



INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP
Open Budgets. Transform Lives.

Budget Brief

Année 01. No.4. 2008

LES OPINIONS PRÉSENTÉES DANS CE BRIEF SONT DE L'AUTEUR
ET NE REPRÉSENTENT PAS NÉCESSAIREMENT L'OPINION DE L'IBP

Vers un fond global pour la santé: la révolution dans les finances de la santé et la lutte contre le SIDA s'étendent aux services généraux de la santé par Gorik Ooms, "Institut de la médecine tropicale", Antwerp

Le Fonds global - "Global Fund" - de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria a établi un mécanisme international pour financer les services de santé qui auparavant étaient considérés comme inaccessibles pour les pays les plus pauvres. Les pays ayant les possibilités pour offrir de l'aide contribuent au Fonds global et ceux ayant besoin d'aide utilisent le fonds. Ceci est très similaire aux systèmes financiers de santé nationaux où le risque financier des personnes malades et ayant besoin de traitement se répartit entre les contribuables.

Le Fonds global offre un modèle de financement global pour les systèmes et les services généraux de santé ou les services inclusifs de santé primaire, en accord avec la Déclaration Alma Ata d'il y a 30 ans.^[1] Un Fonds global de la santé, auquel les pays contribuent avec une quantité significative de ressources (conformément à ses possibilités) pour financer les services de santé primaire dans les pays pauvres (en fonction de leurs besoins), ce n'est pas difficile à imaginer. Sans avoir à remplacer les mécanismes nationaux de protection de la santé, il pourrait offrir une fondation internationale pour la construction de ces mêmes mécanismes nationaux.

Financement de la protection sociale internationale de la santé: Le Fonds global pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria

Il était nécessaire de disposer d'un mécanisme qui soit différent des canaux de développement existants pour concrétiser la perspective internationale sur le traitement du SIDA. En 2002, a été établi le Fonds global de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria.

Le Fonds offre une aide financière pour le traitement dans les pays qui, très probablement, ne peuvent substituer le financement international avec des ressources nationales, sans attendre que les pays receveurs assument la charge financière pour traiter ces maladies. Dans sa proposition est clairement mentionné: « Les demandeurs ne doivent pas démontrer la solvabilité financière pour les interventions identifiées à la fin du texte de la proposition ». Ceci implique un engagement continu d'aide financière après la finalisation de la proposition.

L'engagement implicite d'aide financière durable a été confirmé lors de l'assemblée générale des Nations Unies. La session spéciale sur le VIH/SIDA de juin 2006 a conduit à la déclaration dans laquelle les états membres se sont engagés à « soutenir et renforcer les mécanismes financiers existants, dont le Fonds global pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria, ainsi que les organisations

concernées des Nations Unies, à travers la provision de fonds de façon durable » (cela doit être souligné). Pour cela, l'accessibilité et le caractère soutenable du traitement du SIDA ne dépendent plus seulement de la capacité financière des pays affectés; mais de la capacité de l'économie globale.

Le Fonds global s'est converti, *de facto*, en un mécanisme de protection internationale de protection sociale de la santé.

Modifier les caractères accessibles et soutenable du paradigme: la lutte contre le SIDA

Quels services de santé sont accessibles et soutenables? La réponse dépend de la perspective choisie. Devons-nous nous concentrer sur la capacité financière de l'individu qui a besoin des services de santé ? Devons-nous nous concentrer sur la capacité du pays dans lequel vit l'individu ? Ou devons-nous nous concentrer sur la capacité de l'économie globale pour financer les services de santé ?

Le revenu annuel d'une personne vivant dans un pays pauvre peut être de \$500 ou moins. Le désir et la capacité d'une personne à payer des services de santé ne doivent probablement pas dépasser deux semaines de revenus (c'est-à-dire 4%), soit \$20. Les services de santé courant davantage ne seront très probablement pas utilisés.

Si nous regardons la capacité du pays dans lequel vit cette personne, la réponse change. Grâce à la redistribution de la charge – à travers des mécanismes nationaux de protection sociale de la santé – les services de santé plus chers peuvent être accessibles et durables. Pas toute la population d'un pays n'aura besoin du paquet complet de services de santé chaque année, et un paquet de services de santé coûtant \$100 par patient à l'année peut revenir finalement à \$20 par personne à l'année.

Si nous nous concentrons sur l'économie globale, la réponse à notre question sur les caractères accessible et soutenable change complètement. La Banque Mondiale estime que le montant du Produit Intérieur Brut (PIB) 2006 de l'ensemble des pays est de 48 000 milliards de dollars, c'est-à-dire une moyenne du PIB annuel par personne d'environ 7500 dollars. Si nous assumons que l'économie globale peut payer l'équivalent de 4% pour la santé – ce qui est beaucoup moins de ce qu'un grand nombre de pays dépensent aujourd'hui – un niveau de dépenses en santé de \$300 par personne à l'année paraît facilement atteignable et parfaitement soutenable. En outre, dans la mesure où toutes les personnes n'ont pas besoin du paquet complet de services de santé chaque année, un coût des services de santé de jusqu'à \$1500 par personne à l'année paraît soutenable.

Tableau 1: Différentes perspectives sur les caractères accessible et soutenable des services de santé

Perspective	Production économique par personne à l'année	Coût accessible des services de santé par personne à l'année sans répartir la charge	Coût accessible des services de santé par personne à l'année en répartissant la charge
Individu vivant dans un pays aux faibles revenus	500 \$	20 \$	-

Pays de faibles revenus	500 \$	20 \$	100 \$
Economie globale	7,500 \$	300 \$	1,500 \$

Il est réaliste d'assumer qu'un jour nos décideurs adopteront cette perspective internationale. De fait, cela s'est déjà produit concernant la lutte contre le SIDA. Cependant, comme l'explique le guide de la Banque Mondiale "Health Financing Revisited – A Practitioner's Guide": « Le caractère soutenable a généralement été décrit en termes d'autosuffisance ». Ce paradigme impose une perspective nationale de l'accessibilité et la durabilité. Le soutien financier international est temporaire – l'autosuffisance est l'objectif principal. Finalement, quand les activistes pour la cause du SIDA exigent un traitement pour toutes les personnes vivant avec le SIDA (avec un coût d'au moins \$500 par patient à l'année, aujourd'hui), incluant les personnes des pays les plus pauvres du monde, leurs demandes ont été initialement rejetées pour être inaccessibles et insoutenables. Mais les activistes ne se sont pas satisfaits de cette réponse: si les ressources internes sont insuffisantes dans certains pays, le monde est certainement suffisamment riche.

La dénommée Déclaration du consensus de Harvard d'avril 2001, qui est devenue l'épine dorsale du Fonds, a été très claire: le traitement du SIDA peut être très onéreux pour certains pays, mais il est bon marché pour l'économie globale. Aussi évident que cela puisse paraître, ceci a représenté un changement révolutionnaire dans la façon de penser aux finances de la santé.

Quel est le coût?

En 1978, la Déclaration Alma Ata présentait l'idéal des services inclusifs de santé primaire, qui a été abandonné considéré inaccessible et insoutenable, du moins pour les pays les plus pauvres du monde. Ceci est vrai si l'on considère seulement la capacité financière interne. Mais comme cela est mentionné plus haut, la lutte contre le SIDA a modifié le paradigme d'accessibilité et durabilité. L'idéal des services de santé primaire inclusifs ne passerait-il pas le test sur l'accessibilité et la durabilité si était considérée la perspective internationale?

Il n'existe pas d'estimations récentes sur les coûts des services de santé primaire inclusifs. Des données approximatives proviennent de la Commission sur la macroéconomie et la santé "Commission on Macroeconomics and Health" (CMH), établie par la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Gro Harlem Brundtland, en janvier 2000. ^[2] En décembre 2001 la CMH a publié son rapport final dans lequel était estimé que les interventions requises pour atteindre les objectifs de développement du millénaire (ODM) dans les pays aux faibles revenus requéraient près de 38 milliards de dollars à l'année avant 2015. Ces projections sous-entendent que les pays aux faibles revenus augmentent aussi substantivement leurs contributions internes.

La Banque Mondiale estime que la somme des PIB de 2006 de l'ensemble des pays aux revenus élevés membres de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Économique (OCDE) est de 35 000 milliards de dollars. Finalement, cela représente seulement un petit peu plus de 0.1% de la somme des PIB des membres de l'OCDE de financer 38 milliards de dollars à l'année.

Cela n'est pas inhabituel pour les pays aux hauts revenus de dépenser l'équivalent de 7 à 8% de leur PIB pour la protection nationale sociale de la santé. Conformément à ce qu'indique la base de données des comptes nationaux de la santé de l'OMS, les dépenses totales de la santé en France se sont élevées à 11.2% du PIB en 2005, 79.9% de ce montant étaient des dépenses gouvernementales (8.9% du PIB); pour l'Allemagne ce montant s'élevait à 10.7% du PIB, 76.9% de ce montant étaient des dépenses gouvernementales (8.2% du PIB); et pour le Royaume-Uni ce montant fut de 8.2% du PIB, avec 87.1% de dépenses gouvernementales (7.1% du PIB). Ainsi, si les pays riches contribuaient avec seulement 1.5% de leur budget pour la protection nationale de la santé à un mécanisme international de protection sociale, suffisamment de fonds seraient disponibles pour atteindre les objectifs du millénaire et faire un premier pas vers la santé primaire inclusive pour tous.

Il n'est pas absolument nécessaire d'internationaliser complètement la protection sociale de la santé. Internationaliser juste une petite partie du budget des pays riches serait suffisant pour créer une base sur laquelle construire des mécanismes sociaux nationaux de la santé, créer une solidarité globale permanente ou partager la charge des coûts de la santé. Avec le temps, les pays aux faibles revenus peuvent devenir des pays aux revenus moyens (qui ne reçoivent plus, ni ne contribuent au Fonds global de la santé), ou même des pays aux revenus élevés (qui contribuent au Fonds global de la santé), alors que certains pays au revenus élevés peuvent devenir des pays aux revenus moyens, conformément aux principes sur lesquels se base la protection sociale de la santé: contributions et droits en fonction des besoins.

Il existe une base de droits de l'homme pour la protection internationale sociale de la santé

La création d'un mécanisme de protection internationale sociale de la santé n'est pas une affaire d'obligations morales ou un moyen pour atteindre la prestation efficace de services de santé primaire. Il s'agit avant tout de respecter les obligations légales internationales.

Deux accords sont venus compléter la Déclaration universelle des droits de l'homme: la Convention internationale sur les droits civils et politiques et la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels. Cette dernière établit dans l'article 1(2): « Toutes les personnes peuvent, pour leurs propres fins, disposer librement de leur richesse et de leurs ressources naturelles sans préjudice envers aucune des obligations issues de la coopération internationale_ sur la base du principe de bénéfice mutuel et du droit internationale" (cela doit être souligné); et Dans l'article 2(1): « Toute partie de l'État présent devant la Convention s'engage à prendre des mesures individuellement et au travers de l'aide et la coopération internationales, spécifiquement économiques et techniques et à utiliser les ressources disponibles au maximum, dans le but d'atteindre, progressivement, le respect des droits reconnus dans cette Convention par tous les moyens appropriés » (cela doit être souligné).

Le Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels, qui a été créé pour surveiller les efforts pour l'implantation de la Convention, a ajouté concernant le droit à la santé: « Pour dissiper tout doute éventuel, le Comité veut souligner qu' il est de la responsabilité des parties de l'État ou d'autres acteurs en position de pouvoir aider d'offrir aide et coopération internationales, spécifiquement économiques et techniques, pour permettre aux pays en voies de développement de respecter leurs obligations ».

Finalement, si certains pays ont réellement besoin de l'aide financière pour atteindre le droit à la santé, l'aide internationale n'est pas une affaire de charité mais d'obligations légales internationales. Les États individuellement ont pour principale responsabilité de satisfaire le droit à la santé de leur population; mais une fois qu'ils ont épuisé leurs ressources internes, ils peuvent demander l'aide des autres pays. En d'autres termes, ils deviennent des États avec droits ou "rights-holding states", alors que les États les plus riches (ceux « en position d'aider ») deviennent des États avec responsabilités ou "duty-bearing states" — avec la responsabilité secondaire de satisfaire le droit à la santé des habitants des États ayant besoin d'aide.

Conclusion

L'argent en lui-même ne peut acheter des professionnels de la santé additionnels et des infrastructures; en revanche l'aide financière sur le long terme peut le permettre. Prenons comme exemple les professionnels de la santé: les engagements sur le long terme permettent aux pays d'augmenter leur capacité de formation (deux ou trois ans), de former des professionnels de la santé additionnels (trois ans pour les infirmiers et au moins six ans pour les médecins), et de leur offrir une perspective professionnelle raisonnable (10 à 15 ans).

Les paquets d'aide bilatérale – traditionnellement valide de trois à cinq ans – ne peuvent résoudre ce problème. Ils sont pris au piège dans un cercle vicieux: l'aide additionnelle est disponible, mais la capacité humaine nécessaire pour la transformer en de meilleurs services de santé fait encore défaut. C'est pourquoi l'aide additionnelle ne produit pas les résultats attendus et les donateurs se frustrer (et peuvent retirer leur soutien). Un Fonds global pour la santé peut apporter de l'aide internationale pour la santé durant de nombreuses décennies et cela permettra aux pays pauvres de résoudre leurs problèmes dans leur système de santé.

Il est possible de reconsidérer les préoccupations sur l'accessibilité et la durabilité des services généraux de la santé sous une perspective internationale. L'internationalisation d'une partie seulement des dépenses pour la protection nationale sociale de la santé, à travers la création d'un Fonds global pour la santé, serait suffisante pour atteindre les objectifs du millénaire concernant la santé. Cela permettrait de créer une fondation internationale pour la protection sociale de la santé sur la base de laquelle même les pays les plus pauvres pourraient construire des mécanismes sociaux de protection de la santé.

^[1] La Déclaration de Alma-Ata a été adoptée lors de la Conférence internationale sur les services de santé primaire, Almaty (*auparavant Alma-Ata*), au Kazakhstan, du 6 au 12 septembre 1978. Elle exprimait le besoin urgent d'action de la part de tous les gouvernements et de tous les professionnels de la santé et du développement et de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de l'ensemble de la population mondiale. Il s'agissait de la première déclaration internationale marquant l'importance des soins de santé primaire. Voir: http://en.wikipedia.org/wiki/Alma_Atta_Declaration

^[2] Le rapport de CMH est disponible ici: <http://www.cid.harvard.edu/archive/cmh/cmhreport.pdf>