il est aussi intéressant de considérer qu'une recommandation sur l'amélioration de la gestion des fonds peut grandement contribuer à rendre meilleur les indicateurs de santé car, bien qu'il soit nécessaire de mobiliser encore plus de fonds pour la santé, il n'est pas **évident** que le système n'a pas produit assez de résultat pour les flux retracés. Une analyse comparative en dira long sur les dépenses par habitant au même niveau que les nôtres dans des pays similaires.

Par rapport au problème de la disponibilité et de la distribution des données, nous recommandons aux partenaires, tant au niveau des sources de financement, des agents que des prestataires, de préconiser le système de rapportage qui permet de bien ventiler toutes les données, surtout les fonctions des dépenses et les zones géographiques. Nous souhaitons aussi que les sources de données réagissent avec plus de célérité en recevant les questionnaires afin que les délais de publication des comptes de santé puissent **être** respectés.

BIBLIOGRAPHIE

- Banque Mondiale** (2014). Définition des seuils de pauvreté pour Haïti : Méthodologie et résultats.
- Maynard Alan and Anne Ludbrook** (1980). Budget allocation in the National Health Service. *Journal of Social Policy* 9.03 (1980): 289-312.
- OECD Eurostat WHO** (2011). A System of Health Accounts. OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264116016-en
- OECD Eurostat WHO** (2016). Health Accounts Production Tool (HAPT). <http://www.who.int/health-ac-counts/tools/HAPT/en/>
- OMS** (2014)- Profile pays 2014 Haïti : http://www.who.int/nmh/countries/hti_en.pdf?ua=1
- OMS** (2015)- Profile pays 2015 Haïti : <http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf?ua=1>
- OMS** (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système de santé plus performant.
- OMS Banque Mondiale et USAID** (2006). Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé: avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus.
- République d'Haïti/ Institut Haïtien de Statistique et d'informatique** (nd). Les comptes économiques en 2014.
- République d'Haïti/ Ministère de l'Économie et des Finances PNUD FAFO** (2003). La pauvreté en Haïti Un profil de la pauvreté en Haïti à partir des données de l'ECVH.
- République d'Haïti/ Ministère de la Planification et de la Coopération externe** (2012). Plan Stratégique de Développement d'Haïti: Pays émergent en 2030 Tome I et II.
- République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population** (2014). Rapport des comptes de santé 2011-2012.
- République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population** (2015). Rapport statistique 2014.
- République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population** (2013). Plan directeur santé 2012-2022.
- République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population** (nd). Plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale 2013-2016.

République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population (2012). Politique nationale de santé.

République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population(2015). Liste des institutions sanitaires du pays

République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population (2014). Évaluation de la prestation des services de soins de santé (EPSSS).

République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population (2015). Le Paquet Essentiel de Services.

République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population /PNLS (2016). Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Rapport de situation nationale Haïti.

République d'Haïti/ Ministère de la Santé Publique et de la Population (2013).Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-V).

ANNEXES

Annexe 1

Pyramide sanitaire du système de santé en Haïti



Annexe 2

Carte des dépenses courantes de santé



Source : Réalisé par: UEP/MSPP- Haïti CNS 2013-2014.

Annexe 3

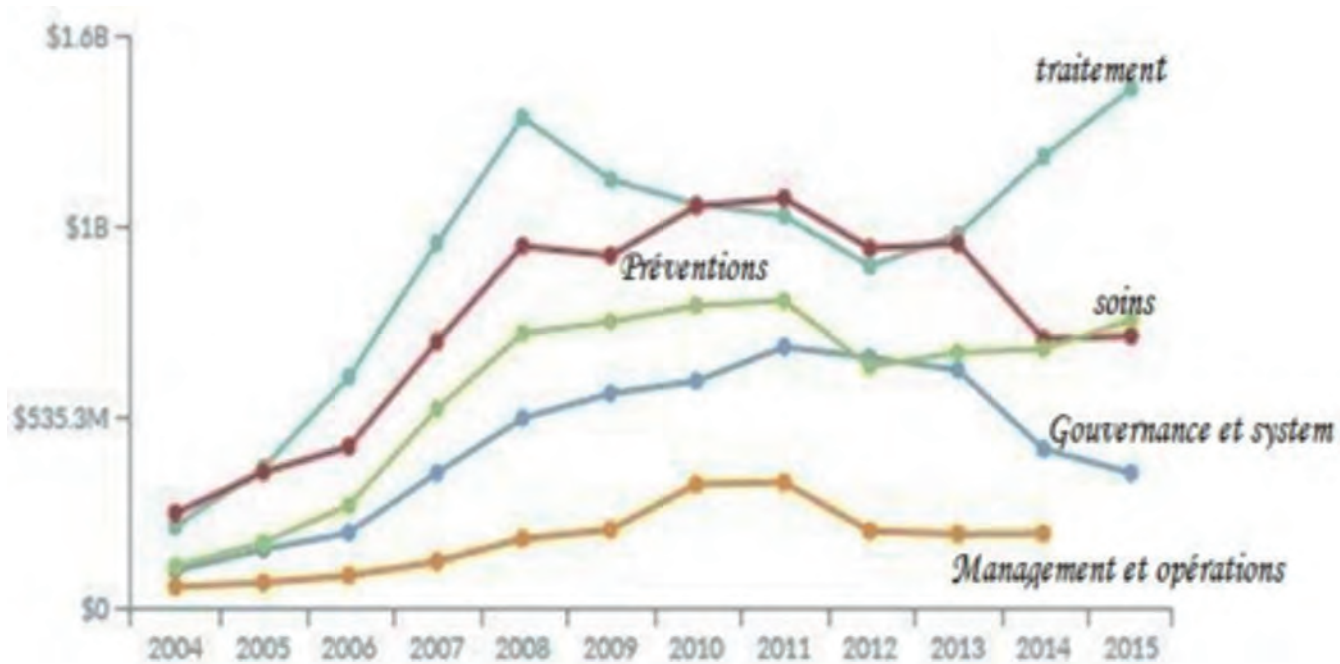
Carte des dépenses d'investissement de santé



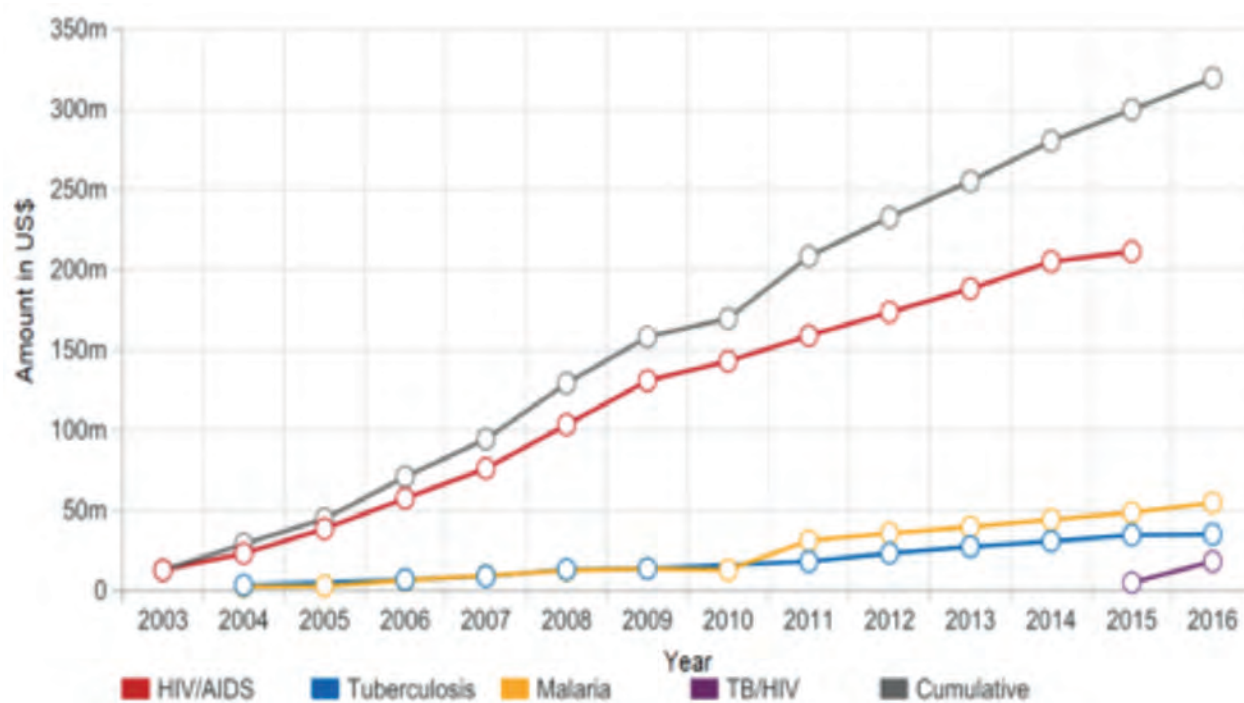
Source : Réalisé par: UEP/MSPP- Haïti CNS 2013-2014

Annexe 4

Évolution des financements du PEPFAR de 2004 à 2015 dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA



Annexe 5
Évolution des financements du Fonds mondial de 2003 à 2015
dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA



Source : site web Fonds Mondial

Annexe 6

Répartition des dépenses courantes de santé par « Régime de financement » et « Agents de financement » en 2013-2014(en Gourdes)

Régimes de financement	Agents de financement								
	Administrations publiques (FA1)	Ministère de la Santé (FA.1.1.1)	Agence de sécurité sociale (FA1.3)	Agence d'assurance sociale (FA1.3.1)	Sociétés d'assurance (FA2)	Société d'Assurances commerciales (FA2.1)	ISBLSM (FA4)	Ménages (FA5)	Total FA
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF1)	8,325,558,305	7,839,277,837	486,280,468	486,280,468	1,124,412,386	1,124,412,386			9,449,970,691
Régimes de l'administration publique (HF1.1)	7,839,277,837	7,839,277,837							7,839,277,837
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF1.2)	486,280,468		486,280,468	486,280,468	1,124,412,386	1,124,412,386			1,610,692,854
Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (HF1.2.2)					1,124,412,386				1,124,412,386
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé (HF2)							5,795,701,038		5,795,701,038
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement (HF2.2)							5,795,701,038		5,795,701,038
Paiement direct des ménages (HF3)								9,471,541,262	9,471,541,262
Paiement direct sans partage de coûts (HF3.1)								9,471,541,262	9,471,541,262
Régimes de financement du reste du monde (non résidents) (HF4)							5,821,060,566		5,821,060,566
Autres régimes (non-résidents) (HF4.2.2)							5,821,060,566		5,821,060,566
Régimes Philanthropiques / ONG internationales (HF4.2.2.1)							5,821,060,566		5,821,060,566
Total	8,325,558,305	7,839,277,837	486,280,468	486,280,468	1,124,412,386	1,124,412,386	11,616,761,604	9,471,541,262	30,538,273,556

Annexe 7

Répartition des dépenses courantes de santé par « Régime de financement » et « Sources de financement » en 2013-2014(en Gourdes)

Régimes de financement	Source de financement											
	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique FS.1	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique FS.2	Cotisations d'assurance sociale venant des employés FS.3.1	Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs FS.3.2	Prépaiement obligatoire (autres que FS.3) (venants des employeurs)	Autres revenus nationaux n.c.a. FS.6	Autres revenus venant des ménages n.c.a. FS.6.1	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a. FS.6.3	Transferts financiers directs étrangers FS.7	Transferts financiers directs bilatéraux FS.7.1.1	Transferts financiers directs multilatéraux FS.7.1.2	Total
Régimes Adm. publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF1)	2,677,717,116	5,161,560,721	145,884,140	340,396,327	1,124,412,386							9,449,970,690
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF1.2)			145,884,140	340,396,327	1,124,412,386							1,610,692,853
Régimes d'assurance maladie sociale (HF1.2.1)			145,884,140	340,396,327								486,280,468
Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (HF1.2.2)					1,124,412,386							1,124,412,386
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé (HF2)									5,795,701,038	4,877,194,344	918,506,694	5,795,701,038
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les regimes des agences de développement) (HF2.2)									5,795,701,038	4,877,194,344	918,506,694	5,795,701,038
Paiement direct des ménages (HF3)						9,471,541,262	9,471,541,262					9,471,541,262
Paiement direct sans partage de coûts (HF3.1)						9,471,541,262	9,471,541,262					9,471,541,262
Régimes de financement du reste du monde (non résidents) (HF4)						5,821,060,566		5,821,060,566				5,821,060,566
Régimes Philanthropiques / ONG internationales (HF4.2.2.1)						5,821,060,566		5,821,060,566				5,821,060,566
Total	2,677,717,116	5,161,560,721	145,884,140	340,396,327	1,124,412,386	15,292,601,828	9,471,541,262	5,821,060,566	5,795,701,038	4,877,194,344	918,506,694	30,538,273,556

Annexe 8

Répartition des dépenses courantes de santé

par « Sources de financement » et « Agents de financement » en 2013-2014 (en Gourdes).

Recettes des régimes de financement des soins de santé (FS)	Administrations publiques (FA.1)	Ministère de la santé (FA.1.1.1)	Agence de sécurité sociale (FA1.3)	Agence d'assurance maladie sociale (FA1.3.1)	Sociétés d'assurance (FA2)	Sociétés d'assurances commerciales (FA2.1)	ISBLSM (FA4)	Ménages (FA5)	Total
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) (FS.1)	2,677,717,116	2,677,717,116							2,677,717,116
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FS.2)	5,161,560,721	5,161,560,721							5,161,560,721
Cotisations d'assurance sociale (FS.3)	486,280,468		486,280,468	486,280,468					486,280,468
Cotisations d'assurance sociale venant des employés (FS.3.1)	145,884,140		145,884,140	145,884,140					145,884,140
Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs (FS.3.2)	340,396,327		340,396,327	340,396,327					340,396,327
Prépaiement obligatoire (autres que FS.4)					1,124,412,386	1,124,412,386			1,124,412,386
Prépaiement obligatoire venant des employeurs (FS.4.2)					1,124,412,386	1,124,412,386			1,124,412,386
Autres revenus nationaux n.c.a (FS.6)							5,821,060,566	9,471,541,262	15,292,601,828
Autres revenus venant des ménages n.c.a (FS.6.1)								9,471,541,262	9,471,541,262
Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a (FS.6.3)							5,821,060,566		5,821,060,566
Transferts directs étrangers (FS.7)							5,795,701,038		5,795,701,038
Transferts financiers directs étrangers (FS.7.1)							5,795,701,038		5,795,701,038
Transferts financiers directs bilatéraux (FS.7.1.1)							4,877,194,344		4,877,194,344
Transferts financiers directs multilatéraux (FS.7.1.2)							918,506,694		918,506,694
Total	8,325,558,305	7,839,277,837	486,280,468	486,280,468	1,124,412,386	1,124,412,386	11,616,761,604	9,471,541,262	30,538,273,556

Annexe 9

Répartition des dépenses courantes de santé par « Fonctions » et « Régime de financement » en 2013-2014(en Gourdes).

Fonctions des soins de santé	Régimes de financement									Total HF
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF.1)	Régimes de l'administration publique (HF.1.1)	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF1.2)	Régimes d'assurance maladie sociale (HF1.2.1)	Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (HF1.2.2)	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé (HF2)	Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement) (HF2.2)	Paiement direct des ménages (HF3)	Régimes de financement du reste du monde (non résidents) (HF4)	
Soins curatifs (HC1)	1,911,041,014	1,185,357,434	725,683,580	448,245,046	277,438,535	2,244,939,833	2,244,939,833	2,672,167,175	1,832,696,205	8,660,844,227
Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	720,285,426	154,456,255	565,829,171	436,749,578	129,079,593	356,842,571	356,842,571	1,163,495,739	1,491,174,062	3,731,797,798
Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	1,190,755,588	1,030,901,179	159,854,409	11,495,468	148,358,941	1,888,097,263	1,888,097,263	1,508,671,436	341,522,143	4,929,046,430
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction) (HC4) (Laboratoire, d'analyse médicale)	85,107,877		85,107,877	4,068,535	81,039,342	687,949,196	687,949,196	717,023,419		1,490,080,492
Biens médicaux (non spécifiés par fonction) (HC.5) et autres produits non-médicaux	799,901,396		799,901,396	33,966,886	765,934,509			6,082,350,668		6,882,252,064
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1)	684,341,194		684,341,194	28,742,073	655,599,121			6,082,350,668		6,766,691,863
Soins préventifs (HC.6)	3,903,397,940	3,903,397,940				2,308,546,212	2,308,546,212		3,950,272,899	10,162,217,051
Gouvernance, administration du système de santé et des financements (HC7)	2,750,522,464	2,750,522,464				554,265,797	554,265,797		38,091,462	3,342,879,722
Total	9,449,970,690	7,839,277,837	1,610,692,853	486,280,468	1,124,412,386	5,795,701,038	11,907,125,929	9,471,541,262	5,821,060,566	30,538,273,556

Annexe 10

Répartition des dépenses courantes de santé par « Prestataires » et « Régime de financement » en 2013-2014(en Gourdes).

Prestataires	Régimes de financement								
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé HF.1	Régimes de l'administration publique (HF1.1)	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF.1.2)	Régimes d'assurance maladie sociale (HF1.2.1)	Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (HF.1.2.2)	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé (HF.2)	Paiement direct des ménages (HF3)	Régimes de financement du reste du monde (non résidents) (HF4)	TOTAL
Hôpitaux (HP1)	1,251,508,692	674,184,053	577,324,639	448,245,046	129,079,593	770,837,289	1,163,495,739	1,491,174,062	4,677,015,781
Hôpitaux universitaires (HP1.1.1)	685,581,167	659,765,248	25,815,919		25,815,919	518,721,880			1,204,303,047
Hôpitaux départementaux (HP1.1.2)	332,001,051	4,614,854	327,386,197	224,122,523	103,263,674	168,275,560			500,276,612
Hôpitaux privées (HP.1.1.4)	224,122,523		224,122,523	224,122,523		83,839,848		1,491,174,062	1,799,136,433
Other General hospitals (HP.1.1.nec)							1,163,495,739		1,163,495,739
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale) (HP1.3)	9,803,950	9,803,950							9,803,950
Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP.3)(pub+prive)	1,123,388,158	975,029,217	148,358,941		148,358,941	1,057,571,440	1,508,671,436	341,522,143	4,031,153,177
Prestataires de services auxiliaires(HP.4)	85,107,877		85,107,877	4,068,535	81,039,342	687,949,196	717,023,419		1,490,080,492
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (HP.5)	799,901,396		799,901,396	33,966,886	765,934,509		6,082,350,668		6,882,252,064
Pharmacies (HP.5.1)	684,341,194		684,341,194	28,742,073	655,599,121		5,847,135,772		6,531,476,966
Détaillants et autres fournisseurs (HP.5.2)	115,560,201		115,560,201	5,224,813	110,335,388		235,214,896		350,775,098
Prestataires de soins préventifs (HP.6)	3,934,761,174	3,934,761,174				2,725,077,317		3,950,272,899	10,610,111,389
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (HP.7)	2,255,303,394	2,255,303,394				554,265,797		38,091,462	2,847,660,653
Total HP	9,449,970,690	7,839,277,837	1,610,692,853	486,280,468	1,124,412,386	5,795,701,038	9,471,541,262	5,821,060,566	30,538,273,557

Annexe 11

Répartition des dépenses courantes de santé par « Fonctions »et par « Prestataires de soins de santé »en 2013-2014(en Gourdes).

Fonctions de soins de santé	Prestataires de soins de santé												TOTAL HP
	Hôpitaux (HP.1)	Hôpitaux généraux (HP.1.1)	Hopitaux universitaires (HP.1.1.1)	Hopitaux departementaux (HP.1.1.2)	Hopitaux prives (HP.1.1.4)	Other General hospitals (HP.1.1.nec)	Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP.3)	Presta-taires de services auxiliaires (HP.4) (HP.4.2))	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (HP.5)	Pharmacies (HP.5.1)	Prestataires de soins préventifs (HP.6)	Presta-taires de services administratifs et de financement (HP.7)	
Soins curatifs (HC1)	4,181,796,712	4,171,992,762	709,083,978	500,276,612	1,799,136,433	1,163,495,739	4,011,490,684				467,556,831		8,660,844,227
Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	3,629,525,728	3,629,455,618	187,767,164	484,804,016	1,793,388,699	1,163,495,739	102,272,070						3,731,797,798
Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	552,270,984	542,537,144	521,316,814	15,472,596	5,747,734		3,909,218,615				467,556,831		4,929,046,430
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction) (HC.4)								1,490,080,492					1,490,080,492
Services de laboratoire d'analyses médicales (HC.4.1)								1,490,080,492					1,490,080,492
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction) (HC.5)									6,882,252,064	6,882,252,064			6,882,252,064
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1)									6,766,691,863	6,531,476,966			6,766,691,863
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux (HC 5.2)									115,560,201				115,560,201
Soins préventifs (HC.6)							19,662,493				10,142,554,558		10,162,217,051
Gouvernance, administration du système de santé et des financements (HC.7)	495,219,069	495,219,069	495,219,069									2,847,660,653	3,342,879,722
Total HC	4,677,015,781	4,667,211,831	1,204,303,047	500,276,612	1,799,136,433	1,163,495,739	4,031,153,177	1,490,080,492	6,882,252,064	6,531,476,966	10,610,111,389	2,847,660,653	30,538,273,556

Annexe 12

Répartition des dépenses courantes de santé par « Maladies » et « Agents de financement » en 2013-2014 (en Gourdes)

Classification des maladies / affections	Agents de financement								TOTAL FA
	Administrations publiques (FA1)	Administration centrale (FA1.1)	Ministère de la santé (FA1.1.1)	Agence d'assurance maladie sociale (FA1.3.1)	Sociétés d'assurance (FA2)	Sociétés d'assurances commerciales (FA2.1)	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) (FA4)	Ménages (FA5)	
Maladies infectieuses et parasitaires (DIS.1)	2,691,545,008	2,677,073,149	2,677,073,149	14,471,859	154,243,705	154,243,705	10,215,897,268	2,720,125,026	15,781,811,007
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)(DIS1.1)	152,809,217	152,809,217	152,809,217				5,604,496,761		5,757,305,978
Tuberculose(DIS.1.2)	204,657,694	204,657,694	204,657,694				116,183,682		320,841,376
Paludisme(DIS1.3)	26,451,913	26,451,913	26,451,913				242,102,190	72,209,505	340,763,608
Infections des voies respiratoires(DIS.1.4)	189,488,743	185,420,208	185,420,208	4,068,535	83,634,443	83,634,443		506,167,595	779,290,782
Maladies diarrhéiques(DIS.1.5)	110,943,947	110,943,947	110,943,947					302,859,281	413,803,228
Maladies tropicales négligées(DIS.1.6)	151,007,039	151,007,039	151,007,039					412,225,133	563,232,172
Maladies évitables par la vaccination	259,605,884	259,605,884	259,605,884				3,683,582,409		3,943,188,293
Cholera (DIS.1.8)	1,070,461,546	1,070,461,546	1,070,461,546				569,532,226	562,953,710	2,202,947,483
Chikungunya (DIS.1.9)	316,395,701	316,395,701	316,395,701					863,709,802	1,180,105,503
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.) (DIS.1.nec)	209,723,324	199,320,000	199,320,000	10,403,324	70,609,261	70,609,261			280,332,585
Santé de la reproduction (DIS.2)	1,672,317,703	1,664,819,990	1,664,819,990	7,497,713	154,126,000	154,126,000	681,301,074	2,035,806,137	4,543,550,915
Carences nutritionnelles (DIS.3)	263,247,140	263,247,140	263,247,140		27,923,496	27,923,496	133,949,210	412,225,133	837,344,979
Maladies non transmissibles (DIS.4)	551,809,308	527,371,724	527,371,724	24,437,585	562,826,470	562,826,470	5,079,598	1,608,597,609	2,728,312,986
Tumeurs (DIS.4.1)	172,530,863	169,666,263	169,666,263	2,864,600	58,885,863	58,885,863		443,071,911	674,488,638
Maladies endocriniennes et métaboliques (DIS.4.2)	59,581,009	59,581,009	59,581,009				958,860	162,646,651	223,186,520
Diabète (DIS.4.2.1)	59,581,009	59,581,009	59,581,009				958,860	162,646,651	223,186,520
Maladies cardiovasculaires (DIS.4.3)	37,494,945	37,494,945	37,494,945					102,355,220	139,850,165
Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques (DIS.4.4)	70,110	70,110	70,110				1,103,773		1,173,883
Maladies de l'appareil respiratoire (DIS.4.5)	163,590,959	163,590,959	163,590,959					446,577,227	610,168,186
Maladies de l'appareil digestif (DIS.4.6)	73,695,337	65,744,561	65,744,561	7,950,776	163,439,344	163,439,344		179,472,167	416,606,848
Maladies de l'appareil urogénital(DIS.4.7)	21,296,402	14,381,623	14,381,623	6,914,779	142,142,970	142,142,970		39,259,536	202,698,908
Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a) (DIS.4.nec)	23,549,683	16,842,254	16,842,254	6,707,430	198,358,294	198,358,294	3,016,965	235,214,896	460,139,838
Traumatismes (DIS.5)	241,593,534	240,378,552	240,378,552	1,214,983	24,975,669	24,975,669	482,539,759	866,578,843	1,615,687,805
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)(DIS. nec)	2,905,045,611	2,466,387,283	2,466,387,283	438,658,328	200,317,046	200,317,046	97,994,695	1,828,208,513	5,031,565,865
Tous DIS	8,325,558,305	7,839,277,837	7,839,277,837	486,280,468	1,124,412,386	1,124,412,386	11,616,761,604	9,471,541,262	30,538,273,556

Annexe 13

Répartition des dépenses courantes de santé par « Agents de financement » et par « Fonctions » en 2013-2014(en Gourdes)

Agents de financement (FA)	Fonctions										TOTAL HC
	Soins curatifs (HC.1)	Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction) (HC.4)	Services de laboratoire d'analyses médicales (HC.4.1)	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction) (HC.5)	Médicaments délivrés sur ordonnance (HC.5.1)	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux (HC.5.2)	Soins préventives (HC.6)	Gouvernance, administration du système de santé et des financements (HC.7)	
Administrations publiques (FA1)	1,633,602,480	591,205,833	1,042,396,647	4,068,535	4,068,535	33,966,886	28,742,073	5,224,813	3,903,397,940	2,750,522,464	8,325,558,305
Ministère de la santé (FA1.1.1)	1,185,357,434	154,456,255	1,030,901,179						3,903,397,940	2,750,522,464	7,839,277,837
Agence de sécurité sociale (FA1.3)	448,245,046	436,749,578	11,495,468	4,068,535	4,068,535	33,966,886	28,742,073	5,224,813			486,280,468
Sociétés d'assu- rance (FA2)(Assurances commerciales	277,438,535	129,079,593	148,358,941	81,039,342	81,039,342	765,934,509	655,599,121	110,335,388			1,124,412,386
Institutions sans but lucratif au ser- vice des ménages (ISBLSM) (FA.4)	4,077,636,039	1,848,016,633	2,229,619,406	687,949,196	687,949,196				6,258,819,111	592,357,259	11,616,761,604
Ménages (FA5)	2,672,167,175	1,163,495,739	1,508,671,436	717,023,419	717,023,419	6,082,350,668	6,082,350,668				9,471,541,262
TOTAL FA	8,660,844,227	3,731,797,798	4,929,046,430	1,490,080,492	1,490,080,492	6,882,252,064	6,766,691,863	115,560,201	10,162,217,051	3,342,879,722	30,538,273,556

Annexe 14

Répartition des dépenses courantes de santé par « Agents de financement » et « Prestataires » en 2013-2014(en Gourdes).

Agents de financement	Prestataires											Tous HP
	Hôpitaux (HP.1)	Hôpitaux généraux (HP.1.1)	Hopitaux departementaux (HP.1.1.2)	Hopitaux prives (HP.1.1.4)	Other General hospitals (HP.1.1.nec)	Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP.3)	Prestataires de services auxiliaires (HP.4)(Labo medical)	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (HP.5)	Pharmacies (HP.5.1)	Prestataires de soins préventifs (HP.6)	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (HP.7)	
Administrations publiques (FA1)	1,122,429,098	1,112,625,148	228,737,377	224,122,523	9,803,950	975,029,217	4,068,535	33,966,886	33,966,886	3,934,761,174	2,255,303,394	8,325,558,305
Ministère de la santé (FA.1.1.1)	674,184,053	664,380,102	4,614,854			975,029,217			33,966,886	3,934,761,174	2,255,303,394	7,839,277,837
Agence de sécurité sociale (FA.1.3)	448,245,046	448,245,046	224,122,523	224,122,523			4,068,535	33,966,886	33,966,886			486,280,468
Sociétés d'assurance commerciales (FA2)	129,079,593	129,079,593	103,263,674			148,358,941	81,039,342	765,934,509	765,934,509			1,124,412,386
ISBLSM (FA.4)	2,262,011,350	2,262,011,350	168,275,560	1,575,013,910		1,399,093,583	687,949,196			6,675,350,216	592,357,259	11,616,761,604
Ménages (FA.5)	1,163,495,739	1,163,495,739			1,163,495,739	1,508,671,436	717,023,419	6,082,350,668	6,082,350,668			9,471,541,262
TOTAL FA	4,677,015,781	4,667,211,831	500,276,612	1,799,136,433	1,173,299,689	4,031,153,177	1,490,080,492	6,882,252,064	6,882,252,063	10,610,111,389	2,847,660,653	30,538,273,556

Annexe 15

Répartition des dépenses courantes de santé par « Recettes des régimes de financement » et « Fonctions » en 2013-2014(en Gourdes).

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Fonctions										TOTAL HC
	Soins curatifs (HC.1)	Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction) (HC.4)	Services de laboratoire d'analyses médicales (HC.4.1)	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction) (HC.5)	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1)	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux (HC.5.2)	Soins préventifs(HC.6)	Gouvernance, administration du système de santé et des financements (HC.7)	
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) (FS.1)	430,192,292	149,841,401	280,350,892						47,905,098	2,199,619,726	2,677,717,116
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FS.2)	755,165,141	4,614,854	750,550,287						3,855,492,842	550,902,738	5,161,560,721
Cotisations d'assurance sociale (FS.3)	448,245,046	436,749,578	11,495,468	4,068,535	4,068,535	33,966,886	28,742,073	5,224,813			486,280,468
Cotisations d'assurance sociale venant des employés (FS.3.1)	134,473,514	131,024,873	3,448,640	1,220,561	1,220,561	10,190,066	8,622,622	1,567,444			145,884,140
Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs (FS.3.2)	313,771,532	305,724,705	8,046,827	2,847,975	2,847,975	23,776,820	20,119,451	3,657,369			340,396,327
Prépaiement obligatoire autre que FS.3(FS.4)	277,438,535	129,079,593	148,358,941	81,039,342	81,039,342	765,934,509	655,599,121	110,335,388			1,124,412,386
Autres revenus nationaux n.c.a.(FS.6)	4,504,863,380	2,654,669,801	1,850,193,579	717,023,419	717,023,419	6,082,350,668	6,082,350,668		3,950,272,899	38,091,462	15,292,601,828
Autres revenus venant des ménages n.c.a (FS.6.1)	2,672,167,175	1,163,495,739	1,508,671,436	717,023,419	717,023,419	6,082,350,668	6,082,350,668				9,471,541,262
Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a (FS.6.3)	1,832,696,205	1,491,174,062	341,522,143						3,950,272,899	38,091,462	5,821,060,566
Transferts directs étrangers (FS.7)	2,244,939,833	356,842,571	1,888,097,263	687,949,196	687,949,196				2,308,546,212	554,265,797	5,795,701,038
TOTAL FS	8,660,844,227	3,731,797,798	4,929,046,430	1,490,080,492	1,490,080,492	6,882,252,064	6,766,691,863	115,560,201	10,162,217,051	3,342,879,722	30,538,273,556

Annexe 16

Répartition des dépenses courantes de santé par « Recettes des régimes » et « Prestataires » en 2013-2014(en Gourdes).

Recettes des régimes de financement	Prestataires													TOTAL HP
	Hôpitaux (HP.1)	Hôpitaux généraux (HP.1.1)	Hôpitaux universitaires (HP.1.1.1)	Hôpitaux départementaux (HP.1.1.2)	Hôpitaux privés (HP.1.1.4)	Other General hospitals (HP.1.1.nec)	Prestataires de soins ambulatoires (HP.3)	Prestataires de services auxiliaires (HP.4)	Laboratoires Médicaux et de diagnostic (HP.4.2)	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (HP.5)	Pharmacies (HP.5.1)	Prestataires de soins préventifs (HP.6)	Prestataires de services (HP.7)	
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (FS1)	654,794,310	644,990,360	644,990,360			9,803,950	252,058,722					66,463,428	1,704,400,657	2,677,717,116
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FS.2)	19,389,743	19,389,743	14,774,889	4,614,854			722,970,495					3,868,297,746	550,902,738	5,161,560,721
Cotisations d'assurance sociale(FS.3)	448,245,046	448,245,046		224,122,523	224,122,523			4,068,535	4,068,535	33,966,886	33,966,886			486,280,468
Cotisations d'assurance sociale venant des employés (FS.3.1)	134,473,514	134,473,514		67,236,757	67,236,757			1,220,561	1,220,561	10,190,066	10,190,066			145,884,140
Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs (FS.3.2)	313,771,532	313,771,532		156,885,766	156,885,766			2,847,975	2,847,975	23,776,820	23,776,820			340,396,327
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3) (FS.4)	129,079,593	129,079,593	25,815,919	103,263,674			148,358,941	81,039,342	81,039,342	765,934,509	765,934,509			1,124,412,386
Prépaiement obligatoire venant des employeurs (FS.4.2)	129,079,593	129,079,593	25,815,919	103,263,674			148,358,941	81,039,342	81,039,342	765,934,509	765,934,509			1,124,412,386
Autres revenus nationaux n.c.a. (FS.6)	2,654,669,801	2,654,669,801			1,491,174,062	1,163,495,739	1,850,193,579	717,023,419	717,023,419	6,082,350,668	6,082,350,668	3,950,272,899	38,091,462	15,292,601,828
Autres revenus venant des ménages n.c.a (FS6.1)	1,163,495,739	1,163,495,739				1,163,495,739	1,508,671,436	717,023,419	717,023,419	6,082,350,668	6,082,350,668			9,471,541,262
Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a (FS.6.3)	1,491,174,062	1,491,174,062			1,491,174,062		341,522,143					3,950,272,899	38,091,462	5,821,060,566
Transferts directs étrangers (FS.7)	770,837,289	770,837,289	518,721,880	168,275,560	83,839,848		1,057,571,440	687,949,196	687,949,196			2,725,077,317	554,265,797	5,795,701,038
TOTAL	4,677,015,781	4,667,211,831	1,204,303,048	500,276,612	1,799,136,433	1,173,299,689	4,031,153,177	1,490,080,492	1,490,080,492	6,882,252,064	6,882,252,063	10,610,111,389	2,847,660,653	30,538,273,556

**Liste des Partenaires ayant fourni des données
pour l'élaboration des CNS 2013-2014**

Partenaire	Statut
USAID	Bilatéral
Canada	Bilatéral
CDC	Bilatéral
Banque Mondiale	Multilatéral
ECHO	Multilatéral
France	Bilatéral
PNUD	Multilatéral
UNICEF	Multilatéral
AECID	Bilatéral
BID	Multilatéral
OPS/OMS	Multilatéral
FONDS MONDIAL	Multilatéral
Brésil	Bilatéral
Mexique	Bilatéral
Finlande	Bilatéral
Norvège	Bilatéral
Union-Européenne	Multilatéral
UNFPA	Multilatéral
MDM-Suisse	ONG int'le
MSF-France	ONG int'le

Partenaire	Statut
MSF-Belgique	ONG int'le
Concern Worldwide	ONG int'le
GHESKIO	ONG int'le
Douleur sans frontières	ONG int'le
FHED	ONG int'le
Handicap International ONG	ONG int'le
Hope Alice Clinic Ministries ONG	ONG int'le
Medico International ONG	ONG int'le
CCISD	ONG int'le
Hope Alice Clinic Ministries	ONG int'le
Zanmi Lasante	ONG int'le
AVSI	ONG int'le
MEF	État
MPCE / UCAONG	État
IHSI (ECVMAS)	État
OFATMA	Assurance gvt
AIC	Assurance gvt
DGI (pour d'autres assurances)	État
Croix-Rouge Haitienne	État
MSPP	État



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](http://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.*



Novembre 2017