



DRUM - Battre le rappel dans les pays à faibles revenus:

Utilisation et mobilisation des ressources nationales pour les ODD3

Remerciements

Ce document a été préparé pour nourrir la discussion de la conférence "DRUM - Battre le rappel - Utilisation et mobilisation des ressources nationales pour accélérer la progression vers les ODD3" le 5 novembre 2018 à Oslo. Le présent document est une ébauche avancée pour la conférence et fera l'objet de nouvelles révisions. Dans le sillage de "DRUM", les conclusions centrales des délibérations de la conférence seront intégrées à la version finale du document.

Le document a été préparé par une petite équipe désignée par les institutions organisant conjointement la conférence : les gouvernements du Burkina Faso et de la Norvège, la Fondation Bill et Melinda Gates et le Groupe de la Banque mondiale. L'équipe de rédaction rend hommage aux contributions des experts qui ont commenté les versions antérieures au nom des organisateurs et des organisations partenaires. Si aucun effort n'a été épargné pour intégrer ces contributions, l'équipe de rédaction reste seule responsable de la version actuelle du document. Ce document ne reflète pas nécessairement les vues des institutions co-organisatrices de la conférence.

Résumé analytique

De nombreux pays font face à des carences graves dans l'utilisation et la mobilisation des ressources nationales (DRUM) dans le domaine de la santé, ce qui menace de placer hors de leur atteinte les objectifs formulés dans ce domaine.

Les objectifs de santé énoncés dans les Objectifs de Développement Durable 3 (ODD3) comprennent une couverture santé universelle (CSU), assurant à tous un accès sans difficultés financières à des services de santé. Pour atteindre la CSU et les ODD3, les pays à revenus faibles (PRF) devront dépenser une moyenne de 114 US\$ par personne en 2030 et, pour les pays à revenus faibles à intermédiaires (PRFI), une moyenne de 146 US\$. La moyenne 2015 des dépenses publiques de santé par personne était de 11,58 \$ dans les PRF et de 26,11 \$ dans les PRFI. Ces chiffres comprennent l'aide au développement en matière de santé (ADS) canalisée par les budgets gouvernementaux. À moins de pouvoir mobiliser des ressources nettement plus conséquentes dans ce domaine et investir ces fonds de manière efficace, de nombreux pays risquent de perdre bientôt tout espoir réaliste d'atteindre les ODD3.

Les carences DRUM compromettent la formation du capital humain, un élément essentiel de la croissance économique.

Les objectifs de santé sont importants en eux-mêmes, mais aussi du fait de leur impact sur l'avenir économique des pays. La santé et l'éducation sont les composantes principales du capital humain, qui lui-même détermine la compétitivité des pays. En progressant vers la CSU et les ODD3, les pays réaliseront des gains de santé qui renforceront leur capital humain et seront les moteurs d'une croissance inclusive.

Les pays ont besoin de dépenses de santé plus fortes et meilleures.

Tout en mobilisant plus de fonds pour la santé, beaucoup de pays doivent aussi améliorer dans l'urgence l'utilisation de ces moyens, et donc l'efficacité et l'équité de leurs dépenses de santé. Au total, entre 20 et 40 pour cent des ressources de santé sont habituellement gaspillées, tandis que de fortes inégalités persistent entre les groupes sociaux des différents pays, même quand la couverture des besoins de base et la protection financière augmentent en moyenne.

La première étape est d'appliquer les solutions DRUM déjà éprouvées, en les adaptant à de nouveaux contextes.

Des solutions connues existent pour améliorer DRUM, fondées sur des expériences nationales réussies. En adaptant et en déployant ces approches de manière déterminée, les pays peuvent augmenter le total des revenus publics en part du PNB ; renforcer la priorité accordée à la santé dans les allocations budgétaires ; remédier aux sources majeures d'inefficacité dans les systèmes de santé ; et améliorer l'équité de l'impact des décisions concernant le financement de la santé. Toutes les politiques historiquement réussies ne seront pas applicables dans tous les pays. Les pays doivent se doter d'un processus de sélection des options politiques les plus prometteuses, identifier les obstacles et les solutions et adapter leur conception et leur mise en œuvre aux conditions locales.

Malgré cela, même les performances DRUM les plus accessibles ne seront pas suffisantes dans nombre de pays.

Malgré des suppositions optimistes - une amélioration des politiques fiscales, une exécution budgétaire en hausse, une plus grande priorité accordée à la santé dans les arbitrages budgétaires - la plupart des PFR et des PFRI ne seront pas capables de réunir les ressources nationales nécessaires pour atteindre les ODD3 et de la CSU. Si les progrès en termes d'efficacité et d'équité sont essentiels, ils aideront seulement ces pays à approcher ces objectifs avec les ressources disponibles, pas à les atteindre. L'insuffisance des ressources est exacerbée par la récente stagnation de l'ADS et l'engagement limité du secteur privé dans la solution des défis DRUM. La situation est particulièrement préoccupante dans les près de 35 pays qui devraient voir se tarir des apports financiers déterminants de l'ADS dans les années à venir.

De nouvelles solutions sont nécessaires, dont l'engagement du secteur privé et une nouvelle génération d'ADS.

Alors même qu'ils s'adaptent et mettent en œuvre des modèles éprouvés, ces pays doivent concevoir et tester de nouvelles approches de DRUM. L'innovation du secteur privé peut jouer un rôle critique lorsque des partenariats public-privé sont structurés pour relever les défis qui ont le plus de valeur pour DRUM, comme le renforcement des systèmes de paiement et l'optimisation de l'usage des ressources. L'ADS restera déterminante pour le soutien des pays en comblant les actuels fossés entre financement et santé, tout en contribuant toujours plus à jeter les bases d'une future autosuffisance. Un défi crucial est de veiller à ce que l'ADS complète et renforce - sans s'y substituer - les efforts entrepris par les pays avec leurs moyens nationaux.

La conférence "DRUM - Battre le rappel" offre une plateforme de dialogue aux pays et partenaires pour établir une stratégie commune.

"DRUM - Battre le rappel" veut établir un consensus autour d'un programme mondial visant à l'amélioration de DRUM dans les pays à faibles revenus, à travers une meilleure mise en œuvre de solutions connues, ainsi qu'une identification et une adoption accélérées de nouvelles approches. La proposition centrale de "DRUM - Battre le rappel" est la mise en avant des expériences nationales et de leurs enseignements, afin de mieux comprendre quand de nouvelles approches seront les plus cruciales. La conférence est articulée autour de trois tables rondes. La première porte sur la mobilisation des ressources internes - la partie DRM de DRUM. La seconde concerne l'efficacité et l'équité dans l'utilisation des ressources internes - le DRU de DRUM. La troisième table ronde se demande comment l'ADS pourra mieux soutenir et compléter DRUM à l'avenir.

Si la situation de chacun des pays est unique, des lignes d'action communes se dégagent pourtant.

Les témoignages et les expériences nationales examinées dans ce rapport de synthèse identifient des principes que les co-organisateur de la conférence proposent à la discussion, ce qui permettra aux décideurs politiques et aux partenaires de "DRUM" de les clarifier et de les affiner :

1. Renforcer la demande sociale et politique

La demande de DRUM doit venir du peuple. De meilleures données, la transparence et la responsabilisation confortent cet engagement. Le partage de l'information montre aux citoyens quels sont les enjeux des choix de financement en matière de santé, et encourage les communautés à exprimer leur avis. L'index Capital humain de la Banque Mondiale est un outil permettant aux gouvernements et aux parties prenantes de constater l'impact des investissements publics dans la santé et l'éducation. Il facilitera la collaboration et l'engagement total des gouvernements dans des programmes confortant le capital humain. La société civile sera ainsi plus à même de demander plus de responsabilisation.

2. Stimuler les progrès par des gains en efficacité

La correction des lourdeurs et des injustices dans l'usage actuel des ressources peut aider les pays à se rapprocher de la CSU, même sans nouveaux apports financiers majeurs. Des gains en efficacité majeurs peuvent provenir d'actions dépendant directement du ministère de la Santé, comme une meilleure gestion des approvisionnements et des salaires. Des gains majeurs peuvent aussi être attendus de situations gagnant-gagnant qui améliorent aussi bien l'efficacité que l'équité, comme le renforcement des systèmes de gestion des finances publiques dans la santé en général et le transfert de ressources vers les services de première ligne. Les dirigeants peuvent invoquer des analyses d'efficacité et d'équité dans tous les débats sur le financement des politiques de santé, tout en veillant à améliorer la collecte de données pour suivre l'évolution et renforcer la responsabilisation. Cette approche institutionnalisera l'engagement pour une amélioration continue du rapport coûts/résultats. Ensemble, ces actions peuvent renforcer la confiance placée dans ce domaine par le ministère des Finances et les partenaires externes, menant ainsi à plus d'investissements dans la santé.

3. Profiter des innovations du secteur privé

Les gouvernements qui collaborent efficacement avec le secteur privé peuvent avoir accès à des innovations susceptibles d'améliorer la mobilisation de revenus, ainsi que l'efficacité et l'équité de l'usage de ces ressources. Les technologies mobiles et/ou numériques permettent par exemple des transactions financières sans numéraire, y compris le paiement des services de santé. Elles renforcent la transparence et la responsabilisation, réduisent la fraude et la corruption, généralisent la protection financière et génèrent des données importantes pour la conception des politiques de santé. Les partenariats public-privé peuvent rapidement les démocratiser au côté d'autres solutions, pour relever les défis DRUM encore sans solution. Dans le même temps, les systèmes de financement et de paiement aux fournisseurs de services de santé doivent évoluer pour faciliter plutôt que brider les innovations dans la fourniture de services : par exemple par l'introduction de méthodes de paiement aidant les fournisseurs à gérer les ressources cliniques avec plus de souplesse, pour assurer les meilleurs résultats pour les patients.

4. Transformer les partenariats financiers dans la santé

Les relations entre les pays et leurs partenaires financiers font l'objet d'une redéfinition. Dans certains cas, de nouveaux modèles de collaboration naissent fermement ancrés dans la direction du pays. Les bénéfices à court terme sont, entre autres, une réduction probable des coûts transactionnels pour le pays et des contraintes pesant à ce niveau sur les capacités locales. Les apports actuels d'ADS peuvent être plus délibérément combinés pour libérer des fonds additionnels, externes comme internes, finançant les priorités de santé du pays. Une meilleure communication est essentielle, et plus facile à mettre en place avec les progrès de la technologie. Une institutionnalisation d'échanges réguliers au niveau national entre les partenaires financiers externes, peut garantir que les possibilités et options de co-financement seront régulièrement revues et évaluées à la lumière de l'évolution des priorités nationales.

1. Introduction

Aujourd'hui, beaucoup de pays à faibles revenus doivent non seulement accélérer leur progression prévue par le programme 2000-2015 encore inachevé appelé Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), mais aussi élargir la couverture à une gamme plus large de services de santé, ciblés par les Objectifs de développement 3 (ODD3), y compris le contrôle de maladies non contagieuses et la réponse aux urgences donnée par la santé publique. La progression vers une couverture santé universelle (CSU) – l'objectif étant que les gens puissent profiter de services de santé de qualité sans avoir à subir des difficultés économiques majeures - est incluse dans les ODD3 et est une des bases essentielles de tous les objectifs de santé. À son tour, la progression vers une protection sanitaire et financière promise par la CSU et les ODD3 est essentielle au renforcement du capital humain des pays, lui-même un facteur clé d'une croissance économique inclusive.

Objectifs de santé "plus." Les cadres de la santé doivent aussi se demander comment leurs propres politiques pourraient au mieux soutenir la progression vers les autres ODD et quelles actions dans d'autres secteurs devraient être encouragées pour promouvoir la santé. Les objectifs de santé des ODD3, combinés à des actions multisectorielles les soutenant, ont été appelés « ODD3+ ».

Rôle critique de DRUM pour la santé. La Conférence des Nations-Unies sur le financement du développement avait demandé aux pays de mobiliser toutes les sources possibles de financement pour les ODD.ⁱⁱ Outre une action globale et régionale sur des questions comme l'évasion fiscale, les pays sont convenus d'une série de mesures internes pour lever de nouveaux fonds et les employer efficacement. Les options comprennent une mobilisation accrue des ressources nationales à travers une réforme fiscale, ainsi que plus d'efficacité et d'équité dans les dépenses. Alors même que les pays travaillent à augmenter leurs revenus en général, ils doivent aussi décider quelle sera la priorité accordée à la santé dans l'allocation des fonds disponibles, et veiller à ce que les fonds alloués soient utilisés de manière avisée. Dans le présent document, le terme Utilisation et mobilisation des ressources nationales (Domestic Resource Use and Mobilization ou DRUM) renvoie à ce programme complet pour des dépenses nationales de santé plus fortes et plus avisées.

Progrès dans certains pays, mais beaucoup de laissés-pour-compte. Une série de pays à faibles revenus ont pris des mesures audacieuses pour renforcer leur DRUM.ⁱⁱⁱ Beaucoup d'autres ont cependant pris du retard, quantitativement comme qualitativement, dans les investissements nationaux nécessaires pour accélérer la CSU et réaliser les ODD3. Rares sont ceux, s'ils existent, qui ont appliqué la gamme complète de mesures connues pour renforcer la santé par DRUM. La première question urgente est : comment les pays peuvent-ils mieux adapter et mettre en œuvre de telles mesures éprouvées, avec rapidité et efficacité?

Même s'ils appliquent avec diligence les stratégies DRUM éprouvées, l'analyse présentée dans ce document réaffirme que beaucoup de pays n'auront toujours pas les ressources suffisantes pour atteindre les ODD3 en 2030.^{iv} La communauté internationale réévalue également la conduite à suivre pour mieux soutenir ces pays et suppléer leurs efforts. Le défi est de savoir comment veiller à ce que l'Aide au développement pour la santé (ADS) complète et renforce les efforts nationaux, mais sans s'y substituer, et à ce que l'ADS contribue à améliorer l'efficacité et l'équité de toutes les dépenses de santé.

"DRUM - Battre le rappel" et l'ambition du présent document. Le 5 novembre 2018, veille de la conférence sur la Facilité de financement mondial (FFM), les parties prenantes se réuniront à Oslo pour la conférence "DRUM - Battre le rappel. Utilisation et mobilisation des ressources nationales pour l'accélération des progrès vers les ODD3." Le but de la conférence est de trouver un consensus autour d'un programme mondial pour l'amélioration de DRUM dans les pays à faibles revenus, à travers une mise en œuvre plus rapide de solutions éprouvées, ainsi qu'une identification et une adoption accélérée de nouvelles approches.

Le présent document n'est pas une synthèse de tous les aspects du financement de la santé. Son but est de nourrir la discussion et l'élaboration de la stratégie à "DRUM - Battre le rappel". Il

commence par résumer l'état actuel et les tendances de DRUM et de l'ADS, montrant que des lacunes dans le financement de la santé menacent de mettre hors d'atteinte la CSU et les ODD3 dans un grand nombre de pays. Le document présente ensuite des données clés et formule des questions ciblées sur les sujets discutés par les trois tables rondes de la conférence : (1) mobilisation des ressources nationales ; (2) efficacité et équité dans l'utilisation des ressources nationales ; et (3) rôle de l'ADS comme soutien de DRUM. La partie centrale du document rappelle brièvement les principaux défis dans chacun des domaines : les solutions éprouvées ; les obstacles à la progression ; et les options pratiques pour une action nationale. Des discussions techniques plus approfondies de ces trois sujets se retrouvent en annexe.

2. Objectifs de santé : un glissement hors de portée

Combien les pays doivent-ils dépenser pour atteindre les ODD3? Les pays arrêtent leurs propres politiques de développement durable, leurs stratégies et leurs plans, et la situation de chaque pays est unique. Pour évaluer l'ampleur générale du défi, il peut être utile d'estimer le montant des dépenses que les pays devraient en moyenne engager pour atteindre les ODD3v. Stenberg et al (2017) ont calculé que pour atteindre ces objectifs, les PFR auront besoin d'augmenter leurs dépenses totales de santé à 112 US\$ par personne en 2030, tandis que les PRFI devront leur consacrer 146 \$ par personne.vi

Définir les dépenses de santé publiques. Comme beaucoup de pays sont incapables d'assumer de leur propre poche la totalité des coûts des services de santé, le financement de ces coûts devrait avant tout provenir de paiements anticipés obligatoires et mis en commun. Les paiements anticipés et leur regroupement répartissent les risques financiers liés à la maladie sur l'ensemble de la population et permettent aux pauvres d'avoir accès aux services nécessaires. Ces fonds proviennent des revenus généraux de l'État ou de paiements obligatoires pour la santé, comme les primes d'une assurance sociale contre les maladies. Les dépenses financées par ces sources sont souvent appelées dépenses des administrations publiques, et nous utilisons le terme dépenses des administrations publiques dans ce document pour désigner les dépenses couvertes par toutes les formes de fonds alimentés par des paiements anticipés obligatoires et mis en commun. Nous faisons de plus la distinction entre les dépenses publiques purement issues de sources nationales et les dépenses publiques incluant l'ADS qui transitent par les canaux gouvernementaux.

Quelles sont les dépenses actuelles des gouvernements ? La moyenne des dépenses prépayées obligatoires et communes (c.à.d. publiques) par personne provenant de sources purement nationales s'établit à 6,83 \$ pour le PFR et à 25,15 \$ pour les PRFI en 2015, dernière année pour laquelle ces données sont disponibles. Si nous ajoutons à cela l'ADS transitant par les canaux gouvernementaux en 2015, les dépenses publiques de santé par personne s'établissent à 11,58 \$ pour le PFR et à 26,11 \$ pour les PRFI. En 2015, un tiers de la population mondiale vivait dans des pays où les investissements publics dans la santé étaient inférieurs à 25 \$ par personne (total de l'ADS et des ressources nationales), et pour près d'un milliard de personnes, ils étaient inférieurs à 10 \$.vii

Quels sont les financements supplémentaires qui pourraient être levés par les gouvernements ? La croissance économique, des revenus publics en hausse comme part du PNB (en d'autres termes, une réforme fiscale) et une priorité accrue accordée à la santé dans les arbitrages budgétaires sont autant d'éléments contribuant à augmenter les dépenses publiques de santé dans la durée. Nous avons projeté la croissance des dépenses publiques provenant de ressources nationales qui serait possible selon les prévisions du FMI et des suppositions optimistes portant sur la capacité des États de collecter de nouveaux revenus publics nationaux en tant que part du PNB, sous la forme soit de réformes fiscales, pour augmenter le niveau général de leurs revenus, soit d'une priorité accrue accordée à la santé.viii Les calculs n'ont été projetés que jusqu'en 2023 parce que cette date est l'horizon le plus lointain pour lequel les projections de PNB publiées par le FMI sont disponibles. Les résultats suggèrent que la moyenne des dépenses provenant de sources nationales pourrait passer de 7,32 à 13,39 \$ dans les PFR et de 25,56 à 39,23 \$ dans les PRFI, avec naturellement d'importants écarts entre les différents pays.

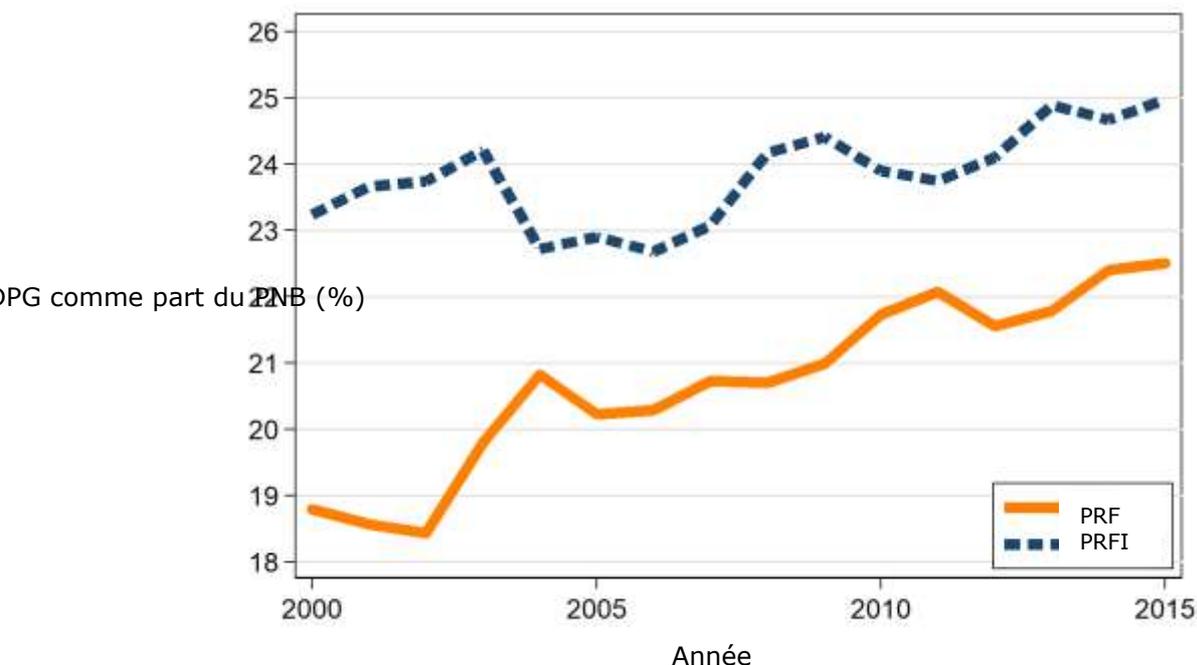
Cette capacité estimée des pays à lever de nouvelles ressources nationales pour la santé peut être comparée aux estimations réalisées pour 2023 par Stenberg et al. Supposant une montée en puissance linéaire à partir des dépenses réelles de 2015 (sources nationales) et jusqu'aux dépenses nécessaires en 2030, le total des dépenses en 2023, sur la voie d'une réalisation des ODD3, s'établit à 74 et 117 \$ par personne pour les PFR et les PRFI respectivement. Si nous supposons que les gouvernements devront couvrir entre 80 % et 100 % du total des besoins, les sommes requises par personne seront de 59 à 74 \$ par personne pour les PFR et de 94 à 117 \$ pour les PRFI. C'est donc nettement plus que nos estimations de ce que les gouvernements pourraient être capables de lever en moyenne sur les ressources nationales.^{ix}

Nous allons maintenant voir plus spécifiquement quelles ont été les performances des pays dans les trois dimensions essentielles de DRUM : l'augmentation du total des revenus publics en tant que part du PNB ; l'appréciation de la santé dans les investissements prioritaires de l'État ; et une amélioration de l'efficacité et de l'équité dans les dépenses publiques. Nous allons également discuter l'impact de l'ADS sur la situation actuelle. Les résultats doivent être interprétés avec prudence parce qu'il n'est actuellement pas possible d'isoler l'aide au développement passant par le total des dépenses publiques, comme cela a été fait pour la santé.

2.1 Progrès récents dans l'augmentation des revenus publics nationaux

Une augmentation générale des revenus publics est une manière de générer plus de fonds, y compris pour la santé. La figure 1 montre le rapport entre la moyenne des dépenses publiques et le PNB pour les PRF et les PRFI dans la période des OMD. Les deux groupes de pays ont augmenté cette part dans la période, de manière proportionnellement plus élevée dans les PRF. Les taux restent cependant très bas, comparés aux pays à plus hauts revenus qui collectent près de 40 % en moyenne.^x

Figure 1: Tendances - Part des dépenses publiques dans le PNB, PRF et PRFI, 2000-2015, moyennes pondérées par population



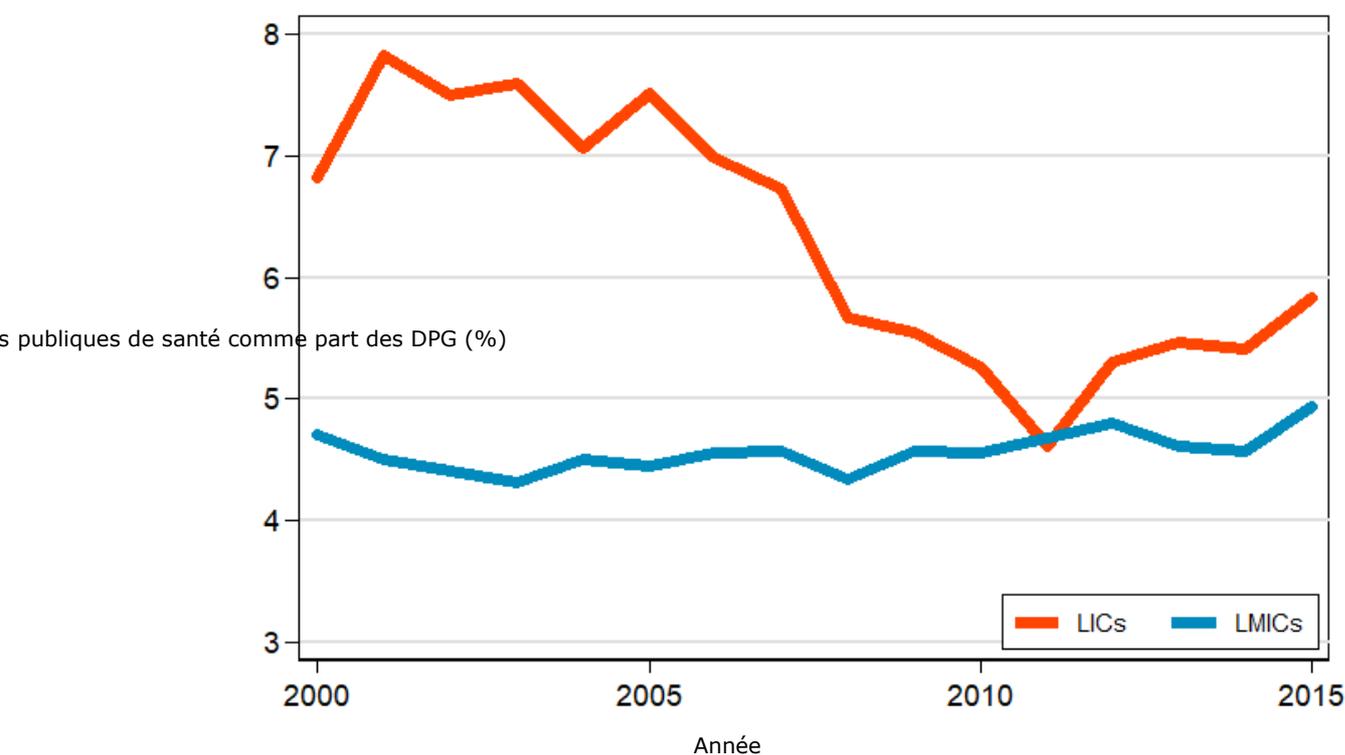
Source: WHO Global Health Expenditure Database

Notons que ces chiffres sont des moyennes pondérées par population pour les différentes catégories de pays, qui masquent des écarts considérables entre les pays placés dans les mêmes catégories de revenus. En 2015, cette part n'était par exemple que de 11 % au Nigeria et au Soudan, contre plus de 40 % en Bolivie et au Lesotho.

2.2 Tendances à une appréciation de la santé parmi les priorités des dépenses publiques

Des pays peuvent également dépenser plus pour la santé en augmentant la part des dépenses publiques générales (DPG) consacrée à la santé. Dans les PRFI, la part des DGP allant à la santé n'a que légèrement augmenté depuis 2000 et ces pays ont en moyenne accordé une priorité moindre à la santé que les PRF. Dans les PRF, la priorité accordée à la santé a faibli de manière continue jusqu'en 2011, avant de se reprendre pour ne retrouver que les proportions observées en 2008 plutôt qu'en 2000.

Figure 2: Tendances - Part des dépenses publiques de santé financées par des sources nationales dans le total des dépenses publiques, LRF et LRFI, 2000-2015.



Source: WHO Global Health Expenditure Database

Une fois de plus, les moyennes cachent des variations considérables entre les pays. En 2015, le rapport est passé d'un niveau inférieur à 2 % en Érythrée et au Mozambique, à plus de 15 % à Madagascar et El Salvador.^{xi}

2.3 Soucis d'efficacité et d'équité dans les dépenses publiques

Il est important de ne pas seulement comprendre quelles sont les sommes dépensées par les pays pour la santé, mais aussi quelle est l'efficacité de ces dépenses, et la manière dont les bénéfices en sont repartis sur les différentes couches de population. Les constatations de pays de toutes les catégories de revenus montrent un fort potentiel de rapprochement de la CSU par une meilleure utilisation des fonds disponibles.

Le Rapport 2010 de la santé mondiale ^{xii} suggérait qu'entre 20 et 40 % de toutes les ressources de santé étaient gaspillées du fait de 10 causes habituelles d'inefficacité, dont des dépenses disproportionnées consacrées aux interventions dans les hôpitaux à coûts élevés et un sous-investissement persistant dans les services de santé primaires.^{xiii} À l'inverse, des fonds publics ou

des dons alloués à la santé restent souvent inutilisés : dans le cas de fonds publics, s'ils ont été budgétisés, ils sont le plus souvent reversés au Trésor public. Des estimations de cinq pays montrent que si toutes les sommes allouées à la santé étaient dépensées, les dépenses publiques pourraient augmenter d'1 à 3,5 \$ par personne.^{xiv}

Les inégalités constatées dans la couverture des services et la protection financière sont aussi légion. Dans beaucoup de cas, l'inégalité se manifeste par des pauvres privés de services de santé nécessaires, alors que ces derniers sont facilement accessibles par les plus aisés. Par exemple, dans l'Afrique subsaharienne, 8 % des femmes du quintile de revenus le plus bas ont mis au monde leur enfant en présence d'une assistante formée en 2014, comparée à 88 % des femmes dans le quintile de revenus le plus élevé.^{xv} Les foyers sans aucune forme d'assurance maladie, et ceux dirigés par des femmes ou comptant des personnes âgées, sont souvent plus exposés à une catastrophe financière et à un appauvrissement quand ils ont besoin de soins, parce qu'ils doivent payer de leur propre poche les services qu'ils reçoivent.

Les expériences récentes suggèrent qu'un mouvement vers les buts de la CSU sur le plan général peut cacher une inégalité accrue dans la couverture des services de santé ou dans la protection financière. Malheureusement, peu de PRF tentent systématiquement d'identifier et de remédier aux causes majeures d'inégalité ou d'inefficacité dans leurs stratégies de financement de la santé.

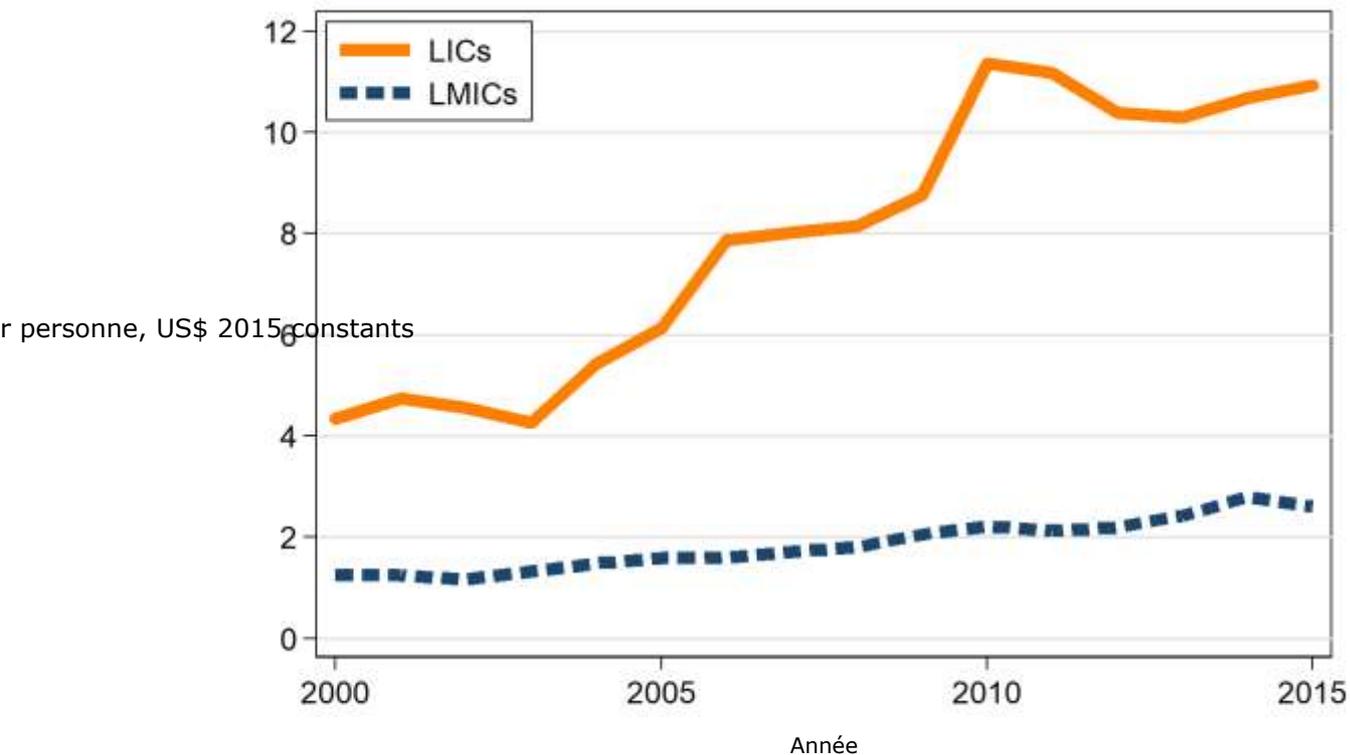
2.4 Comment l'ADS change-t-elle la situation?

Contributions de l'ADS. L'ADS a rapidement augmenté dans la période de l'OMD. Les dépenses de l'ADS en 2015 ont représenté en moyenne 10,83 \$ par personne dans les PRF (en hausse par rapport à 4,33 \$ en 2000) et en moyenne 2,60 \$ par personne dans les PRFI (en hausse par rapport à 1,26 \$ en 2000).^{xvi} Ces fonds ont aidé les pays à réaliser des améliorations notables de la couverture des services, et des résultats pour les maladies et conditions prioritaires. La couverture de la population par un ensemble de neuf services de santé de base a augmenté par exemple à un rythme annuel d'1,3 %, ou plus de 20 % globalement, avec des taux de croissance particulièrement impressionnants dans la couverture des traitements antirétroviraux et des moustiquaires traitées aux insecticides.^{xvii} De même, le nombre annuel de décès a reculé de manière substantielle, en particulier parmi les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.^{xviii}

Depuis la grande récession qui a commencé en 2007, les apports de l'ADS ont cependant décliné dans les PRF, même s'ils semblent s'être légèrement relevés très récemment. Les apports de l'ADS dans les PRFI ont continué d'augmenter jusqu'en 2014, mais sont retombées en 2015 aux niveaux de 2010. Ceci est vrai lorsque l'on considère l'ADS par personne en US\$ ou l'ADS comme part des dépenses de santé courantes. Dans le même temps, il est de plus en plus clair que beaucoup des PRF et des PRFI ne seront pas capables de lever des fonds suffisants pour la CSU et les ODD3 à partir de sources uniquement nationales. Plus d'ADS - pas moins - serait nécessaire pour suppléer la mobilisation des ressources nationales et progresser en termes d'efficacité et d'équité sur le plan national.

L'interaction entre l'ADS et DRUM est quelque peu différente dans les près de 35 pays qui devront se priver de sources d'aide au développement comme Gavi, l'Alliance du vaccin et l'Association internationale de développement (IDA) dans les quelques années à venir. Ces pays n'ont pas d'autre option que de lever de nouvelles ressources nationales, non seulement pour remplacer l'ADS qui s'est tarie mais aussi pour élargir la couverture et parvenir à la CSU.

Figure 3: Changements dans l'ADS par personne, US\$ constants, 2000-2015, moyennes pondérées par population



Source: WHO Global Health Expenditure Database

Occasions d'améliorer l'ADS. Malgré les remarquables progrès dans la santé qui ont accompagné la croissance de l'ADS de 2000 à 2011, des problèmes bien connus ont empêché l'ADS de faire encore mieux :

Alignement: Les dépenses de l'ADS ont souvent été considérées comme guidées par les priorités des pays donateurs, plutôt que par celles des pays bénéficiaires. Ceci a par exemple mené à des investissements limités dans le renforcement des systèmes de santé, avec une focalisation primaire sur les interventions relatives à des maladies spécifiques. Des parts significatives des fonds des donateurs ont continué d'être versées indépendamment des cycles budgétaires du pays ou complètement hors-budget, minant les efforts de planification et de budgétisation du gouvernement.

Efficacité: La fragmentation des donateurs et des programmes a réduit l'efficacité de l'ADS. Ceci s'est traduit par une duplication des systèmes, de multiples donateurs finançant souvent sans le savoir les mêmes activités, et dans le même temps par des lacunes, la communauté des donateurs perdant l'occasion de regrouper son soutien dans des domaines stratégiques clés. Le manque de coordination a alourdi les coûts transactionnels, fait peser de nouvelles contraintes sur les capacités locales et rendu plus difficile une transition en douceur de l'ADS vers l'autosuffisance.^{xix}

Substitution. Certains craignent que l'ADS ait pu mener à une réduction des dépenses de santé publiques provenant de sources nationales. Certains gouvernements semblent avoir profité d'une forte augmentation de l'ADS pour rediriger leurs ressources nationales limitées vers d'autres secteurs qui ne reçoivent pas autant d'aide extérieure.^{xx,xxi} La réduction a toutefois été inférieure à un-pour-un, et l'ADS a ainsi mené à une augmentation nette des dépenses de santé au niveau national.^{xxii}

Le résultat cumulé de ces problèmes a souvent été des investissements non coordonnés et pour cela médiocres, une fragmentation et une duplication des efforts et des systèmes, accompagnés de coûts transactionnels élevés. L'ADS a certainement permis d'importants gains de santé, mais certaines approches utilisées pour transmettre les donations peuvent affaiblir les systèmes nationaux et compromettre la durabilité à long terme, entre autres les efforts de soutien à DRUM.

3. Ouvrir la voie d'une action commune

Malgré de remarquables progrès réalisés au cours des années OMG, beaucoup de pays font face à une situation de financement de la santé menacée par de multiples facteurs négatifs convergents dans la période des ODD. Citons entre autres : à la base, des fonds nationaux insuffisants pour la santé ; une attention limitée portée à l'augmentation de ces fonds par une réforme fiscale ou par une priorité accrue accordée à la santé ; des actions insuffisantes pour dépenser ce qui est disponible et mieux le dépenser, par exemple en améliorant l'efficacité et l'équité des investissements de santé. Dans le même temps, l'ADS a stagné et a reculé, et aurait besoin d'améliorer son impact. Ensemble, ces conditions menacent la possibilité, pour de nombreux pays à revenus faibles, de parvenir à la CSU et de réaliser les ODD3.

Il existe de nombreuses options techniques pour résoudre ces problèmes, dont certaines ont fait leurs preuves. Même si les solutions connues étaient largement appliquées immédiatement pour élargir les bases de financement nationales, il est cependant important de rappeler que l'analyse de scénarios mentionnée plus haut montre que la croissance des fonds qui en résulterait resterait insuffisante (quoiqu'importante).^{xxiii} Ces réformes doivent nécessairement être complétées par de nouvelles solutions. Un programme DRUM efficace doit combiner un déploiement agressif, une adaptation et une intégration de stratégies éprouvées à un effort accéléré pour identifier, cultiver et diffuser de nouvelles réponses.

À "DRUM - Battre le rappel," les pays et partenaires tenteront de trouver une réponse commune à ces défis. S'il revient à chaque pays de définir et de mettre en œuvre son propre programme pour la CSU et les ODD3, un facteur essentiel de réussite sera le partage des expériences, des résultats, des enseignements et des plans.

Ces échanges s'articuleront autour des tables rondes politiques de la conférence. Les trois sessions auront pour thèmes principaux : (1) une mobilisation accrue des ressources nationales (la partie DRM de DRUM); (2) l'efficacité et l'équité dans l'usage des ressources nationales (la partie U de DRUM); et (3) le rôle de l'ADS comme soutien de DRUM. L'annexe technique de ce document présente des discussions de fond détaillées relatives à ces questions. Dans les pages suivantes, nous résumerons les points principaux des analyses. L'objectif est de porter rapidement un choix de questions et d'options à l'attention des dirigeants politiques, des experts techniques et des autres parties prenantes participant aux discussions des tables rondes.

3.1 Mobilisation des ressources nationales

Le problème: Dans beaucoup de PRF et de PRFI, le rythme de progression des revenus publics issus de sources nationales et destinés à la santé est trop lent pour permettre une progression accélérée vers une CSU. Cette lenteur compromet la réalisation de la CSU et des autres cibles des ODD3. Le secteur privé,^{xxiv} tout en participant à la fourniture de services, continue de n'avoir qu'un rôle limité dans la hausse des revenus nationaux de santé dans ces pays.

Comment y remédier ? Dans beaucoup de PRF, les revenus publics en tant que part du PNB restent relativement faibles. Des taux de réalisation budgétaire faibles signifient que sur les maigres fonds disponibles, une partie substantielle reste inutilisée. Dans bien des cas, la priorité accordée à la santé dans l'allocation des ressources disponibles reste donc faible. La plupart des PRF et des PRFI ont ainsi la possibilité de mobiliser considérablement plus de fonds pour leur santé nationale en remédiant à ces problèmes, et les options techniques pour y parvenir sont bien connues. Par exemple, une simple amélioration dans l'efficacité de la collecte des impôts et taxes pourrait générer des revenus nettement plus importants. Une amélioration du travail budgétaire au

ministère de la Santé a parfois incité le ministère des Finances à allouer plus de fonds à la santé, parce qu'il se sentait plus sûr que ces fonds seront bien utilisés.xxv

Domaines de discussions en cours : Une des questions les plus débattues est l'affectation ou non de dépenses publiques réservées à la santé. De même, de vigoureuses discussions en cours portent sur la possibilité de lever de nouveaux revenus pour la santé en ajoutant une assurance de santé sociale aux systèmes qui ont traditionnellement été financés par les dépenses publiques générales. Les avis divergent également sur la question de savoir si le secteur privé peut jouer un rôle utile dans la collecte de revenus additionnels pour la santé des populations pauvres et vulnérables, issues des couches défavorisées de la société.

Quels sont les freins des pays ? La faiblesse de leur PNB limite la valeur des revenus nationaux que les pays pauvres peuvent collecter. Dans nombre de juridictions, un vaste secteur informel rend difficile la collecte d'impôts sur le revenu. Les pays n'ont pas une capacité de gestion des finances publiques (GFP) appropriée pour collecter, arbitrer, dépenser et surveiller. La population ne fait pas confiance au gouvernement et n'est pas disposée à payer des impôts, ce qui aggrave ces déficits. La corruption et l'absence d'une volonté politique sont dans certains cas des obstacles majeurs.

Quelles sont les options pratiques que les pays peuvent envisager ? Des constatations se dégagent d'approches qui ont fait leur preuve dans certains pays. Les idées prometteuses sont nombreuses. Nous mettons ici la lumière sur des solutions pouvant être largement appliquées au secteur de la santé. Ce qui suit sont des exemples choisis :

Plus de responsabilisation Un enseignement qui se dégage est qu'une génération plus forte de revenus en général et une priorité plus grande accordée à la santé sont toutes deux susceptibles de s'accélérer lorsqu'il existe une forte demande nationale de gouvernance réactive et de dépenses de santé (en général exprimée comme une demande de qualité et d'une palette plus large de services de santé à un coût accessible). De meilleures données peuvent alimenter ce processus. Par exemple, le nouvel Index du capital humain de la Banque Mondiale enregistre les progrès d'indices de santé et d'éducation qui sont vitaux pour la productivité et la croissance, fournissant des arguments à un plaidoyer fondé sur des faits probants.xxvi Ceci peut contribuer à l'établissement d'un « contrat social fiscal » performant, par lequel la population reconnaît la nécessité de payer des impôts parce qu'elle est sûre que les revenus seront consacrés à la prestation de services de qualité qui profiteront à la population. Un tel consensus social renforcerait une culture de la responsabilité et aiderait à concevoir une taxation plus efficace.

Abandonner les subventions biaisées L'élimination des subventions inefficaces ou injustes peut accroître les ressources publiques disponibles pour des domaines prioritaires, comme la santé. Des exemples sont les subventions allant aux carburants, qui portent préjudice à l'environnement et profitent de manière disproportionnée aux couches les plus aisées.

Taxer les « mauvais ». Les taxes sur les produits nocifs pour la santé ou l'environnement (comme le tabac) sont gagnantes à 3 niveaux. Elles améliorent la santé, elles génèrent des nouveaux revenus (pouvant être consacrés en tout ou en partie à l'amélioration de la santé et de la protection financière), et elles sont en général mieux acceptées par le public que d'autres formes de hausse des impôts.

3.2 Efficacité et équité

Le problème : Dans tous les pays, et pas uniquement les PRF et les PRFI, une part considérable des ressources de santé est gaspillée. Ce gaspillage a pourtant un impact beaucoup plus préjudiciable dans les contextes défavorisés, où les besoins de services de santé sont les plus précaires. La faiblesse des dépenses peut elle-même être une des causes de ce manque d'efficacité.^{xxvii} Les injustices sont nombreuses dans l'accès aux services de santé, la qualité des services, et la portée de la protection financière dans les questions de santé. Alors que de grands progrès ont été réalisés dans l'amélioration des services de santé couvrant les mères et les enfants, ainsi que certaines maladies contagieuses, ces gains ont parfois été accompagnés par un écart croissant des inégalités dans la couverture des pauvres et des riches.^{xxviii}

Comment y remédier ? Les causes les plus habituelles d'inefficacité dans la santé sont bien connues: un récent rapport de l'OMS en a identifié dix, et elles sont développées dans le deuxième rapport annuel 2017 du Forum de financement de la CSU.^{xxix} La nature des inégalités dans la couverture de certains services, par ex. la santé maternelle et infantile, est également bien connue, bien que cela soit moins clair pour les maladies non contagieuses et la protection financière. Les experts ont décrit par quelles méthodes fondamentales le financement de la santé peut devenir plus juste et plus performant. Transférer les ressources de santé vers les services de première ligne, tout en renforçant les incitations qui permettent et encouragent une utilisation efficace de celles-ci, est une manière de progresser sur les deux tableaux. Des améliorations dans la gestion des finances publiques peuvent réduire le gaspillage et concentrer les dépenses sur les résultats renforçant l'équité. La réduction de dépenses de santé payées personnellement par le patient à travers la mise en place de paiements anticipés et d'une mutualisation permettent aussi des gains en efficacité comme en équité. Des approvisionnements stratégiques plus proactifs peuvent renforcer l'efficacité.

Domaines de discussions en cours : Comment le secteur public peut-il au mieux contribuer aux gains en efficacité et en équité dans le secteur de la santé, reste une question sujette à controverses, même si les gains sont potentiellement élevés. Des questions ouvertes demandent toujours comment financer, et ainsi cultiver l'innovation dans la fourniture de services. De manière connexe, les avis des experts divergent sur le rôle approprié des mécanismes de financement axés sur les résultats comme moyen d'améliorer la qualité des services de santé dans les milieux à faibles revenus. Un domaine spécifique d'études en cours porte sur l'intégration de ces mécanismes aux systèmes de gestion des paiements et des finances publiques.

Quels sont les freins des pays ? Les obstacles freinant la progression des pays vers une réduction des lourdeurs et des inégalités sont souvent liés à (1) l'économie politique et (2) à des arbitrages difficiles entre des considérations éthiques et financières. Les réalités de la politique économique sont souvent les barrières les plus solides. Des groupes d'intérêt particuliers, en général puissants politiquement, bénéficient souvent du manque d'efficacité ou des inégalités existantes. Ces communautés vont s'opposer au changement. De plus, même lorsque apparaissent des ouvertures politiques à l'action, des arbitrages additionnels complexes risquent d'affaiblir ces efforts. Si des stratégies comme le transfert de ressources vers les premières lignes peuvent améliorer aussi bien l'équité que l'efficacité, ces deux ambitions peuvent parfois s'opposer. Installer des services de santé dans des régions isolées est un gage d'équité, mais n'est peut-être pas le choix le plus performant. Dans les pays recherchant la CSU, un consensus ne se dégage souvent pas dans les arbitrages entre l'amélioration de la couverture en services et la protection financière, avec des conséquences pour l'équité comme pour l'efficacité. Le règlement de telles tensions est rendu plus ardu par les systèmes d'information de nombreux pays, qui ne mesurent pas systématiquement le manque d'efficacité ou les inégalités et ne sont pas capables de suivre l'évolution dans cette lutte.

Quelles sont les options pratiques que les pays peuvent envisager ? Un grand nombre de pays ont bien progressé dans la réduction des inégalités de couverture pour les services de santé ciblés par les OMD, bien que cela soit moins bien établi pour la protection financière. Les mesures politiques qui ont permis des gains en efficacité au niveau du système sont entre autres le développement de

fortes capacités de GFP et l'abandon graduel des paiements à l'acte dans les soins ambulatoires comme dans les hospitalisations.^{xxx}

Des expériences nationales suggèrent que les progrès en efficacité et en équité supposent :

- Un leadership fort aux plus hauts niveaux de gouvernement, en particulier de la part du ministre des Finances, et au sommet du ministère de la Santé (ainsi que des gouvernements régionaux s'ils sont impliqués) ;
- Des consultations approfondies avec le secteur privé, la société civile et le personnel de santé, qui peut faire et défaire les réformes ;
- Une forte gestion des finances publiques ;
- Une articulation de l'engagement du secteur privé autour de problèmes et d'objectifs définis avec précision, pour ne pas perdre le cap dans une mer d'"innovations" dont la pertinence n'est pas établie ;
- La capacité de mesurer les niveaux actuels d'inefficacité et d'inégalité, et de suivre leur évolution.

3.3 Aide au développement en faveur de la santé (ADS)

Le problème : L'ADS a rapidement augmenté, des débuts de la période des OMD à 2011. Cette croissance s'est accompagnée d'améliorations substantielles dans la couverture de services et dans les résultats relatifs aux objectifs de santé des OMD. Depuis 2011, l'ADS a cependant stagné en général et reculé dans certains pays. Parmi les difficultés persistantes dans certains contextes,

citons : le non-alignement de l'ADS sur les priorités nationales ; une fragmentation et l'inefficacité qui lui est associée ; et la substitution, l'ADS supplantant parfois les investissements nationaux dans la santé plutôt que de s'y ajouter. Ces conséquences ont empêché certains pays de progresser avec succès vers l'autosuffisance. La capacité de nombreux pays à revenus modestes de lever des financements nationaux et de les utiliser avec efficacité est restée faible, avec un soutien financier et technique limité jusqu'à aujourd'hui. Cette situation a des conséquences inquiétantes, en particulier pour les quelque 35 pays à revenus faibles ou intermédiaires qui doivent se préparer à bientôt se passer de l'aide au développement fournie par des organismes comme Gavi, l'Alliance du vaccin et IDA.^{xxxii}

Comment y remédier ? Une application plus générale des principes d'une aide efficace serait un premier pas. Des principes de base ont été progressivement clarifiés par les pays donateurs et bénéficiaires à Rome (2003), Paris (2005), Accra (2008) et Busan (2011), et ont mené à un ensemble de pratiques applicables par les partenaires financiers externes et les pays bénéficiaires pour améliorer l'efficacité de l'aide.^{xxxii} Les partenariats IHP+ et, plus récemment CSU2030, ont soutenu les progrès nationaux en proposant par exemple un ensemble de sept comportements ayant à l'évidence amélioré la collaboration et les résultats.^{xxxiii,xxxiv} Certains de ceux-ci concernent le financement de la santé. Les apports de l'ADS devraient par exemple être entrés dans le budget et alignés sur les priorités nationales ; les systèmes de gestion financière doivent être harmonisés avec - et alignés sur ceux des pays bénéficiaires qui utilisent des systèmes nationaux ; les capacités nationales de gestion financière doivent être renforcées ; et un suivi conjoint des processus et des résultats doit être entrepris, sur la base d'une plateforme unique d'information et de responsabilités. Pour appliquer ce programme, les pays et leurs partenaires financiers collaborent autrement, en combinant par exemple différents instruments financiers pour dégager des fonds additionnels externes et nationaux et les consacrer aux priorités de santé du pays. Une telle collaboration est particulièrement importante pour les pays qui commencent à être confrontés aux critères de radiation et de transition de certains donateurs.

Domaines de discussions en cours : La question critique qui reste posée est de déterminer le meilleur usage de l'ADS dans le soutien à la mobilisation des ressources nationales. La controverse persiste par exemple sur la question de savoir si les fonds externes doivent avoir pour condition un financement national équivalent. Si une telle condition peut stimuler la mobilisation des ressources nationales, elle peut aussi brider la flexibilité d'un gouvernement en l'incitant à ne pas allouer des ressources nationales à d'autres priorités qui ne bénéficient peut-être pas d'un financement extérieur. Il n'y a donc pas de consensus sur ce qui constitue une réponse gouvernementale raisonnable à des apports significatifs d'ADS quand d'autres secteurs, contribuant éventuellement aussi aux résultats en termes de santé, restent relativement sous-financés.

Quels sont les freins ? Les donateurs bilatéraux rendent des comptes aux parlements et aux populations de leur propre pays. Depuis la crise financière de 2008, l'envie d'augmenter l'ADS est restée limitée. Les horizons temporels de nombre de partenaires externes sont aussi relativement courts, puisqu'ils doivent pouvoir renvoyer à des résultats rapides pour satisfaire leur direction ou leur parlement. Se considérant parfois comme des rivaux, les organismes de financement ont mis du temps à joindre leurs forces pour aider les pays à mettre en place des financements durables de la CSU. Et pourtant, le soutien à des institutions et à des capacités DRUM robustes, essentiel pour l'autosuffisance finale des pays dans le financement de leur santé, exige une collaboration entre donateurs, ainsi qu'un engagement de longue durée.

Quelles sont les options pratiques disponibles ? Ces questions, comme les financements durables, ont récemment connu un regain d'intérêt. Le Mécanisme de financement mondial (GFF) en est un exemple. Il aide les pays à exploiter les synergies d'une mobilisation des ressources nationales jointe à l'aide internationale, pour un impact maximum sur les priorités de la santé. Dans le même temps, son intention est d'augmenter conjointement l'efficacité et l'équité dans l'utilisation de toutes les ressources, nationales et extérieures. Un autre exemple est le plan d'action pour parvenir à la CSU et aux ODD3 que l'OMS a lancé en collaboration avec d'autres organismes mondiaux pour la santé. Les participants sont convenus d'accélérer la mise en place d'un financement durable, entre autres par une collaboration entre les partenaires externes pour soutenir les efforts DRUM.

4. Conclusions: agir maintenant sur le financement de la santé

Les objectifs de la santé sont menacés. Aujourd'hui, les aspirations des pays pour la CSU et les ODD3 sont en jeu. Des obstacles majeurs, comme l'accès aux financements et leur utilisation, s'opposent aux avancées. Les pays à revenus faibles ont un besoin urgent de lever plus de ressources nationales pour la santé, d'améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé et de travailler avec les donateurs pour renforcer l'efficacité de l'aide. Les progrès dans ces domaines restent beaucoup trop lents. De plus, et alors même que les pays à faibles revenus se débattent face à de formidables défis DRUM, l'ADS a partout stagné. Elle a en réalité baissé dans certains pays et reculera à l'avenir dans au moins 35 « pays de transition ».

Des approches et des solutions connues peuvent remédier pour partie à cela, mais restent insuffisantes. Pour toutes les problématiques clés de DRUM, il existe des solutions qui ont fait leurs preuves. La première priorité est d'appliquer correctement ces stratégies éprouvées. Les pays pourraient ainsi augmenter de manière substantielle leurs ressources nationales de santé, et redoubler leur impact. C'est une possibilité qu'aucun pays ne peut laisser passer. Malgré cela, et même s'ils adoptent une série de méthodes éprouvées et les mettent en œuvre correctement, de nombreux pays resteront incapables de se procurer toutes les ressources nécessaires. Alors même que les pays appliquent avec diligence des solutions éprouvées, de nouvelles approches doivent être inventées.

Enseignements collectifs des expériences nationales. La conférence "DRUM - Battre le rappel" et le présent document ne tentent pas de couvrir tous les aspects du financement de la santé qui seraient susceptibles de faciliter une progression avec la CSU et les ODD3. Nous nous concentrons sur trois domaines stratégiques : mobilisation des ressources nationales ; efficacité et équité ; et

rôle des partenaires externes dans DRUM. Des enseignements précieux peuvent être tirés des politiques réussies comme de celles qui n'ont produit les résultats attendus. Les tables rondes de la conférence se fonderont sur l'expérience des pays pour demander :

- Quand des progrès rapides ont pu être faits, quelles sont les circonstances qui ont permis cela ? Quand des mesures ont échoué, quelles ont été les causes de cet échec ?
- Quel rôle pourrait jouer la société civile dans l'établissement d'un contrat social autour de la mobilisation des ressources nationales et pour de meilleurs services publics (santé comprise) ?
- Quels sont les obstacles souvent rencontrés sur la voie d'une amélioration de DRUM, et comment ont-ils été surmontés ?
- Existe-t-il des domaines où des solutions connues n'aideront pas les pays à atteindre leurs objectifs, et où de nouvelles approches ou solutions sont absolument nécessaires ?
- Comment les pays et leurs partenaires externes peuvent-ils collaborer au mieux sur ces questions ?

Voies de l'action. Sur la base des faits recueillis et des expériences nationales examinées par cette étude, les organisateurs de "DRUM - Battre le rappel" proposent quatre stratégies les plus susceptibles d'aider les pays à se libérer des goulots d'étranglement financiers et d'accélérer leur marche vers la CSU et les ODD3xxxv:

1. Renforcer la demande sociale et politique

La demande de DRUM doit venir du peuple et des institutions qui le représentent. La publication d'informations fiables passe avant le processus. De bonnes données montrent aux citoyens quels sont pour eux les enjeux des choix régissant le financement des politiques de santé. Elles encouragent les communautés à s'engager et à exprimer leurs attentes. L'Index du capital humain de la Banque mondiale est un outil qui aide les gouvernements et leurs administrés à suivre les effets des investissements publics sur la santé, l'éducation et d'autres secteurs sociaux. Ceci facilitera la collaboration et l'engagement de tout le gouvernement pour consolider le capital humain, tout en mettant la société civile en mesure de faire pression en demandant des comptes.

2. Stimuler les progrès par des gains en efficacité

En remédiant aux lourdeurs et aux inégalités dans l'usage actuel des ressources, les pays peuvent se rapprocher de la CSU, même sans nouveaux apports financiers de taille. Des gains rapides en efficacité peuvent venir d'actions sous le contrôle direct du ministère de la Santé, comme une amélioration des approvisionnements et de la gestion des salaires. Renforcer les systèmes de GFP plus généralement et transférer des ressources vers les premières lignes de soins peut créer une situation gagnant-gagnant : une meilleure efficacité doublée d'une plus grande équité. De telles mesures peuvent aider à institutionnaliser l'engagement pour une recherche continue du meilleur rapport coûts/prestations. Prises ensemble, ces actions peuvent renforcer la confiance du ministère des Finances et des partenaires extérieurs, menant à de nouveaux investissements dans la santé.

3. Profiter des innovations du secteur privé

Les gouvernements qui collaborent efficacement avec le secteur privé peuvent avoir accès à de nouveaux outils qui peuvent améliorer la mobilisation de nouvelles ressources, ainsi que l'efficacité et l'équité de l'utilisation de ces fonds. Les technologies numériques et mobiles déployées actuellement peuvent par exemple permettre des transactions financières sans numéraire, comme le paiement des services de santé. Cela peut dynamiser la transparence et la reddition de comptes, réduire les fraudes et la corruption, élargir la protection financière et générer des données importantes pour l'élaboration des politiques de santé. Les partenariats public-privé peuvent rapidement démocratiser au côté d'autres solutions, pour relever les défis DRUM encore sans solution. Dans le même temps, les systèmes de financement et de paiement aux fournisseurs de services de santé doivent évoluer pour faciliter plutôt que brider les innovations dans la fourniture

de services : par exemple par l'introduction de méthodes de paiement aidant les fournisseurs à gérer les ressources cliniques avec plus de souplesse pour assurer les meilleurs résultats pour les patients.

4. Transformer les partenariats financiers dans la santé

Les relations entre les pays et leurs partenaires financiers font l'objet d'une redéfinition. Dans certains cas, de nouveaux modèles de collaboration naissent fermement ancrés dans la direction du pays. À court terme, les bénéfices seront sans doute, pour les pays, une réduction des coûts transactionnels et des contraintes pesant sur les capacités locales qui les accompagnent. Les apports financiers de l'ADS sont de plus en plus regroupés pour mobiliser des fonds additionnels, externes comme nationaux, qui iront aux priorités nationales de la santé. Une meilleure communication est essentielle, et plus facile à mettre en place avec les progrès de la technologie. L'institutionnalisation d'échanges réguliers entre les pays et leurs partenaires financiers externes peut assurer que les options et les occasions de financements conjoints seront fréquemment évaluées à la lumière de l'évolution des priorités nationales.

ⁱ By payment systems, we mean any system to settle a financial transaction.

ⁱⁱ United Nations, 2015. Addis Ababa action agenda of the third international conference on financing for development. UN, New York. http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf

ⁱⁱⁱ Source: WB 2018, Business unusual: Accelerating progress towards universal health coverage, Washington DC, WB. WB calculations based on WHO Global Health Expenditure database and OECD Creditor Reporting System.

^{iv} World Bank staff calculations based on data from IMF, WBG and WHO. These results are consistent with earlier estimates from Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T.T.T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Rosen, J.E., Stover, J., Verboom, P., Sanders, R. and Soucat, A., 2017. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 5(9), pp. e875-e887.

^v This includes the costs of foundational health-system strengthening, as well as scaling up specific programs.

^{vi} Figures reflect population weighting and are in constant 2014\$. This is total cost of scale up. Stenberg et al. also assume government would meet only 81% of the need in LICs and 60% in LMICs.

^{vii} World Bank, 2018. Equity on the path to UHC. Deliberate decisions for fair financing. Background paper to 3rd Annual UHC Financing Forum. Washington DC: World Bank.

^{viii} These projections assume that on top of the increased revenues from economic growth, countries completely reduce the gap between the achievements of the top 20% by 2023 for the share of government health spending from domestic sources in GDP. The added restriction was that no country below that level could increase the share by more than 0.1 percentage points per year, the maximum considered feasible based on historical trends.

^{ix} A Chatham House (2014) working group recently proposed a normative target, arguing that countries should increase their annual government health spending to 5% of GDP in order get close to UHC. En 2023, this goal would require government health spending per capita to reach \$41.70 for LICs and \$141.63 for LMICs (in constant 2015 prices), again higher than the estimates of countries' capacity to raise additional resources by 2023. Chatham House, 2014. Shared Responsibilities for Health. A Coherent Global Framework for Health Financing. Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing, Royal Institute of International Affairs, London. https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf

^x Because we cannot separate out ODA passing through government from domestically sourced government expenditures, these ratios overestimate the ratio of domestically sourced government expenditure in GDP. The trends will be similar to Figure 1 if the share of ODA passing through government has not changed.

^{xi} Because DAH is extracted out of government health expenditure but ODA remains in total government expenditure, these ratios underestimate the share of priority given to health in allocating domestic resources. Observed trends can be due to changes in total development assistance and to the share of development assistance going to health as well as to the way governments prioritize the use of domestic resources.

^{xii} WHO, 2010. The World Health Report 2010. Financing for Universal Coverage. Geneva: WHO.

^{xiii} A recent OECD study confirmed that inefficiency is rampant even in the highest-income countries. The report argued that up to 20% of all expenditures in OECD states did not contribute to desired health outcomes.

^{xiv} WHO 2016. Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs. WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2

^{xv} WHO & WBG, 2017. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017.

^{xvi} Source: WHO Global Health Expenditure Database <http://apps.who.int/nha/database>. This is the DAH reaching countries that is captured in country health accounts. This is not the disbursements donors report to OECD or which are captured by IHME, which in general are higher and can include disbursements for expenditures in the home country.

^{xvii} WHO & WBG, 2017. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017

^{xviii} UN (2015). Millennium development report 2015.

[http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)

^{xix} Attempts to stimulate domestic resource mobilization have often been poorly coordinated, often involving multiple parallel efforts to lobby the MoH or MoF for counterpart funding for the activities that each donor thinks are important. External health funders have shown a limited capacity to engage with ministries of finance and their partners, such as the IMF. Fragmentation imposes considerable transaction costs on recipient countries and strains local capacities. Fragmented processes also lead to additional inefficiencies through duplication of systems such as laboratories, budgets, accounts, and M&E. Multiple budget and reporting cycles have often been aligned to donor rather than recipient needs, as have multiple appraisal missions. Meanwhile, donors' competition for the most able national staff to run these parallel systems further saps government resources and weakens systems.

^{xx} Barroy, H., K. Vaughan, Y. Tapsoba, E. Dale, N. Van de Maele, 2017. Towards universal health coverage: thinking public. Overview of trends in public expenditure on health (2000-2014), Health Financing Working Paper No. 7, WHO, Geneva.

^{xxi} Morrissey, O., 2015. Aid and Government Fiscal Behavior: Assessing Recent Evidence. *World Development*, Volume 69, pp. 98-105

^{xxii} Dieleman & Hanlon (2014) suggests that government spending from domestic sources only seems to change when DAH increases, but when it falls there has not yet been a subsequent corresponding increase in domestic spending on health. This is worrying for the 35 countries that will shortly graduate from eligibility for key DAH streams. Dieleman, J. L. & Hanlon, M., 2014. Measuring the Displacement and Replacement of Government Health Expenditure. *Health Economics*, Volume 23, pp. 129-140.

^{xxiii} And even if countries immediately eliminated all forms of inefficiency, they would generate improvements equivalent to a maximum of 40% (the maximum proportion of health spending wasted) of current spending or 40% of \$7.32 for LICs and \$25.56 for LMICs. This is valuable, but small compared to needs.

^{xxiv} This discussion of the private-sector excludes the option of increasing patient out-of-pocket payments (OOPs) which, in lower-income settings, are generally undesirable.

^{xxv} See Annex 1 for more details of the technical options.

^{xxvi} see <http://www.worldbank.org/en/publication/human-capital>

^{xxvii} World Bank, 2017. Greater efficiency for better health and financial protection. Background paper, USAID/WBG 2nd Annual UHC Health Financing Forum, Washington DC: World Bank.

^{xxviii} WB, 2018. Business unusual: Accelerating progress towards universal health coverage. Washington DC: World Bank

^{xxix} WHO, 2010. The World Health Report 2010. Financing for Universal Coverage. WHO, Geneva. World Bank, 2016. Financing universal health coverage. Raising funds for health. Background paper, USAID/WBG 1st Annual UHC Health Financing Forum. Washington DC: World Bank.

^{xxx} Elovainio, R. & D.B. Evans. "Raising and spending domestic money for health", Working Group on Financing Paper 2, Centre on Global Health Security Working Papers, Chatham House, May 2013. <https://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/191335>

^{xxxi} World Bank, 2018. Equity on the path to UHC: deliberate decisions for fair financing. Background report for the 3rd Annual UHC Financing Forum. Washington, DC: World Bank, 2018.

^{xxxii} www.oecd.org/dac/effectiveness/thehighlevelforaonaideffectivenessahistory.htm

^{xxxiii} www.internationalhealthpartnership.net

^{xxxiv} <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/news-videos/ihp-news/article/seven-behaviours-how-development-partners-can-change-for-the-better-325359/>

^{xxxv} Kaboré, R.M.C., E. Solberg, M. Gates, J.Y. Kim, (forthcoming). Financing the SDGs: mobilising and using domestic resources for health and human capital. *The Lancet*.