RÉPUBLIQUE D'HAITI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

(MSPP)

RAPPORT DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ 2010 - 2011

Juin 2013

RÉPUBLIQUE D'HAITI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
(MSPP)

RAPPORT DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ 2010-2011

Juin 2013

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES ..... **iii**

LISTE DES TABLEAUX ..... **vi**

LISTE DES GRAPHIQUES ..... **vi**

LISTE DES SIGLES ..... **vii**

MOT DU MINISTRE ..... **ix**

REMERCIEMENTS ..... **xi**

AVANT-PROPOS ..... **xiii**

RESUME EXECUTIF ..... **xv**

INTRODUCTION **3**

CHAPITRE I. SITUATION DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE D'HAITI **7**

1.1. Données géographiques et démographiques 7

1.2. La situation socio-économique 8

1.3. La situation sanitaire (OMD en Haïti) 8

CHAPITRE 2. PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ HAITIEN **11**

2.1. La politique nationale de santé (PNS) 11

2.2. Les composantes du système de santé haïtien 12

2.3. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population 12

2.4. Les institutions prestataires des services de santé 13

2.5. Les institutions sanitaires publiques 13

2.6. Les institutions sanitaires privées 14

2.7. Les institutions mixtes 14

2.8. Les institutions paramédicales 14

2.9. Les compagnies d'assurances 14

2.10. Les institutions de formation 15

CHAPITRE 3. FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE HAITIEN 17

3.1. La Problématique du financement de la santé en Haïti 18

3.2. Le Financement du secteur public 18

3.3. Financement de la coopération externe 18

3.4. Financement des ménages 19

CHAPITRE 4 : LE PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX DE SANTE 21

4.1. Les champs des Comptes Nationaux de Santé 21

4.2. Cadre méthodologique 21

4.3. Définition et Objectif 23

4.4. Délimitation du champs d'application des comptes nationaux de la santé 23

4.5. Formation du comité technique 24

4.6. Formation du comité de pilotage 24

4.7. Collecte des données 24

4.7.1 Identification des sources de données 25

4.7.2 Préparation des outils de collecte 25

4.7.3 La collecte au niveau des sources de données 25

4.8. Traitement et analyse des données 27

4.9. Codification 27

4.10. Taux de change 27

4.11. Limites de l'étude 27

CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RESULTATS DES CNS 2010-2011 29

5.1. Agrégats généraux 29

5.2. Analyse des dépenses par source de financement 30

5.2.1. Distribution de la Dépense de Santé par Source de Financement 31

5.2.2. Analyse du financement du trésor public 32

5.2.3. Analyse du financement de la coopération externe 32

5.2.3. Analyse du financement privé 34

5.3. Analyse des dépenses par agent de financement 35

5.3.1. Analyse des fonds gérés par le secteur public 36

5.3.2. Analyse des fonds gérés par le secteur privé 37

5.3.3. L'analyse des fonds gérés par le reste du monde 38

5.4. Analyse des dépenses des prestataires par catégorie 39

5.5. Analyse des dépenses par fonctions 41

5.6. Analyse des dépenses par domaine 43

5.6.1. Analyse des dépenses pour le SIDA 44

5.6.2. Analyse des dépenses pour le choléra 45

5.6.3. Analyse des dépenses pour la malaria 45

5.6.4. Analyse des dépenses pour la santé maternelle et infantile 45

5.6.5. Analyse des dépenses pour la Tuberculose 46

CONCLUSION: LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINS EXERCICES DES CNS 47

ANNEXE 1. TABLEAU SOURCES X AGENTS 51

ANNEXE 2. TABLEAU AGENTS X PRESTATAIRES 52

ANNEXE 3. TABLEAU AGENTS X FONCTIONS 53

ANNEXE 4. TABLEAU PRESTATAIRES X FONCTIONS 54

ANNEXE 5. DISTRIBUTION DES DEPENSES DE SANTE PAR DOMAINE PRIORITAIRE 55

ANNEXE 6. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE DES CNS 56

ANNEXE 7. COMPOSITION DU COMITE TECHNIQUE DES CNS 57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition de la Dépense Nationale de Santé par source de fonds pour 2010-2011……..…31

Tableau 2: Structure du financement de la coopération externe dans les dépenses sanitaires en 2010-2011 ……..……32

Tableau 3: Distribution du financement privé dans les dépenses de santé en 2010-2011 ….....……. 34

Tableau 4: Distribution des fonds par agents de financement dans les dépenses de santé en 2010-2011 ……. 35

Tableau 5: Distribution des fonds gérés par les agents privés en 2010-2011 ……..…..... 37
..
Tableau 6: Répartition des fonds gérés par le reste du monde dans les dépenses nationales de santé 2010-2011 ……..…38

Tableau 7: Distribution des dépenses par catégories de prestataires …….....…. 40

Tableau8: Distribution des dépenses de santé par fonction en 2010-2011 ……..... 41

Tableau 9 Distribution du financement de la santé par programme prioritaire …….....……. 44

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des dépenses nationales de santé par source de financement (2010-2011) ……..…31

Graphique 2 : Distribution des fonds de la coopération externe (2010-2011) …….....…….33

Graphique 3 : Répartition du financement privé dans les dépenses de santé en 2010-2011 …..... 35

Graphique 4 : Distribution des fonds par agents de financement dans les dépenses de santé en 2010-2011 ……..…… 36

Graphique 5 : Distribution des fonds gérés par les agents privés dans les dépenses nationales de santé en 2010-2011 ……..…37

Graphique 6 : Répartition des fonds gérés par le reste du monde dans la dépense nationale de santé ……..…….39

Graphique 7 : Distribution des dépenses de santé par catégorie de prestataires …….…..... 40

Graphique 8 : Distribution des dépenses de santé par fonction (2010-2011) …….....… 42

Graphique 9 : Distribution des fonds de santé par programmes prioritaires …….....……44

LISTE DES SIGLES

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
AFD	Agence Française de Développement
AMF	Association des Médecins Haïtiens
ASPHA	Association de Santé Publique d'Haïti
BM	Banque Mondiale
BID	Banque Inter Américaine de Développement
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CP	Comité de Pilotage
CT	Comité Technique
CDC	Center for Disease Control
CAL	Centre de santé avec lits
CSL	Centre de santé sans lits
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement
CICS	Classification Internationale des Comptes de la Santé
DG	Direction Générale
DNS	Dépense Nationale de Santé
DTS	Dépense Totale de Santé
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
FS	Source de Fonds
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HC	Fonction de santé
HCR	Hôpitaux communautaire de Référence
HD	Hôpitaux Départementaux
HF	Agent de Financement
HFG	Heath, Finance and Governance
HP	Prestataires de services ou de soins
HU	Hôpitaux Universitaires
ICHA	Classification Internationales pour les Comptes de la Santé
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
ISBLM	Institution Sans But Lucratif au service des Ménages
MSF	Médecins sans Frontière
MDM	Médecins du Monde
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies chargée du Sida

OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA)
ONG	Organisation non Gouvernementale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OPS	Organisation Panaméricaine de Santé
PEPFAR	President 's Emergency Plan for AIDS Relief
PTF	Partenaires techniques et financiers
PIB	Produit Intérieur Brut
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNS	Politique Nationale de Santé
PSNRSS	Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé
PNUD	Organisation des Nations Unies pour le Développement
RDM	Reste du Monde
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCS	Système de Comptes de la Santé
SHA	System of Health Accounts 2000
SSPE	Soins de Santé de Premier Echelon
SES	Service d'Economie de la Santé
SR	Santé de Reproduction
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
TB	Tuberculose
UPE	Unité de Planification et d'Evaluation
UNFPA	Organisation des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence Américaine pour l'Aide et le Développement
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UNOPS	United Nations Office for Project Services
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
VIH	Virus Immunodéficience Humaine
HTG	Gourde Haïtienne

Mots du Dr Florence D. GULLAUME

Ministre de la Santé Publique et de la Population

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est fier de poser, avec la production du rapport des CNS 2010- 2011, un jalon de plus dans le processus de rationalisation de la gestion du système de santé afin de le rendre performant et efficient, au service de l'ensemble de la population haïtienne. Ce système de santé performant et efficient reste l'objectif ultime du Ministère de la Santé Publique et l'une des conditions indispensables, pour atteindre les objectifs du millénaire.

La performance et l'efficience ne peuvent être atteintes sans une régulation et une planification systématiques du financement du système de santé, particulièrement dans le contexte d'Haïti où les soins de santé sont assurés par une combinaison d'entités publiques et privées à gestion complexe.

En élaborant les CNS 2010-2011, le Ministère de la Santé publique et de la population se donne les moyens d'une meilleure maitrise du financement du système de santé. Les résultats des CNS doivent aider le MSPP, avec les principaux partenaires du secteur de la santé, à mener des réflexions poussées en vue d'aboutir à des décisions tendant à corriger le dysfonctionnement du système en évitant les duplications, s'assurant que les domaines stratégiques et prioritaires soient financés et obtenir plus d'impact sur les communautés desservies à partir de partenariats mieux planifiés et coordonnés.

Le Ministère de la Santé souligne la collaboration des partenaires qui a permis de concrétiser ces CNS 2010-2011 qui marque le début de l'institutionnalisation de ce processus de production d'informations financières fiables en ce qui réfère au secteur de la santé.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population exprime un réel plaisir à partager, avec les collègues du gouvernement, les partenaires du secteur santé tant nationaux qu'internationaux, les chercheurs, les étudiants et le public en général, les résultats des Comptes Nationaux de Santé 2010-2011 et invite tous ceux qui s'intéressent aux questions de Santé à en faire une utilisation rationnelle et objective dans le sens d'une amélioration réelle des conditions de vie de la population-haïtienne.

Dr Florence D. GUILLAUME

Ministre

Remerciements

Ce rapport des Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2010-2011 a été réalisé parle comité technique des CNS, dont la Direction de l'UPE souhaite saluer la compétence et le dévouement, malgré les difficultés rencontrées tant dans la collecte que dans le traitement des données.

Ce premier exercice des CNS est né des orientations stratégiques de la Haute Autorité du MSPP et de l'engagement de l'équipe technique coordonnée par la Direction de l'Unité de Planification et d'Evaluation (UPE) du MSPP avec la contribution des Directions départementales et du Comité de Pilotage des CNS.

L'occasion est donnée de saluer la collaboration des partenaires nationaux et internationaux desquels on peut citer, l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique ainsi que l'ensemble des Prestataires de soins ; les ONG et Partenaires bilatéraux et multilatéraux qui ont bien voulu partager leurs informations sur les revenus et dépenses de santé de leurs institutions. Il faut aussi mentionner l'appui financier de PEPFAR, UNFPA et USAID (à travers le projet HFG).Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

A tous les lecteurs de ce rapport dont les critiques et suggestions contribueront à améliorer les prochains Comptes Nationaux de la Santé 2011-2012 de la République d'Haïti, l'UPE leur adresse ses remerciements anticipés.

Dr Jean Antoine Alcéus

Directeur de l'Unité Planification et d'Evaluation (UPE)

AVANT-PROPOS

Bien que l'importance des comptes sectoriels dans les systèmes de comptabilité nationale soit reconnue, un grand nombre de pays ne sont pas encore parvenus à les réaliser tandis que d'autres n'en sont qu'à leur début. Pour certains secteurs, la pratique d'élaboration des comptes est assez récente. C'est le cas pour quelques systèmes de santé à travers le monde qui sont en train d'élaborer leurs Comptes Nationaux de Santé (CNS) afin de rattraper la catégorie des pays qui ont déjà cette pratique d'estimer leurs dépenses de santé à travers les CNS. Le secteur de la santé en Haïti fait partie de cette catégorie mais la vision de l'institutionnaliser est déjà présente. Au niveau du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP),plusieurs sources d'intérêt ont été identifiées, ce qui a motivé le Ministère à produire les CNS, dans le but de rechercher les informations suivantes:

1) Qui finance les services de santé dans le pays ?
2) Combien d'argent est dépensé pour la santé ?
3) Quels biens et services a-t-on achetés ?
4) Qui fournit les services?

Le développement des systèmes de santé et l'implication d'un grand nombre d'intervenants dans le financement ont créé chez les décideurs le besoin d'informations financières fiables destinées à orienter leurs décisions. Ainsi, les CNS sont devenus l'instrument privilégié pour estimer les dépenses dans le secteur de la santé, depuis la source de financement jusqu'aux bénéficiaires des services. L'enveloppe globale des fonds investis dans le système de santé étant évaluée, les analyses qui en découlent permettront d'associer les dépenses aux résultats et d'apprécier la performance des ressources engagées dans la production des services de santé et le calcul des indicateurs.

Dans le premier chapitre, l'accent est mis sur le contexte d'élaboration des comptes de la période 2010-2011 qui a été marquée par deux événements majeurs : le tremblement de terre du 12 janvier 2010 et l'apparition du choléra. Il prend aussi en considération quelques indicateurs de santé et donne un aperçu de certaines variables démographiques et socio-économiques.

Le deuxième chapitre traite du système de santé haïtien en présentant ses composantes dans toutes leurs variantes. Il décrit les circuits utilisés pour la planification et l'exécution des services de santé.

Le troisième chapitre passe en revue les potentielles sources de financement de la santé dans le système. Il revoit aussi les contraintes liées à la capacité de financement des intervenants et les conséquences qui en découlent.

Le quatrième chapitre nous amène au processus d'élaboration des CNS. Ce chapitre explique aux lecteurs ce que sont les CNS, les champs couverts par les dépenses de santé et présente la méthodologie utilisée, le processus de collecte, le traitement et l'analyse des données.

Le cinquième et dernier chapitre constitue le cœur de l'étude où l'analyse des indicateurs permet de répondre à l'ensemble des questions qui ont motivé le ministère à produire les CNS. Les tableaux de base y sont développés et les indicateurs sont calculés et analysés pour chaque catégorie d'intervenant. Ce sont des analyses assez simples mais détaillées qui guident les actions des opérateurs du système. On peut conclure que le Ministère s'est doté d'un outil de première importance pour la planification stratégique, car il vient combler le vide en matière de disponibilité d'informations financières pour le secteur. Cet outil est non seulement au service du MSPP, mais aussi à la disposition de tous les partenaires du système. Il facilitera une meilleure évaluation des mécanismes de financement, une analyse adéquate des allocations par rapport aux besoins réels du système et la gestion des ressources basée sur la performance dont l'impact des résultats se fera sentir autant au niveau de la population que sur l'ensemble du système de santé. Aussi, le MSPP éprouve-t-il un grand plaisir à présenter le rapport des CNS 2010-2011 qui viendra appuyer les efforts de planification des interventions et assurer la continuité des actions dans le secteur de la santé en Haïti.

RESUME EXECUTIF

Dans le but de donner aux opérateurs du système de santé un instrument d'information sur les flux financiers dans le secteur de la Santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) avait prévu l'élaboration des Comptes Nationaux de Santé (CNS) dans son Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé (PSNRSS) 2006-2011.

Méthodologie

Ce présent rapport des CNS 2010-2011 synthétise les différents aspects des dépenses de santé en Haïti à travers quatre principaux tableaux recommandés par le SHA[1] 2000, à savoir : Source x Agent ; Agent x Prestataire ; Agent x Fonction ; Prestataire x Fonction. Outre ces quatre dimensions, une analyse des dépenses de santé pour cinq programmes prioritaires a également été réalisée.

L'élaboration des CNS 2010-2011est basée sur le système de Classification Internationale des Comptes de la Santé (CICS). Les outils de collecte de données ont été adaptés au contexte haïtien tout en respectant les standards internationaux. Le traitement des données a été réalisé avec un tableur Excel. Deux comités ont été mis en place en vue de l'élaboration des CNS: un comité technique composé des cadres affectés au Service d'Economie de la Santé du MSPP et un comité de pilotage composé de la Haute Direction du MSPP, des représentants des Ministères qui interviennent en santé, des représentants des associations professionnelles du secteur santé et des représentants des partenaires techniques et financiers du MSPP.

Résultats

La Dépense Nationale de Santé (DNS)[2] pour la période 2010-2011 est estimée à 25,406,097,605.7 gourdes, soit 8.5% du Produit Intérieur Brut (PIB) de cette période[3] et 24% du budget national dont le montant s'élevait à 106,284,926,099.00 gourdes.

1 System of Health Accounts 2000

2 La Dépense Nationale de Santé (DNS) représente l'ensemble des dépenses de santé. Elle prend en compte aussi bien (i) les Dépenses Directes de Santé encore appelées Dépense Totale de Santé et (ii) les Dépenses connexes de santé constituées des différentes interventions contribuant à la prestation des services et soins de santé (ex : formation de capital ; formation continue ; hygiène du milieu ; …)

3 Le PIB de la période 2010-2011 équivalait à297, 687, 000,000.00 de gourdes en monnaie courante

La dépense de santé par habitant se chiffrait à 2,519.14 gourdes (US$ 62.90)[4].Elle se situe légèrement au-dessus des US$60 par habitant recommandés par l'OMS comme montant minimum pour assurer un état de santé adéquat à la population[5].

La DNS se compose d'une part de la Dépense Totale de Santé (DTS) qui se chiffre à 23,620,012,317.94 gourdes et, d'autre part, des dépenses de santé connexes estimées à 1,786,085,287.81 gourdes, soit 7% des dépenses nationales de santé. La DTS représente 8% du PIB dont 48% sont consacrés aux dépenses de santé individuelle (environ 11,399,481,344 gourdes) et 52% aux actions de Santé Publique et à l'Administration du Secteur.

La part du secteur public dans la dépense nationale de santé est de 2,348,320,807.71 gourdes, soit 9% de la DNS. Environ 83% du financement public pour la Santé sont alloués au MSPP, soit 1,946,747,370.11 gourdes; et 17% sont gérés par d'autres Ministères et institutions déconcentrées de l'Etat. La part du financement public dans les dépenses nationales de santé représente 0.78% du PIB de la période étudiée.

La contribution du secteur privé dans les Dépenses Nationales de Santé est estimée à 1,169,465,855.33 gourdes, soit 5% de la DNS. De ce montant (secteur privé), 869,483,385.93 gourdes proviennent des ménages (4% de la DNS) et 1% est supporté par les entreprises.

Le financement externe, communément appelé le Reste du Monde (RDM), se chiffre à 21,888,320,942.70 gourdes, soit 86% de la DNS. La contribution de la coopération bilatérale à elle seule s'élevait à 13,963,295,502.41 gourdes, représentant 64% de la contribution du RDM et 55% de la DNS. La coopération multilatérale a financé à hauteur de 4,553,237,319.32 gourdes équivalant à 21% du financement du RDM et 18% de la DNS. La coopération décentralisée a apporté la somme de 5,743,301.94 gourdes; les ONG, les Fondations et Firmes internationales de leur côté ont fourni un montant de 3,366,034,819.03 gourdes, soit 15% de la contribution du RDM et 13% de la DNS.

Les ressources financières allouées au système de santé Haïtien sont principalement gérées par le Reste du Monde. Environ 70 % de la DTS (ou encore 69% de la DNS) est géré par le Reste du Monde. Ce qui démontre que le RDM, principale source de financement du système de santé haïtien, a été, au cours de la période 2010-2011, le principal agent à gérer les fonds destinés au secteur et à décider des activités auxquelles ils seraient affectés. Pour leur part, le secteur public et le secteur privé ont géré respectivement 22% et 9% de la DNS, soit 5,470,515,914.40 et

[4] Taux de change de la période (2010-2011) : 40 Gourdes = US $1

[5] Bien que la présente valeur de la dépense par habitant en Haïti se situe légèrement au-dessus des de la recommandation de l'OMS toute analyse sur la présente valeur doit tenir compte du contexte conjoncturel dans lequel cette dépense été réalisée, marquée par l'afflux de ressources massives après le tremblement de terre de Janvier 2010.

2,166,276,769.85 gourdes. La part des DTS gérée par le secteur public est égale à 4,966,312,282.02 gourdes, soit 21% de la DTS et celle gérée par le secteur privé se chiffrait à 2,166,276,769.86 gourdes équivalant à 9% de la DTS.

Les domaines requérant une attention particulière et classés comme programmes prioritaires par le gouvernement Haïtien sont le SIDA, la Tuberculose, la Malaria, le Choléra et la Santé maternelle et infantile. Ils absorbent plus de la moitié des dépenses de santé, soit 13,205,587,692.23 gourdes. En plus de ce montant, une valeur très significative de 3,250,137,108.10 gourdes a été dépensée pour le choléra et le VIH (sans ventilation pour chacune des deux pathologies). Ces cinq domaines prioritaires ont consommé une somme de 16,455,724,800.33 gourdes, soit plus de 64% des dépenses totales de santé.

INTRODUCTION

Partout à travers le monde, la gestion des flux financiers dans le système de santé s'inscrit dans une logique qui permet au système de faire une utilisation rationnelle des fonds, afin de promouvoir, prévenir et restaurer convenablement la santé de la population.

Disposer de ressources financières est une chose, en assurer une gestion efficace pour l'obtention de bons résultats en est une autre et dépend de divers facteurs. Au fil du temps, des outils de gestion ont été élaborés pour estimer les dépenses dans le secteur et les rendre disponibles; ce sont principalement ces données qui permettent aux autorités sanitaires de prendre de bonnes décisions répondant à des critères d'efficacité et d'équité.Dans cette logique, le MSPP s'est engagé à évaluer et à suivre le circuit des dépenses dans le système, quelle que soit la provenance des fonds, à travers les comptes nationaux de santé. Ces comptes constituent un outil qui permettra aux responsables et à tous les intervenants du système sanitaire haïtien de prendre des décisions rationnelles.

Pour rester cohérent avec cette vision des choses, l'Etat entreprend d'élaborer les CNS 2010-2011 qui sont l'outil utilisé pour retracer les flux monétaires injectés dans le secteur. Ces comptes sont élaborés par l'équipe des CNS du Service d'Economie de la Santé (SES) du Ministère avec l'appui financier de l'UNFPA, de PEPFAR et HFG.

Ce rapport présente et analyse les différents flux financiers qui circulent dans le système de santé haïtien pour la période fiscale 2010-2011. Il est conçu pour répondre à un ensemble de besoins en informations financières de façon à définir des mesures d'ensemble pour déterminer le niveau de financement des services de santé. Il inclut donc les résultats sous forme de tableaux et de graphiques. Ce rapport présente les résultats des CNS 2010-2011 dans lequel figurent des informations financières qui seront utiles à tous les opérateurs intervenant dans le domaine de la santé en Haïti. Il met en évidence le poids de chaque intervenant à travers les différentes structures de dépenses.

La présente initiative d'élaboration des CNS intervient deux ans après le tremblement de terre, un an après l'introduction du choléra dans le pays et se concrétise au moment où le MSPP élabore sa nouvelle

politique nationale de santé, suivie d'un plan directeur pour la période 2012-2022. L'élaboration des CNS était déjà un impératif, et ces derniers événements sont des catalyseurs qui ont fait accélérer le processus. Il était nécessaire d'avoir cet outil qui fournit les informations sur les flux de financement afin d'orienter les décisions dans le cadre de la rationalisation et de la gestion efficace des ressources et assurer des services de qualité à toute la population sur l'ensemble du territoire.

L'élaboration des CNS 2010-2011 en Haïti s'inscrit dans le contexte de la rédaction d'une nouvelle politique nationale de santé et d'un plan stratégique pour les dix prochaines années. Ce qui constitue deux occasions majeures de donner un nouveau souffle au système de santé Haïtien et de modifier le déséquilibre qui caractérise le système de santé haïtien en cherchant à établir un système dont les principes directeurs sont l'équité, l'universalité, la qualité et la globalité. En ce sens, la planification des besoins et la définition des objectifs sont nécessaires au bon fonctionnement d'un tel système pour lequel les données tant financières que techniques sont indispensables. Or les CNS constituent les meilleurs outils de contrôle des flux financiers qui circulent dans le système et de leur allocation de façon optimale.

Dans une logique de redynamisation du secteur de santé haïtien, le MSPP a décidé d'institutionnaliser les CNS en utilisant des informations fiables pour l'exercice 2010-2011. Avec le temps et les besoins qui s'accentuent, la disponibilité des informations financières s'avère de plus en plus importante pour Haïti afin de bien orienter les ressources disponibles dans un contexte où les besoins sont énormes et les fonds plutôt rares. Non seulement tous les systèmes de santé ont besoin de ces informations pour prendre de bonnes décisions, Haïti était devenue une particularité puisqu'après le séisme de 2010, un flux financier massif a circulé de manière exceptionnelle dans le système. Le besoin se faisait sentir encore plus avec l'apparition d'une nouvelle pathologie, lecholéra, qui a attiré de nouveaux flux d'argent pour y faire face. Ces phénomènes se sont produits dans le contexte d'un faible financement de la santé par le secteur public avec environ 6% du budget national et une multiplication des organisations non gouvernementales (ONG) et internationales qui disposent de montants très significatifs pour des dépenses de santé. En fait, le système de santé en Haïti fait face à de nombreuses difficultés en matière de financement des services de santé qui doivent être offerts équitablement à toute la population : d'une part, les ressources sont insuffisantes et d'autre part, la gestion se révèle inefficace et s'accompagne souvent de mauvaise allocation et de duplication.

La mobilisation de fonds et l'efficacité de leur allocation sont des éléments essentiels pour assurer la satisfaction des besoins, ce qui renvoie à une bonne définition des besoins et une rationalisation des dépenses. D'où la nécessité pour les pays à faible revenu comme Haïti de disposer de données fiables tant en matière de ressources financières qu'en matière de besoins pertinents pour la population. Dans le cas contraire, les décideurs risquent de prendre des décisions basées sur des

données pour le moins inexactes, ce qui risque de conduire à une allocation inefficace des ressources avec des résultats mitigés dans le secteur de la santé. D'où la nécessité des CNS qui représentent un outil efficace fournissant les données en matière de dépenses en santé. A leur niveau actuel d'évolution, les CNS ont pu obtenir des informations sur la contribution de l'Etat, des bailleurs, des ménages et des autres sources non gouvernementales au secteur de la santé.

CHAPITRE I

SITUATION DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE D'HAITI

Dans un contexte de rareté de ressources et de croissance des besoins, conséquemment à la croissance de la population et l'apparition de nouvelles pathologies, le MSPP travaille à la production d'outils lui permettant d'améliorer sa gestion. Avec une situation économique peu reluisante et des conditions sanitaires qui se détériorent, il est évident que les indicateurs de santé s'en trouvent affectés. C'est en fait, l'ensemble de ces situations qui caractérisent le contexte de l'élaboration des CNS 2010-2011.

1.1. Données géographiques et démographiques

Haïti est une république unitaire qui couvre une superficie de 27,700 km^2 (RGPH, 2003). Elle est située dans la Caraïbe et partage avec la République Dominicaine la seconde île des grandes Antilles. Le pays est divisé administrativement en dix départements, 42 arrondissements, 140 communes et 570 sections communales (IHSI, 2003).

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2003) réalisé par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), a dénombré 8,938,655 habitants. En 2010, la population était estimée à 10,085,214 habitants. La densité de population est de 367 habitants/km^2, sur l'ensemble du territoire. La répartition de la population est très inégale avec 63% de la population concentrée dans trois des dix départements : l'Ouest avec 37% de la population, l'Artibonite 16% et le Nord 10%. Le taux d'accroissement annuel est de l'ordre de 2,2%. Le rapport de masculinité est de 94 hommes pour 100 femmes. C'est une population très jeune : 12% de la population est âgée de moins de 5 ans, plus de 50% a moins de 21 ans et moins de 5% a plus de 64 ans. L'espérance de vie est de 59.9 pour les femmes et 56.4 pour les hommes (IHSI/CELADE, 2009).

1.2. La situation socio-économique

La planification pour la relance de l'économie annonçait de grands espoirs pour les trois années précédant 2011,qui devait déboucher sur une année 2010-2011 florissante avec des indicateurs témoignant de la reprise économique dans le pays. Cependant, des facteurs imprévisibles ont hypothéqué les objectifs et les résultats programmés. Des cataclysmes naturels principalement les dégâts causés par les ouragans de 2007-2008 (Fay, Gustav, Hannah et Ike) et le tremblement de terre du 12 janvier 2010 ont significativement affecté les résultats attendus. Les dégâts causés par les ouragans de 2007-2008 ont provoqué une chute du PIB de 15%. Les perspectives de croissance ont dû être révisées à la baisse. Le taux de croissance de la période n'a été que de 0,8%.

Bien que l'année 2008-09 ait charrié les séquelles héritées de l'année précédente, elle s'est terminée avec un taux de croissance de 2,9%. Cette tendance allait se confirmer en 2009-2010 qui avait débuté également dans de bonnes conditions. Malheureusement, le séisme du 12 janvier 2010 a renversé toutes les attentes. Les destructions diverses et les pertes économiques ont été évaluées a environ 120% du PIB[6]. Ce qui a provoqué une chute brutale du PIB national.

En 2009-2010, le PIB était estimé à 264 milliards de gourdes courantes soit 132 milliards de gourdes constantes ; l'année suivante il est passé à 298 milliards de gourdes courantes équivalant à 140 milliards de gourdes constantes, ce qui traduit une augmentation de 5.6% en terme réel. La tendance a été maintenue en 2011-2012 mais à un rythme plus faible en terme réel avec un PIB de 329 milliards de gourdes courantes ou 144 milliards de gourdes constantes, ce qui a engendré un taux de croissance de 2.8% en terme réel par rapport à l'année précédente.

Le séisme a donc fortement touché les indices de pauvreté en affectant négativement tous les secteurs d'activité, mettant ainsi tous les agents économiques à rude épreuve.

1.3. La situation sanitaire (OMD en Haïti)

Le système de santé haïtien est organisé suivant une pyramide de soins constituée en trois niveaux pour la prise en charge des besoins de santé de la population. La présentation de quelques indicateurs clés peut nous éclairer sur l'état de santé de la population assurée par ce système. On peut citer:

- Le taux brut de mortalité qui s'élève à 9.37 ‰ de 2005 à 2010
- Le taux de mortalité infantile était de 48.6 ‰ de 2005 à 2010
- La prévalence de l'anémie chez les hommes était 24%, 46% chez les femmes et 61% chez les enfants de moins de 5 ans (EMMUS IV)

[6] DSNCRP, Op. Cit. P.23

- 25% des naissances ont lieu dans un établissement de santé (EMMUS IV)

La mortalité maternelle est très élevée avec 630 décès pour chaque 100,000 naissances vivantes en 2005. Au cours de cette même période, le taux de prévalence du SIDA s'élevait à 3%. En 2000, le taux de mortalité lié à la tuberculose était de 60%, il est passé à 57% en 2001 pour atteindre 50% en 2003. Cette baisse constatée est due à une intensification du programme. La malaria reste très présente dans le pays et constitue la première cause de mortalité chez les enfants de moins d'un an (rapport du PNUD sur les OMD en Haïti).

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ HAITIEN

La santé est un droit pour tous au même titre que les autres droits de l'homme, une approche globalement adoptée par beaucoup de pays, notamment Haïti, où le gouvernement prône un système de santé qui repose sur des valeurs telles que l'équité, l'universalité, la globalité et la qualité des services. Ce système est rendu fonctionnel grâce à ses trois dimensions qui sont sa superstructure composée de la politique nationale de santé qui découle de la mission du MSPP, sa structure qui se compose des organes de direction et de contrôle et ses infrastructures qui comprennent les institutions de prestation de services. Le tout devant former un ensemble organisé et intégré qui soit en mesure de répondre aux demandes des usagers, tout en étant efficient au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. En d'autres termes il s'agit pour eux de remplir convenablement leur fonction de garantir le droit à la santé, un pilier important de l'Etat de droit, tel que prévu par la Constitution. L'opérationnalisation d'un tel système est orientée suivant une nouvelle politique nationale de santé développée par le MSPP en juillet 2012. Cette politique nationale de santé[7] représente l'ensemble des choix stratégiques de l'Etat pour améliorer l'état de santé de la population vivant sur le territoire national.

2.1. La Politique Nationale de Santé (PNS)

La politique nationale de santé est l'expression de la politique de l'État en matière de santé, elle comprend les lignes directives, c'est-à-dire les grandes orientations que doivent suivent tous les opérateurs qui interviennent dans le système peu importe son statut. La PNS est élaborée en fonction de la mission du MSPP, en conformité avec la vision de l'État qui prend en compte les priorités devant répondre aux besoins réels de la population. De ce fait, la PNS est l'outil dont s'est doté le MSPP pour orienter le système.

[7] Document officiel - Juillet 2012

2.2. Les composantes du système de santé haïtien

Le système est composé d'éléments super structurels avec surtout la politique nationale de santé ; structurels que l'on retrouve à différents niveaux institutionnels et des éléments infrastructurels qui regroupent les institutions prestataires de services. Le secteurs public, privé et mixte, sont les trois statuts possibles des entités qui fonctionnent dans ce système dont la régulation est assurée par le ministère de la santé.

2.3. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population

Le Décret du 17 Mai 2005 portant sur l'organisation de l'Administration Centrale de l'État haïtien fait état des dispositions générales de l'Administration Publique Nationale par lesquelles l'Etat exécute ses missions et objectifs. Le Décret précise l'ensemble des Instances, Institutions et Services Publics créés par la Constitution et les lois de la République. Il les organise en : Administration d'Etat et Administration des Collectivités Territoriales. A travers l'Administration d'Etat se trouve : l'Administration Centrale, les Instances du Pouvoir Judiciaire, etc. L'Administration Centrale elle-même regroupe des organes tels que : les Instances du Pouvoir Exécutif, les Services techniquement déconcentrés, etc. Le MSPP est l'instance du pouvoir exécutif chargé de la formulation de la politique nationale en matière de santé dans le cadre de la politique générale définie par le Chef du Gouvernement. Il assure la régulation et le contrôle de toute action publique ou privée relevant du secteur santé. A cette fin, le MSPP élabore des projets de lois et des règlements, préparant les décisions du gouvernement et participant à leur mise en œuvre. Il est organisé en :

- Services centraux :
  - Le Bureau du Ministre
  - La Direction Générale
  - Les Directions[8]
- Services techniquement déconcentrés : moyens institutionnels mis en place hors des structures centrales internes du Ministère, afin de remplir certaines tâches spécialisées qui leur sont déléguées.
- Services territorialement déconcentrés : relais administratifs du Ministère, ils sont constitués par les services établis sur tout le territoire de la République pour mettre en œuvre la politique des administrations centrales.

[8] Ces Directions sont organisées en services, eux-mêmes divisés en sections.

2.4. Les institutions prestataires des services de santé

Dans un souci d'atteinte des objectifs de sa politique de santé, le système sanitaire haïtien dispose d'un ensemble de moyens pour rendre disponible son offre de services et de soins de santé délivrés à trois niveaux: Primaire, Secondaire et Tertiaire. Ces services et soins sont prodigués par la coexistence d'établissements prestataires à caractère public (relevant de l'Etat Haïtien), privé lucratif (englobant tout un ensemble d'institutions et de professionnels basé exclusivement sur la rentabilité), privé non lucratif (composé en majeure partie des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et ceux classés 'mixtes' où les secteurs public et privé assurent une co-gestion de l'institution en vue de satisfaire les besoins en soins de santé de la population. Dans le cadre de cette étude, les dépenses de santé faites par l'ensemble des sources de financement seront retracées pour ces différentes catégories d'institutions.

2.5. Les institutions sanitaires publiques

Au nombre de 278 institutions,ce sont des structures dont disposent l'Etat pour garantir la protection, lemaintien et le rétablissement de la santé des citoyens sur l'ensemble de son territoire. Elles sont réparties de la manière suivante :

Le premier échelon comprend les dispensaires publics au nombre de 158, les Centres de santé Sans Lits (CSL)au nombre de 47 et les Centres de santé avec Lits (CAL) au nombre de 27. Ils représentent les structures de base du système et sont considérés comme la porte d'entrée du système de santé, permettant à la population d'accéder à un ensemble de services appelé Paquet minimum de services. Cette offre de services comprend des activités de promotion, de prévention et de soins curatifs délivrés essentiellement en ambulatoire (SSPE).

Le niveau secondaire comprend certains hôpitaux dont la mission est d'assurer toute la gamme des soins en médecine interne, maternité, chirurgie, obstétrique, gynécologie et autres. Il se compose de 10 Hôpitaux Départementaux (HD) rattachés aux directions départementales qui jouissent d'une certaine autonomie de gestion et de 24 hôpitaux communautaires de référence (HCR).

Le niveau tertiaire est constitué de 3 hôpitaux Universitaires (HU) et 6 hôpitaux spécialisés qui ont pour vocation de recevoir et traiter les cas référés avec l'offre de soins spécialisés et de contribuer à la formation des spécialistes dans le secteur de la santé.

Il est à noter que la nouvelle politique de santé de 2012 prévoit un réaménagement de ces différents niveaux de la pyramide de soins.

2.6. Les institutions sanitaires privées

Cette catégorie comprend 416 institutions dont des établissements privés à but lucratif qui sont le plus souvent des sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens. Sur le plan financier, l'établissement passe un contrat avec des médecins, associés ou non, pour fonctionner. L'évolution récente a fait apparaître un rôle croissant des investisseurs extérieurs dans l'hospitalisation privée, notamment sous la forme de chaînes de cliniques qui rachètent des établissements existants et permettent l'apport de capitaux plus importants. Ce sont les cliniques, les polycliniques et les cabinets de médecins.

De leur côté, les structures de soins privées à but non lucratif sont des institutions qui fournissent à l'ensemble de la population des services de santé moyennant un frais forfaitaire pour l'ensemble des services fournis. Ces institutions participent le plus souvent au service public hospitalier. Elles sont gérées par une personne morale de droit privé, une association, une fondation ou une congrégation religieuse. Ce sont des institutions hautement subventionnées. Leur comptabilité est de droit privé et les recettes obtenues sont intégralement réinvesties dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients.

2.7. Les institutions mixtes

Ce sont des structures privées à but non lucratif subventionnées par l'Etat soit pour diminuer les frais des services fournis, soit pour payer le personnel médical, ou encore financer des travaux de restructuration tel l'ajout d'un ou de plusieurs services pour mieux répondre aux besoins des gens de la collectivité. Ce sont en général des institutions appartenant à des organisations confessionnelles pour lesquelles l'Etat paye quelques membres du personnel prestataire, elles sont au nombre de 211.

2.8. Les institutions paramédicales

Ces institutions sont très diverses en terme d'activité. Elles disposent d'un ensemble de professionnels qui interviennent après que le médecin ait posé un diagnostic. Ils agissent donc sur prescription médicale. Ce sont les laboratoires d'analyses médicales, les centres de dialyse, les pharmacies, les maisons de lunetterie, les centres ambulanciers, les laboratoires de produits pharmaceutiques, les laboratoires d'examens biologiques...etc. Ces structures vont permettre de retracer les versements directs des ménages en matière de soins connexes à la santé.

2.9. Les compagnies d'assurances

Ces compagnies d'assurances sont impliquées dans le domaine de la protection sociale mais dans le cadre des CNS, on se limite à l'assurance santé-maladie qui prend en charge des honoraires des médecins, les médicaments, des dépenses d'hospitalisation des travailleurs salariés et de leurs

proches selon les clauses du contrat. Ces assurances ne remboursent que 80% des dépenses de santé ; autrement dit, elles ne remboursent pas toutes les dépenses effectuées par les ménages pour l'acquisition des services de santé.

2.10. Les institutions de formation

Ce sont des institutions dont la mission est de former des cadres professionnels destinés à intégrer le système de santé à titre de prestataires de soins ou d'administrateurs du système. Dans cette catégorie on retrouve d'une part les écoles de médecine et, d'autre part les écoles d'infirmières, d'auxiliaires et de laboratoire, constituant l'ensemble des écoles paramédicales.

Les facultés de médecine assurent la formation des futurs médecins de différentes branches indispensables au système pour répondre aux besoins de ses usagers. Le rôle principal de ces institutions est de promouvoir la formation en vue d'offrir à la communauté haïtienne des prestataires de soins qualifiés, principaux piliers de la structure sanitaire nationale. Le développement humain, le bien-être et le droit à la vie sont parmi les principaux concepts constituant la toile de fond des approches didactiques utilisées. Les écoles paramédicales de leur côté assurent la formation des professionnels comme les opticiens lunettiers, les techniciens de laboratoire, les pharmaciens, etc. A travers ces établissements, on peut retracer les dépenses de formation en santé faite par le trésor public et le secteur privé dont les Comptes Nationaux de Santé vont comptabiliser les dépenses de l'exercice fiscal 2010-2011.

CHAPITRE 3

FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE HAITIEN

Parmi tous les facteurs qui influencent le taux d'utilisation ou l'accessibilité des services de santé, on retrouve les ressources financières. Elles déterminent la capacité des individus à payer les soins offerts ou encore la capacité d'un Etat à faire face aux dépenses du système de santé. Les mécanismes de financement représentent avec les systèmes de gestion, d'information et le système clinique, le quatrième pilier de la gouvernance d'un système de santé. «Le financement de la santé a pour objet principal de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique de qualité et des soins individuels efficaces » (OMS, 2000). Un système de financement performant doit permettre au système de santé d'atteindre ses objectifs de productivité, d'équité, d'efficacité et d'efficience.

Les mécanismes de financement de la santé en Haïti s'opèrent à travers trois sources principales :

1. les ménages à travers le paiement direct ou la cotisation dans une assurance. Le schéma via les compagnies d'assurance n'est pas une garantie parce que le ménage paie toujours au point de prestation et le remboursement se fait après, en terme réel c'est toujours le paiement direct puisque le ménage n'aura pas accès aux soins s'il n'est pas solvable au moment où il tombe malade ;
2. l'Etat qui finance la santé à travers son budget. C'est la fiscalisation des dépenses car les ressources qui y sont affectées proviennent des impôts et taxes collectés auprès des citoyens. Ce financement doit être équitable et revêt un caractère de solidarité puisque les services qu'il couvre ne tiennent pas compte de ceux qui ont payé l'impôt ou pas ; et,
3. la coopération externe qui participe largement au financement de la santé sous deux formes : les prêts et les dons. C'est un financement qui passe globalement par les organisations non gouvernementales qui offrent les services à travers leurs propres structures de prestation ou subventionnent ces services au profit des ménages dans des institutions publiques ou privées.

3.1. La Problématique du financement de la santé en Haïti

Dans le monde, particulièrement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, les systèmes de santé se trouvent dans l'obligation de gérer ces flux financiers associés à d'autres types d'informations comme les statistiques de services en lien avec l'évolution des maladies auxquelles font face les systèmes de santé. Haïti ne fait pas exception à cette règle d'autant qu'elle expérimente souvent l'émergence de nouvelles pathologies comme a été le cas avec le choléra, et la tendance à l'endémicité d'autres maladies qui exigent un budget très significatif pour leur contrôle. En Haïti, le financement provient de plusieurs sources et il ne cadre pas toujours avec la politique de santé de l'état axée sur l'allocation optimale et rationnelle des ressources disponibles afin de répondre au mieux aux besoins de la population haïtienne en matière de soins de santé de qualité. Dans ce carrefour très controversé, avoir du financement est une chose, faire une gestion efficace et obtenir de bons résultats en sont une autre et résultent de plusieurs facteurs.

- Est-ce que les données disponibles permettent aux autorités sanitaires de maitriser les mécanismes du financement afin de bien orienter les décisions répondant à des critères d'efficacité et d'équité ?
- Qui finance la santé ?
- Par qui transite le financement ?
- Qu'a-t-on financé ?

Pour rester cohérent avec cette vision des choses, les comptes nationaux de santé considérés comme l'outil efficace pour retracer les flux monétaires injectés dans le secteur permettent de répondre à ce type de questions.

3.2. Le Financement du secteur public

La Constitution du 29 mars 1987 fait obligation à l'Etat de garantir le droit à la santé à la population haïtienne. Pour répondre à cette obligation, des taxes et impôts sont prélevés sur les ménages et des entreprises quelle qu'en soit la taille. De ces montants prélevés, une partie est allouée aux institutions publiques mandatées à financer ou à fournir les services de santé à la population. Le budget du MSPP est le canal par lequel les fonds sont administrés afin de d'assurer la prestation de services de qualité à toute la population. Les fonds du trésor public en santé alloués au MSPP servent généralement à financer les fonctions liées à la régulation, donc les fonctions normatives, et les fonctions liées à la prestation à travers ses différentes infrastructures sanitaires dont la plus grande partie des investissements publics est absorbée par des réhabilitations et des constructions.

3.3. Financement de la coopération externe

Le système de santé haïtien est très dépendant de l'aide externe. Plus d'une dizaine de bailleurs de fonds établissent un partenariat avec le MSPP à travers des dons et des prêts. Ils interviennent tant dans les dépenses d'investissement que dans celles de fonctionnement. Ils constituent les principaux partenaires du financement des programmes appelés programmes prioritaires (TB, SIDA, SR, PEV, Malaria, PCIME, Nutrition, Choléra…). Leur participation prend la forme d'assistance technique, d'achat de médicaments, de formation du personnel, de dotation de matériels et équipements, etc... Les fonds de la coopération externe (prêts ou dons) proviennent de sources bilatérales ou multilatérales. Le financement bilatéral transite par les agences des pays donateurs dont certains traitent directement avec l'Etat et d'autres avec des ONG, tandis que le financement multilatéral passe par les organismes des Nations Unies qui, le plus souvent, coopèrent directement avec les prestataires.

3.4. Financement des ménages

La part des ménages dans le financement de la santé en Haïti est considérable. Ils interviennent au moyen des paiements directs au moment de l'achat des services, ce qui peut constituer une barrière à l'accès aux soins dans la mesure où l'individu ne dispose pas d'argent au moment de se rendre à l'hôpital. L'utilisation d'une assurance comme paiement indirect de services se fait au moyen des cotisations versées aux compagnies d'assurances. Les coûts des soins pour les ménages sont moins élevés dans les institutions publiques que dans les structures privées. Pour les pathologies relevant des programmes prioritaires, ils sont pris en charge par le financement externe. La majeure partie des dépenses des ménages est consacrée à l'achat des médicaments et aux honoraires de médecins dans les institutions privées.

CHAPITRE 4

LE PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX DE SANTE

Les Comptes Nationaux de Santé comme outil qui retrace les données financières, exigent un certain temps de préparation. Cette préparation couvre les différentes étapes de planification, de collecte de données, de traitement et d'analyse. Ce processus devient plus long dans un pays comme Haïti où le système d'information financière favorisant une bonne gestion des informations est peu développé et où la culture de rétention des informations est toujours présente.

4.1. Les champs des Comptes Nationaux de Santé

On fait référence aux « champs » des CNS pour évoquer les limites à considérer dans les dépenses qualifiées de dépenses de santé. Puisque les CNS seront utilisés à titre de comparaison, les champs doivent être les mêmes pour tous les pays afin d'avoir les mêmes bases de comparaison.

4.2. Cadre méthodologique

Pour arriver à la production des CNS 2010-2011, un ensemble de dispositifs a été mis en place par l'équipe technique composée des cadres du Service de l'Economie de la Santé (SES) de l'UPE du MSPP. Il s'agit de la mise en place des comités de pilotage et technique, la préparation et révision des questionnaires, du choix de l'échantillon, la réalisation des enquêtes etc.

Le système de Classification Internationale des Comptes de la Santé (CICS) à travers le Système des Comptes de la Santé (SCS) a été utilisé comme cadre de référence méthodologique. Selon le SCS, les dépenses totales en santé englobent toutes les activités exercées par des institutions ou des individus qui mettent leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales et paramédicales aux services des objectifs suivants :

- «Promouvoir la santé et prévenir les maladies
- Guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée
- Prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacité ou d'handicaps requérant des soins infirmiers
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de la santé publique
- Concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autres mécanismes de financement »[9].

Le SCS comptabilise aussi les dépenses connexes à la santé y compris l'éducation et la formation du personnel de santé, la recherche et le développement dans le domaine de la santé ainsi que les contrôles sanitaires.

Le SCS a été adopté afin d'avoir une version appropriée aux pays à faibles revenus. Cette adaptation des Comptes Nationaux de Santé (CNS), incorpore la dimension des sources de financement qui n'est pas prise en compte par le SCS utilisé dans les pays développés. Le Guide pour l'Elaboration des CNS a été utilisé comme document de référence pour élaborer les CNS 2010-2011 pour Haïti.

Le système des CNS s'appuie sur quatre tableaux croisés:

1) Sources de financement X Agents de financement (FS[10] x HF[11])

2) Agents de financement X Prestataires (HF x HP[12])

3) Agents de financement X Fonctions (HF x HC[13])

4) Prestataires X Fonctions (HP x HC).

Dans le domaine de la comptabilité sanitaire, les classifications sont les principales familles utilisées pour établir ou présenter des tableaux ou des matrices entre deux dimensions permettant de croiser les dépenses (sources de financement par agent de financement, agents de financement par prestataire, prestataires par fonction, agents de financement par fonction). L'avantage de cette méthodologie est de permettre le croisement des données de différentes sources et à différents niveaux de classification, tout en obtenant toujours le même total.

[9] OCDE. Manuel sur le Système de Comptes de la Santé, Page 46.
[10] FS = Source de fonds
[11] HF = Agent de financement
[12] HP = Prestataires de services ou de soins
[13] HC = Fonctions

4.3. Définition et Objectif

Les CNS sontune méthodologie utilisée pour déterminer les tendances des dépenses de santé dans un pays. Ils décrivent les flux de fonds qui circulent à travers un système de santé. Les CNS sont un outil conçu pour aider les décideurs politiques à mieux cerner le financement de leur système afin de formuler des politiques de santé cohérentes et responsables et correspondant aux capacités de mobilisation des ressources. Les CNS permettent un contrôle systématique, exhaustif et cohérent des flux financiers dans le système de santé d'un pays pendant une période donnée. Ils sont conçus de manière à comprendre toutes les informations qui se rattachent à ces flux et à faire ressortir les principales fonctions du financement des soins de santé : mobilisation et allocation des ressources, regroupement des risques et assurances, achat des soins et répartition des bénéfices. Les CNS permettent de répondre aux questions fondamentales suivantes :

1) Qui finance les services de santé dans le pays ?
2) Combien d'argent est dépensé pour la santé ?
3) Quels biens et services a-t-on acheté ?
4) Qui fournit les services?

En d'autres termes, les CNS sont un outil qui rapporte des informations financières destinées à orienter les décideurs dans l'allocation des ressources afin de rendre le système de santé plus performant.

4.4. Délimitation des champs d'application des comptes nationaux de la santé

Pour arriver à distinguer les activités de santé de celles qui ne le sont pas, il est important de faire la délimitation au niveau des frontières des CNS en adoptant la définition la plus claire et reconnue à l'échelle internationale des activités considérées comme activité de santé. Pour délimiter les CNS, on adopte une définition qui intègre trois approches :

1) une approche fonctionnelle qui définit le champs des comptes nationaux de la santé comme toutes dépenses consacrées aux activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé de la population ou des individus ;
2) une approche géographique qui prend en compte le lieu où la dépense a été effectuée et
3) une approche temporelle qui circonscrit les dépenses dans un temps déterminé. Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution ou d'entité qui fournit ou finance les soins. Les CNS sont tributaires d'une méthodologie appropriée et standardisée permettant de faire des comparaisons à l'échelle internationale.

4.5. Formation du comité technique

Le comité technique (CT) est une instance de concertation chargée d'examiner techniquement les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement d'un projet ou des services. Dans le cas des CNS, ce comité est composé de membres ayant des compétences techniques en la matière dont le rôle est de planifier et d'exécuter le projet d'élaboration des CNS en vue de produire le rapport final. Le CT des CNS est composé d'un coordonnateur et de cinq cadres du Service de l'Economie de la Santé de l'UPE.

4.6. Formation du comité de pilotage

Un comité de pilotage (CP) est le groupe de dirigeants chargé de veiller au bon fonctionnement d'un projet au sein d'une entreprise, d'améliorer le suivi et de valider les choix stratégiques. Dans le cadre de l'élaboration des CNS 2010-2011, un comité de pilotage a été mis sur pied suivant cette logique. Il a pour mandat de faciliter la collecte de données en aplanissant les circuits politiques, de valider les choix stratégiques, c'est-à-dire les décisions importantes, et de faire l'arbitrage au besoin. Ce comité est composé de la Haute Direction du MSPP, du DG du MSPP, d'un expert de l'OPS/OMS, du représentant de l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI) d'un cadre du MEF, du Président de l'Association Médicale Haïtienne (AMH), du Président de l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) et des représentants de différentes entités et organisations dont l'Association des Hôpitaux Privés, les principaux bailleurs en santé, quelques ONG, l'Association des compagnies d'assurances d'Haïti, l'Association des Economistes Haïtiens et les Importateurs de Médicaments, matériels médicaux et produits pharmaceutiques.

Les principales responsabilités du Comité de Pilotage sont de:

- ✓ Communiquer les intérêts d'ordre politique à l'équipe technique des CNS
- ✓ Faciliter la collecte des données
- ✓ Faciliter la communication entre l'équipe technique et le niveau politique
- ✓ Appuyer la résolution des problèmes confrontés par l'équipe technique pendant la collecte des données
- ✓ Retourner des commentaires sur les résultats et conclusions de l'étude à l'équipe des CNS

4.7. Collecte des données

Pour la collecte des données, un questionnaire a été préparé pour chaque catégorie d'intervenants avec une méthodologie adaptée à la situation de ces trois catégories d'enquêtés: les prestataires, les agents et les sources de financement.

4.7.1 Identification des sources de données

Les dépenses des ménages, les dépenses de l'État et celles de la coopération externe ont été collectées pour les données sur les sources de financement. Les informations sur les agents de financement ont été collectées auprès des Organisations non gouvernementales, certains ministères et organismes autonomes ainsi que les assurances et quelques organisations internationales. Quant aux données relatives aux fonctions, elles ont été collectées dans les institutions prestataires de service directs ou connexes.

4.7.2 Préparation des outils de collecte

Plusieurs séries de questionnaires ont été préparées en vue de cibler tous les intervenants du secteur. Ces questionnaires recoupent les sources de financement, les agents de financement et les prestataires. Ce sont :

- Questionnaires pour Ministères (Administration publique centrale)
- Questionnaires pour les Assurances
- Questionnaires pour Bailleurs de fonds
- Questionnaires pour ONG et Agences d'exécution
- Questionnaires pour Hôpitaux publics et privés
- Questionnaires pour Centres de soins ambulatoires publics / privés
- Questionnaire pour laboratoires et centres d'imagerie médicale
- Questionnaire pour Pharmacies

4.7.3 La collecte au niveau des sources de données

La collecte de données est un processus long et complexe. Cette situation résulte d'un manque d'organisation des données et de la réticence de certaines institutions à partager les informations dont elles disposent. Toutes les sources de données ont été collectées, c'est-à-dire qu'en grande partie, les flux financiers qui circulent dans le système ont été saisis. Pour certaines catégories de sources de données, l'équipe a procédé par échantillonnage afin de diminuer les coûts et le temps que cela aurait pris pour collecter les informations de toutes les institutions prestataires de services directs et connexes ainsi que de tous les agents de financement. Cependant, l'échantillonnage ne concerne pas toutes les catégories d'institutions car tous les hôpitaux spécialisés, départementaux, et universitaires ont été considérés parce que peu nombreux.

4.7.3.1 Collecte au niveau des sources de fonds

Au niveau de la collecte des données auprès des bailleurs, deux aspects méritent d'être mentionnés. Les questionnaires ont été envoyés par voie électronique, ce qui a évité le déplacement et permis de collecter une autre catégorie simultanément et donc de réaliser une économie de temps. Par contre, les responsables ont mis beaucoup de temps à remplir et retourner les questionnaires qui d'ailleurs n'avaient pas été bien remplis. Ce qui a compliqué le traitement des données recueillies.

En ce qui concerne les ménages, les dépenses ont été collectées de façon indirecte auprès des prestataires de soins. Ceci a facilité le travail et augmenté la fiabilité des informations sur les dépenses réelles au lieu d'avoir à questionner directement les ménages sur les données de leur budget, ce qui aurait augmenté les coûts de l'étude avec le risque d'obtenir des informations plutôt subjectives. La collecte sur les dépenses des ménages en santé a donc été réalisée auprès des prestataires en utilisant les informations sur les recettes des institutions. Il faut noter qu'il a été plus facile de réaliser cette partie de l'enquête auprès des institutions publiques même si leur système d'information financière n'était pas toujours bien structuré.

4.7.3.2 Collecte au niveau des Agents de financement

L'opération de collecte a été très compliquée au niveau des agents de financement qui sont d'ailleurs très nombreux et certains ne sont pas connus. Pour ceux qui sont connus, les questionnaires ont été envoyés tant par voie électronique qu'en copie dure. Pour les autres, ils ont été identifiés à partir des questionnaires reçus des bailleurs qui rapportaient les organisations à qui ils avaient versé des fonds. Un questionnaire leur a ensuite été envoyé. Un suivi constant et tenace a permis de récupérer au moins les questionnaires des ONG qui disposent des montants les plus significatifs. Quant aux compagnies d'assurances, leur participation à l'étude a été très faible avec seulement trois réponses sur une dizaine prévue.

4.7.3.3 Collecte au niveau des prestataires de services

Parmi les prestataires on distingue les institutions publiques et privées, les prestataires directs et ceux des biens ou services connexes. Des questionnaires ont été préparés pour chaque catégorie et l'équipe technique s'est déplacée pour collecter elle-même les informations auprès des institutions. Pour le secteur public, les informations ont été collectées au niveau des hôpitaux spécialisés, départementaux et universitaires. Les

HCR et les CAL ont été collectés à 80%. Le niveau le moins couvert a été les CSL et les dispensaires pour lesquels la majorité des dépenses est consacrée aux salaires du personnel déjà pris en compte à travers le budget exécuté du MSPP. Pour le secteur privé, la bonne collaboration des institutions au niveau des provinces, surtout au niveau des pharmacies et laboratoires d'analyses médicales, a facilité le travail, ce qui a permis de bien cerner les dépenses des ménages notamment celles relatives aux médicaments. L'Ouest s'est révélé le département le plus difficile dans la collecte auprès des prestataires de services auprès tant des prestataires directs que de ceux des services connexes.

4.8. Traitement et analyse des données

Toutes les données collectées ont été saisies et traitées dans une base conçue sur tableur Excel. Une triangulation des données reçues des sources et des agents a été faite afin d'éliminer les possibilités du double comptage et assurer l'exactitude des données. Des clés de répartition ont aussi été utilisées pour ventiler les données agrégées.

L'analyse, a été faite selon la méthodologie des CNS qui s'articule autour de la production des quatre tableaux de base qui permettent le calcul des indicateurs analysés. Tenant compte des objectifs, l'analyse a aussi été poussée au-delà de ces principaux tableaux afin de montrer le poids de certaines pathologies dans les dépenses de santé.

4.9. Codification

Le système de codification adopté est celui d'ICHA1 développé dans le guide méthodologique d'élaboration des CNS.

4.10. Taux de change

Le taux de change moyen de la période était environ de 40HTG pour 1$US

4.11. Limites de l'étude

Les comptes sectoriels de santé de l'exercice 2010-2011 sont une estimation des dépenses pour cette période. Ils ne sont ni exhaustifs, ni parfaits et de ce fait, comportent certaines limites dont quelques-unes sont évoquées ci-dessous:

1- La collecte des données auprès des assurances privées a été extrêmement difficile et a abouti à un pourcentage de données très faible. Ceci a résulté en une sous-évaluation des fonds gérés par les assurances privées dans les DNS.

2- La collecte des données auprès des prestataires privés de toutes catégories n'a pas été facile dans le département de l'Ouest et a aussi abouti à un pourcentage de données très faible pour cette catégorie dans ce département, ce qui a résulté en une sous-évaluation des dépenses des ménages et autres opérateurs du secteur privé.

3- Les biens mobiliers et immobiliers n'ont pas été évalués et n'ont pas été pris en compte dans les DNS, cela a donc contribué à la sous-évaluation des dépenses de l'Etat.

4- L'estimation des dépenses dans les CNS 2010-2011 n'est pas exhaustive car la collecte des données a été faite par échantillonnage. La plus grande partie des dépenses de l'Etat dans la santé est allouée aux salaires qui ne sont pas ventilés par pathologie, ce qui ne permet pas de faire ressortir la vraie participation de l'Etat dans les dépenses par type de maladie.

5- Les dépenses réalisées directement par les agents de financement ne sont pas toujours bien ventilées par prestataires et par fonctions, ceci contribue à gonfler les dépenses de certaines catégories de prestataires et de fonctions.

6- Pour quelques programmes prioritaires, certains partenaires n'ont pas la pratique de faire la ventilation des dépenses par pathologie, ce qui ne permet pas de produire la distribution réelle des dépenses par pathologie et par fonction

CHAPITRE 5

ANALYSE DES RESULTATS DES CNS 2010-2011

Dans l'objectif de rendre les CNS véritablement utiles à la prise de décision, l'analyse des dépenses par provenance des fonds, centres de coût et fonction des dépenses est fondamentale pour une compréhension claire des flux de financement dans le système. Cette compréhension permettra de bien orienter la mobilisation des ressources et d'arriver à une allocation optimale. Ainsi dans cette analyse,

- la source de financement représente la provenance des fonds,
- l'agent de financement est un intermédiaire financier,
- les prestataires sont des centres de coûts
- les fonctions constituent l'objet de la dépense.

5.1. Agrégats généraux

La Dépense de santé par habitant au cours de la période 2010-2011 est estimée à environ 2,520 gourdes ou US $ 63, soit un peu plus que le double de ce qu'elle était cinq ans plus tôt. En effet, les CNS 2005-2006 estimaient à 1,072.87 gourdes ou US $27.32 les dépenses totales de santé par habitant. Ce bond qui permet à Haïti de se retrouver dans la catégorie des pays dont la dépense par habitant est supérieure ou égale au minimum permettant d'assurer un état de santé adéquat à la population est principalement dû à une situation conjoncturelle, donc ponctuelle, marquée par une abondante aide internationale aux victimes du tremblement de terre et du choléra.

En ce qui concerne les grandes composantes du PIB, la consommation finale effective des ménages, en volume, a régressé (-5.6%) par rapport au pic qu'elle avait connu en 2010 en raison de l'aide humanitaire massive dont avaient bénéficié les victimes du séisme.

Principaux agrégats en 2010 - 2011

Libellé	Valeur
Population	10,085,214.00
PIB	297,687,000,000.00
Dépense Nationale de Santé (Gourde)	25,406,097,605.75
Dépense Nationale de Santé par habitant (Gourde)	2,520
Dépense Nationale de Santé par habitant (US$)	63
Dépense Nationale de Santé en % du PIB	8,5%
Dépense de santé du Gouvernement en % du PIB	1%
Dépense du Gouvernement en % DNS	9%
Dépenses de santé du Gouvernement par Habitant (gourdes)	233
Dépense de santé du Gouvernement par habitant (US$)	5.82
Dépense du Reste du Monde en % DNS	86%
Dépense des ménages en % DNS	4%
Dépense des entreprises en % DNS	1%

5.2. Analyse des dépenses par source de financement

Les dépenses nationales de santé comprennent deux composantes :les dépenses totales et les dépenses connexes à la santé. Au cours de la période 2010-2011, elle est estimée à 25,406,097,605.75 gourdes, soit l'équivalent de 635,152,440.14 dollars américains. C'est l'année où l'ampleur des dépenses a été la plus grande. Ceci est dû à deux événements particuliers qu'a connus Haïti au cours de cette période, à savoir le tremblement de terre et l'apparition du choléra. Ces situations inhabituelles ont fait exploser les dépenses par rapport aux périodes antérieures, en les portant à 8,5% du PIB. La période 2010-2011 a été exceptionnelle dans la mesure où ces deux événements ont drainé beaucoup de ressources financières dans le système de santé afin de venir en aide aux victimes.

Ces dépenses sont financées par des sources multiples ainsi réparties : 2,348,320,807.71 gourdes (58,708,020.19 dollars américains) représentant 9% de la dépense nationale de santé proviennent du secteur public ; 1,169,465,855.33 gourdes (29,236,646.38 dollars américains) équivalent à 5% des dépenses sont financés par les fonds privés et 21,888,310,942.71 gourdes (547,207,773.57 dollars américains), soit 86% de la DNS proviennent de la coopération externe.

Tableau 1:Répartition de la Dépense Nationale de Santé par source de fonds pour la période 2010-2011

Sources de fonds	Montant (Gourdes)	Montant (US $)	% DNS	Dépense par habitant (US$)
Etat	2,348,320,807.710	58,708,020.19	9.%	6
Entreprises	299,882,469.400	7,314,206.57	1%	1
Ménages	869,583,385.930	21,209,350.88	4%	2
Coopération externe	21,888,310,942.71	547,207,773.57	86%	54
Total	**25, 406, 097,605.75**	**635, 152,440.14**	**100%**	**63**

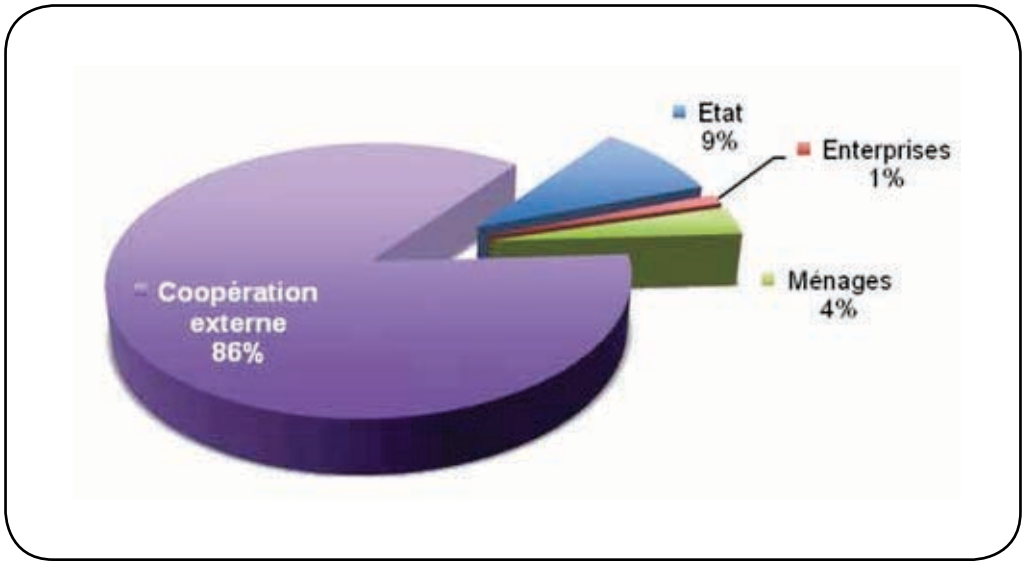
5.2.1. Distribution de la Dépense de Santé par Source de Financement

Les dépenses de santé en Haïti sont financées par trois sources principales, à savoir le trésor public, la coopération externe et les fonds privés.

Ainsi, les dépenses publiques sont financées par les fonds du trésor public qui proviennent des fonds de l'administration publique. Les dépenses de la coopération externe sont financées par les fonds bilatéraux et multilatéraux, les ONG internationales et la coopération décentralisée alors que les fonds privés sont alimentés par les ménages et les employeurs.

Graphique1:

Répartition de la Dépense Nationale de Santé par Source de Financement (2010-2011)



5.2.2. Analyse du financement du trésor public

Le trésor public finance les dépenses de santé à hauteur de 2,348,320,807.71 gourdes qui représentaient 9% des dépenses nationales de santé et 2% du budget national pour la période 2010-2011. La participation du secteur public dans les dépenses de santé devient de plus en plus faible en terme relatif par rapport à l'explosion des dépenses qui étaient surtout financées par les fonds externes. En termes de financement public, seuls les fonds de l'administration centrale supportent les dépenses publiques de santé car les collectivités territoriales n'ont pas encore d'autonomie financière leur permettant de participer à ces dépenses. La part importante de l'aide externe dans les dépenses publiques s'explique par l'élan de solidarité lancé par la communauté internationale pour venir en appui au pays au lendemain du séisme et du choléra.

5.2.3. L'analyse du financement de la coopération externe

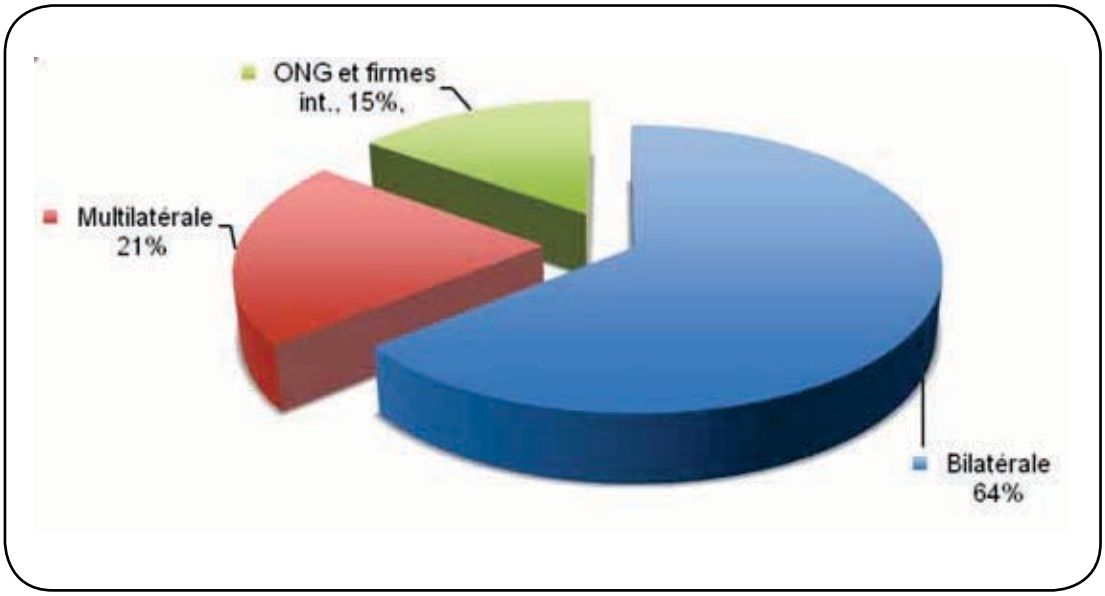
Cette source comprend quatre entités dont la coopération décentralisée avec un apport relativement faible. Ces entités assurent un financement de 21,888,310,942.71 gourdes dont la distribution est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 2

Structure du financement de la coopération externe dans les dépenses de santé en 2010-2011

Sources	Montant (gourdes)	Pourcentage
Bilatérale	13, 963, 295,502.41	64%
Multilatérale	4, 553, 237,319.32	21%
ONG et firmes internationales	3, 366, 034,819.03	15%
Coopération décentralisée	5, 743,301.94	0.28%
Total	**21, 888, 310,942.71**	**100%**

Graphique 2 : Distribution des fonds de la coopération externe (2010-2011)



La coopération externe est la principale source de financement du secteur de la santé en Haïti. Cette coopération est variée et provient de quatre sources : les agences bilatérales, les sources multilatérales, les ONG internationales et la coopération décentralisée. Chaque entité a fourni respectivement 13,963,295,502.41 gourdes soit 64% des fonds de la coopération externe; 4,553,237,319.32 soit 21%; 3,366,034,819.03 gourdes qui représente 15% et 5,743,301.94 gourdes représentant 0,28% des fonds de la communauté internationale. Elle finance la santé pour un montant de 21,888,310,942.70 gourdes, équivalent à 547,207,773.57 dollars américains et représentant 86% des dépenses nationales de santé.

La part la plus importante du financement de la coopération externe reste encore entre les mains de l'extérieur pour en assurer la gestion. En effet, 81% sont gérés par le reste du monde, 14% par le secteur public et 5% par le privé. L'exercice 2010-2011 a été une année particulière pour Haïti dans la mesure où la coopération internationale avait été mobilisée pour venir en aide au pays dévasté par le tremblement de terre du 12 Janvier 2010 et le choléra qui a frappé le pays à la fin de la mêmes année Cette mobilisation a drainé beaucoup de fonds pour venir en aide aux victimes de la catastrophe et de l'épidémie. Face à cette situation, beaucoup d'ONG avaient installé des structures sanitaires afin de suppléer au disfonctionnement des structures existantes. Cette tendance s'est ensuite accentuée avec l'apparition du choléra. En temps normal, même si l'aide externe contribue fortement dans les dépenses de santé en Haïti, elle ne le fait pas dans une si forte proportion.

5.2.3. Analyse du financement privé

Bien qu'il soit composé de plusieurs entités (employeurs, ménages, assurances et institutions à but non lucratif), le secteur privé a très peu participé au financement de la santé dans le pays au cours de l'exercice 2010-2011, Le financement total de cette source est évalué à 1,169,465,855.33 de gourdes, soit 5% de la DNS. De ce montant, la part des ménages est évaluée à 869,583,385.93 gourdes équivalent à 4% de la DNS.

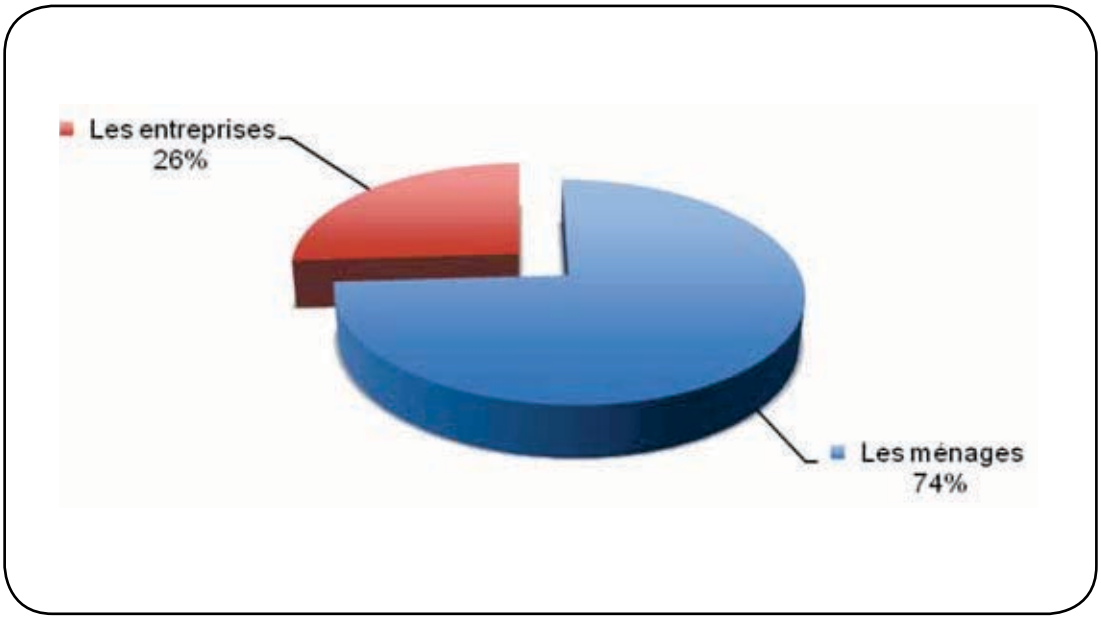
Avec un système de protection sociale très peu développé, les ménages haïtiens ne sont pas très protégés contre les dépenses catastrophiques, ni contre les risques financiers. Ceci explique en partie la faible participation des ménages à la dépense nationale de santé. Un autre facteur restela présence des organisations non gouvernementales qui financent plusieurs institutions sans but lucratif au profit des ménages. Ces instances qui comprennent aussi des organismes multinationaux et bilatéraux interviennent dans le financement des programmes prioritaires qui sont en général les principales catégories des dépenses de santé pour les ménages. C'est le cas par exemple pour les soins en santé maternelle et infantile et en santé de la reproduction. Pour la période 2010-2011, la participation des ménages représentait 4% des dépenses totales de santé ; ce qui est inhabituel dans la mesure où les principaux problèmes de santé auxquels les ménages ont été confrontés, étaient pris en compte par les partenaires d'Haïti après le tremblement de terre et l'apparition du choléra. La contribution des ménages représente malgré tout 74% des fonds privés.

Tableau 3: Distribution du financement privé dans les dépenses de santé(2010-2011)

Sources	Montant (gourdes)	Pourcentage
Les ménages	869, 583,385.93	74%
Les entreprises	299, 882,469.40	26%
Total	**1, 169, 465,855.33**	**100%**

On note dans le tableau ci-dessus que la contribution des ménages ne reflète pas la participation réelle de ceux-ci dans la dépense nationale de santé, comparé à la tendance des années antérieures où elle se situait autour de 40%. Ceci peut s'expliquer du fait qu'après le séisme, un système de quasi gratuité des soins s'est installé dans le pays et a suppléé aux dépenses des ménages. De ce fait, les paiements directs sont devenus presque inexistants pour cette période.

Graphique 3 :Distribution du financement privé dans les dépenses de santé (2010-2011)



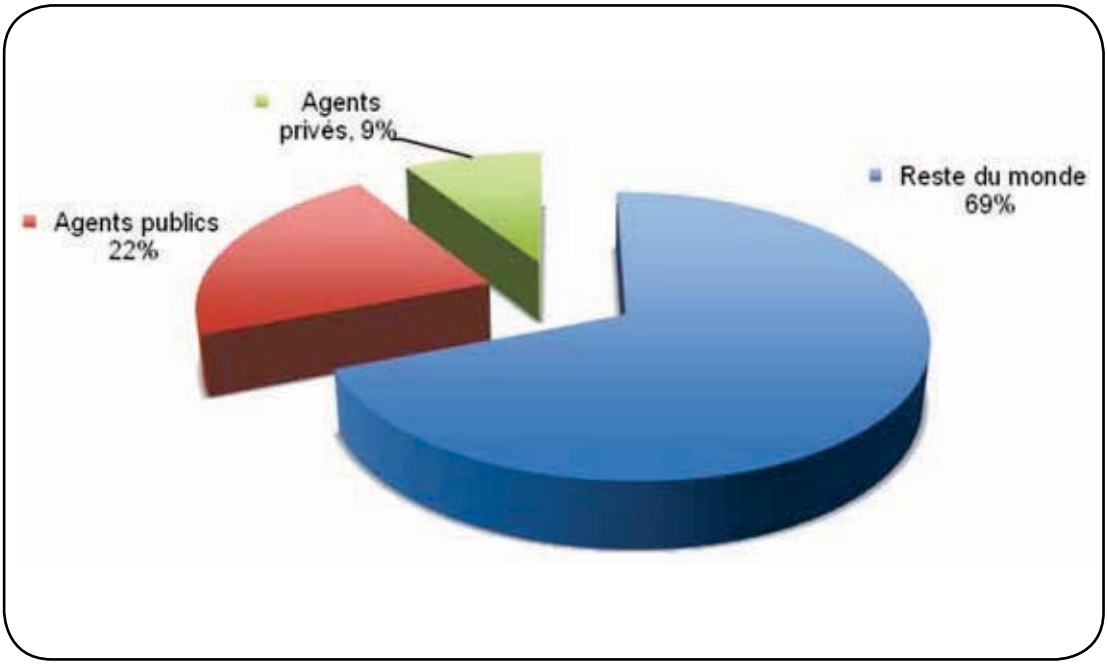
5.3. Analyse des dépenses par agent de financement

Les agents de financement sont les acteurs du système de santé chargés de mettre en commun les ressources collectées auprès de différentes sources et de les distribuer entre les prestataires. Le système de santé haïtien compte une multiplicité d'agents de financement qui sont regroupés en trois catégories : les agents du secteur public, ceux du secteur privé et le reste du monde. Le tableau suivant présente la distribution globale des fonds gérés par les agents de financement avec 22% attribué aux agents publics, 9% aux agents privés et 69% aux agents du reste du monde. Le reste du monde apparait comme le principal agent de financement de même qu'il est la principale source. En d'autres termes, « je donne, donc je gère ».

Tableau 4 : Distribution des fonds par agents de financement dans les dépenses de santé, 2010-2011

Agents	Montant (gourdes)	Pourcentage
Agents publics	5, 470, 515,914.40	22%
Agents privés	2, 166, 276,769.85	9%
Reste du monde	17, 769, 304,921.49	69%
TOTAL	**25, 406, 097,605.74**	**100%**

Graphique 4 : Distribution des fonds par agents de financement dans les dépenses de santé 2010-2011



5.3.1. Analyse des fonds gérés par le secteur public

Le secteur public comme agent de financement comprend le Ministère de la Santé, les autres ministères et organismes de l'État, et le régime d'assurance des fonctionnaires publics chargés de la gestion des fonds destinés à la santé. Les fonds de ce secteur proviennent du trésor public, de la coopération externe et des fonds privés ; chacun dans des proportions différentes. Le secteur public gère 5,470,515,914.40 gourdes du financement de la santé, soit 22% des fonds totaux. Il occupe la deuxième position parmi les agents de financement en termes de fonds reçus et le Ministère de la Santé en est le premier bénéficiaire avec 4,925,979,335.25 gourdes qui représente 90% des fonds gérés par les agents de financement public dont la coopération externe en est le premier fournisseur. Ils contribuent au financement de la gouvernance du système et des prestations fournies dans les institutions sanitaires publiques et les institutions mixtes dont la plupart sont confessionnelles.

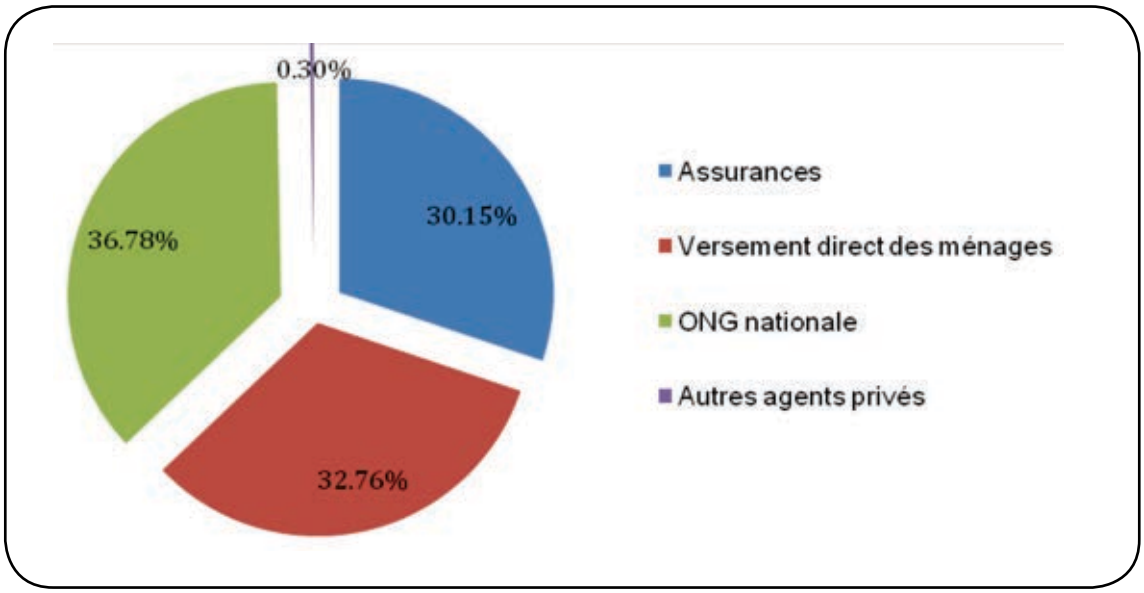
5.3.2. Analyse des fonds gérés par le secteur privé

Les agents du secteur privé ont géré la plus faible part du financement de la santé en Haïti. Cela s'explique surtout par la faible intermédiation des compagnies d'assurances entre les prestataires et les consommateurs des services de santé mais aussi par les faibles paiements directs effectués par les ménages. Les actes médicaux sont payés directement tant par les ménages que par les organisations non-gouvernementales qui financent largement les services.

Tableau 5 : Distribution des fonds gérés par les agents privés dans les dépenses nationales de santé 2010-2011

Agents privés	Montant (gourdes)	Pourcentage
Assurances	649,883,031	30.5%
Versement direct des ménages	706,206,227	32.6%
ONG nationale	792,857,298	36.6%
Autres agents privés	6,498,830	0.3%
TOTAL	**2 166 276 769.86**	**100%**

Graphique 5 :Distribution des fonds gérés par les agents privés dans les dépenses nationales de santé 2010-2011



Ce secteur est composé des compagnies d'assurances, des versements directs des ménages, des ONG nationales et des autres fonds privés. Il a géré un montant de 2,166,276,769.85 gourdes, soit 8.5% du financement total de la santé. La répartition des fonds reçus est la suivante : 36.6% pour les ONG nationales, 32.6% pour le versement direct des ménages, 30.5% pour les assurances, et 0.3% pour autres fonds privés

Le versement direct des ménages est au deuxième rang des gestionnaires de fonds à titre d'agents privés, c'est-à-dire que les ménages constituent le deuxième fournisseur de fonds aux agents de financements privés. Ces fonds sont destinés à payer les honoraires des médecins, les analyses médicales et à acheter les médicaments. Les 30.5% des fonds gérés par les assurances montrent qu'en tant que mécanismes de financement ne sont pas véritablement intégrées dans la gestion des fonds et que le mécanisme de paiement direct des services domine le système.

La principale source de financement (coopération externe) n'a versé aucun fonds aux assurances et a préféré le canal des ONG pour transiter les leurs. Cette approche ne constitue pas une garantie dans la mesure où elle pénalise ceux qui n'ont pas une institution financée par des ONG à leur proximité alors que si on avait un système bien établi et une bonne gestion des assurances, n'importe qui pourrait se rendre dans n'importe quelle institution pour se faire soigner et être remboursé suivant des conditions préétablies. Cette situation ne contribue pas non plus à organiser et pérenniser le système.

5.3.3. L'analyse des fonds gérés par le reste du monde

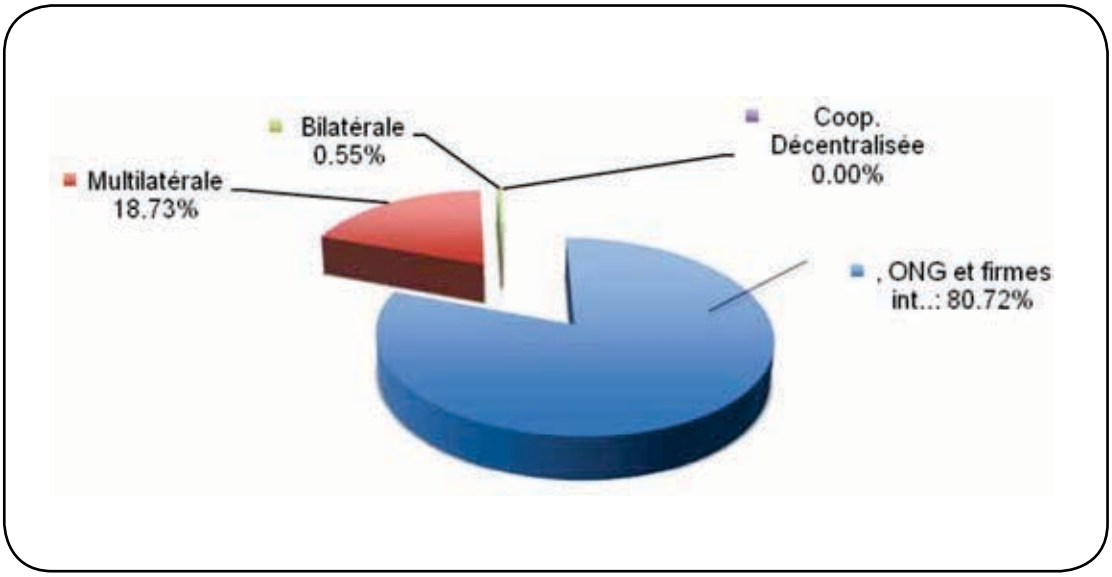
Tableau 6 : Répartition des fonds gérés par le reste du monde dans les dépenses nationales de santé 2010-2011

Agents du reste du monde	Montant (Gourdes)	Pourcentage
Bilatérale	97, 373,724.61	0.55%
Multilatérale	3,329,064,751.64	18.73%
ONG et firmes internationales	14,342,866,445.24	80.72%
Coopération décentralisée	-	0.00%
TOTAL	**17, 769, 304,921.49**	**100.00%**

Cette catégorie d'agent de financement comprend les organisations non gouvernementales et les firmes internationales. Elle inclut aussi certaines sources jouant le rôle de gestionnaire de fonds en distribuant des fonds jusqu'aux institutions. En termes de fonds à gérer, le reste du monde est le premier agent de financement dans le système. Il dispose d'un montant de 17,769, 304,921.49 gourdes représentant 70% des dépenses nationales de santé.

La coopération externe étant le plus grand pourvoyeur de fonds en est aussi le premier gestionnaire. Les ONG et firmes internationales gèrent plus de la moitié des ressources financières dépensées dans la santé en Haïti, avec 14,342,866,445.24 gourdes. Globalement, la coopération externe gère 81% du financement qu'elle accorde à la santé dans le pays et 70% du total des fonds. Parallèlement, les fonds gérés par les ONG sont financés à 68% par la coopération bilatérale, 11% par la coopération multinationale et 21% de fonds propres.

Graphique 6 : Distribution des fonds gérés par le reste du monde (2010-2011)



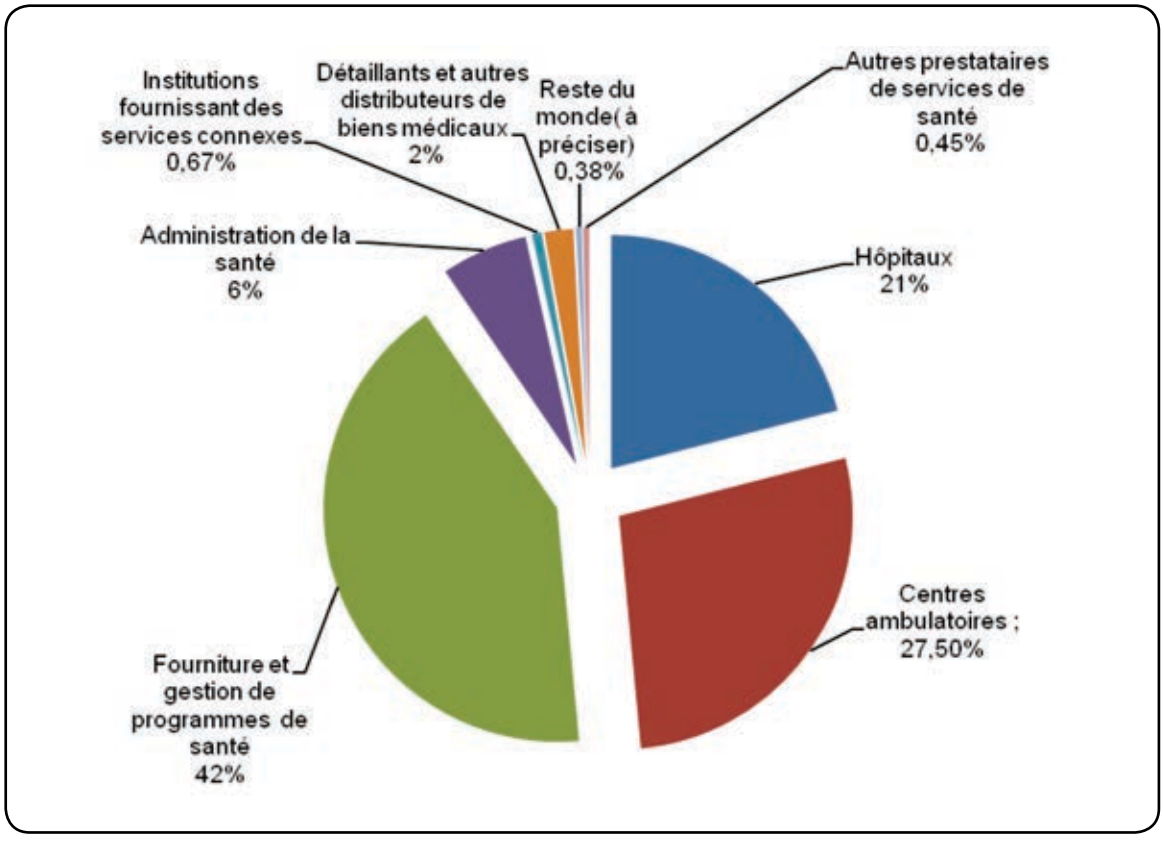
5.4. Analyse des dépenses des prestataires par catégorie

Les prestataires de services de santé constituent l'ensemble des institutions qui fournissent des services de santé. Dans cette catégorie, on retrouve les hôpitaux, les distributeurs de biens médicaux, les laboratoires et pharmacies, les prestataires de soins ambulatoires, les prestataires de services connexes, l'administration générale de la santé et d'autres prestataires de services de santé. Ils représentent les principaux centres de coûts qui consomment les dépenses financées par les agents de financement et qui assurent la prestation des services de santé aux consommateurs. Le tableau ci-dessous décrit les fournisseurs des services de santé et les fonds qu'ils absorbent.

Tableau 7 : Distribution des dépenses par catégories de prestataires

Prestataires	Montant (gourdes)	Pourcentage
Hôpitaux	5, 294, 256,163.83	21.00%
Centres ambulatoires	7, 148, 264,798.40	27.50%
Fourniture et gestion de programmes de santé	10, 738, 247,147.08	42.00%
Administration de la santé	1, 516, 569,866.13	6.00%
Institutions fournissant des services connexes	168, 967,830.05	0.67%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	408, 319,674.72	2.00%
Reste du monde (à préciser)	97, 218,915.01	0.38%
Autres prestataires de services de santé	34, 253,210.53	0.45%
TOTAL	**25, 406, 097,605.75**	**100.%**

Graphique 7: Distribution des dépenses de santé par catégories de prestataires (2010-2011)



L'analyse montre que les ménages ne constituent pas les véritables bénéficiaires des fonds injectés dans le système. En effet, 42% de ces fonds sont consacrés à la fourniture et à la gestion des programmes de santé, comparé à 21% pour les hôpitaux et 28% pour les soins ambulatoires. Lorsque les ménages orientent l'utilisation des ressources, la part la plus importante se retrouve au niveau des médicaments et des centres de soins. Le sous-financement des services de santé connexes révèle le niveau d'importance accordé à la formation et à la recherche qui sont deux éléments sur lesquels le gouvernement pourrait s'appuyer pour développer un système performant.

5.5. Analyse des dépenses par fonctions

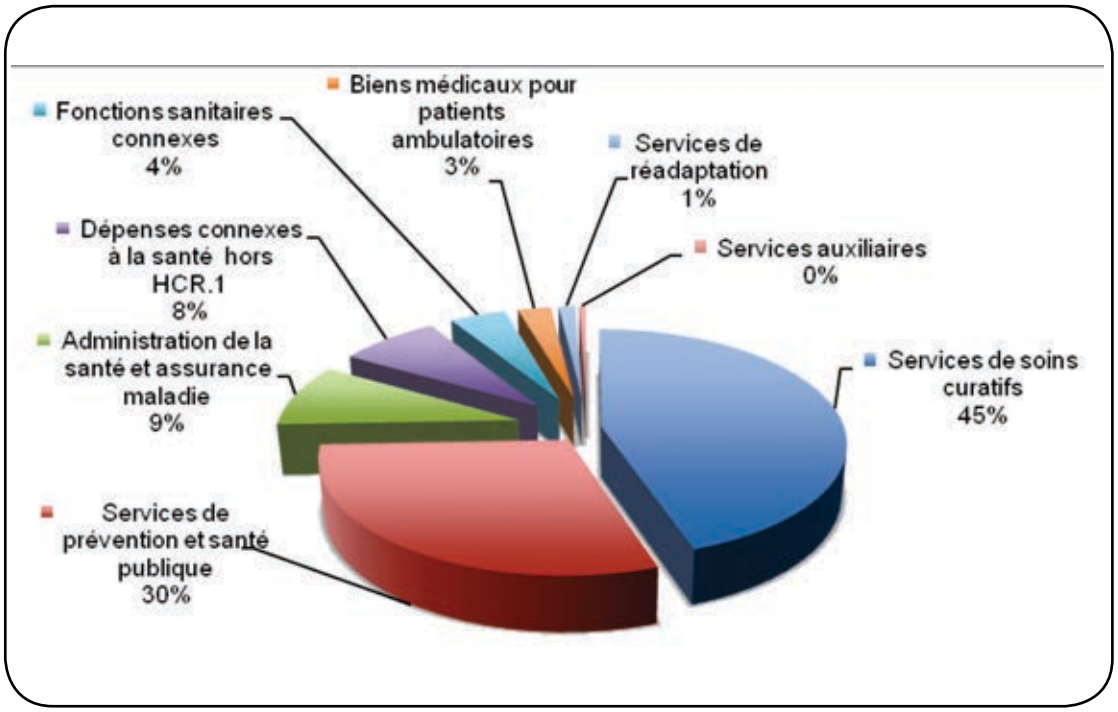
Regroupés en huit catégories, les fonctions sanitaires représentent les véritables activités de prestations de services de santé. Les fonctions sanitaires sont constituées par un ensemble d'activités dont la fonction est de prévenir ou rétablir la santé de la population. Ce sont des actes médicaux, paramédicaux et des services connexes fournis par des institutions médicales et paramédicales et des prestataires de services connexes. Ce sont les contreparties des coûts absorbés par le système sanitaire. Le tableau suivant présente la structure de distribution des dépenses par fonctions :

Tableau 8 : Distribution des dépenses de santé par fonction, exercice 2010-2011

Fonctions	Montant (gourdes)	Pourcentage
Services de soins curatifs	11,378,177,620.00	45%
Services de réadaptation	337, 741,908.00	1%
Services auxiliaires	136, 276,930.00	0%
Biens médicaux pour patients ambulatoires	664, 497,060.73	3%
Services de prévention et santé publique	7, 519, 899,453.00	30%
Administration de la santé et assurance maladie	2,270,815,159.50	9%
Fonctions sanitaires connexes	1, 117, 489,281.58	4%
Dépenses connexes à la santé hors HCR.1[15]	1, 981, 200,195.52	8%
TOTAL	**25,406,097,605.75**	**100.00%**

[15] HCR.1 Dépenses relatives à la formation de capital des établissements prestataires de soins de santé

Graphique 8 : Distribution des dépenses de santé par fonction, exercice 2010-2011



Ces fonctions sont regroupées en plusieurs catégories: les soins curatifs, les soins préventifs, l'administration du système, les services connexes à la santé, les biens médicaux, les produits pharmaceutiques et autres. La somme d'argent répartie entre les prestataires va principalement au paiement des soins curatifs avec 45% et aux soins préventifs avec 30%. Certains déterminants de la santé sont catégorisés dans les dépenses connexes alors que ces dernières ne représentent que 12% des dépenses. Ceci démontre que le système de santé est peu développé car il y a peu d'investissements dans les équipements, la recherche et développement, la formation et l'éducation ainsi que l'hygiène du milieu. Bien entendu, dans la mesure où il y a une bonne affectation des ressources et une rationalisation des dépenses, ce pourcentage devrait être plus élevé, surtout si les dépenses totales sont élevées.

La deuxième fonction qui consomme une grande partie des dépenses est celle des soins préventifs. Les fonctions préventives jouent un rôle de sentinelle dans le système et absorbent environ 30% des dépenses. Cette fonction contribue à un plus grand contrôle des maladies et à la réduction de l'ampleur des soins curatifs qui contribuent à presque la moitié des dépenses. Ces résultats devraient amener le gouvernement à questionner l'efficacité, mais surtout la réallocation des ressources par rapport à d'autres fonctions connexes telles que l'hygiène du milieu, la formation et la recherche.

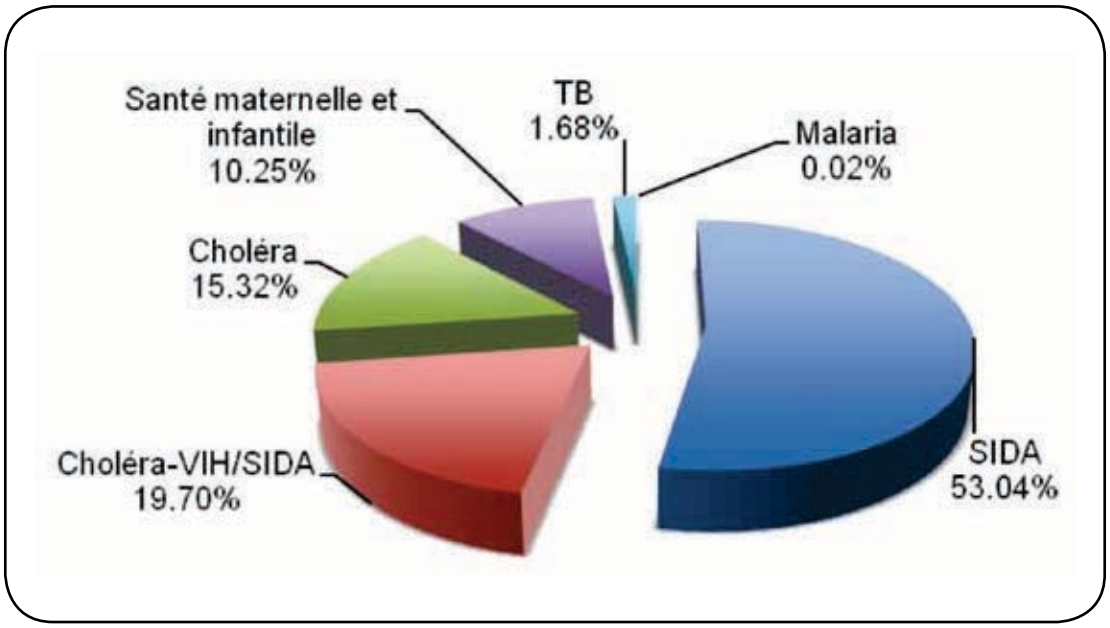
5.6- Analyse des dépenses par domaine

Le système de santé s'intéresse normalement à toutes les pathologies qui se manifestent dans l'environnement sanitaire du pays. Mais certaines d'entre elles sont plus fréquentes, très contagieuses et avec des taux de mortalité très élevés. Celles-ci méritent une attention particulière d'autant qu'elles sont classées comme programmes prioritaires par le gouvernement. Une analyse plus spécifique a été faite sur chacun de ces programmes afin de voir leur poids respectif dans les dépenses nationales de santé. Cette analyse permet aux autorités de mieux comprendre les fonds absorbés par chaque programme et de procéder à de nouvelles orientations si cela se révèle pertinent, dans le cadre d'une politique publique axée sur ces programmes qui couvrent des maladies qui, pour la plupart, sont devenues endémiques en Haïti. Ce sont le SIDA, la Tuberculose, la Malaria et le Choléra. Les domaines de la santé maternelle et de la santé infantile font aussi partie de ces programmes prioritaires. Globalement, ces domaines absorbent plus de la moitié des dépenses de santé en Haïti, soit 13,251,097,112.10 gourdes. A ce montant s'ajoute une valeur très significative de 3,250,37,108.10 gourdes dépensé pour le choléra et le VIH (non ventilé et sans clé de répartition). Cela donne une valeur totale de 16,501,234,220.20 gourdes, soit plus de 64% des dépenses nationales de santé. Une distribution de ces dépenses permettra de mieux juger la nature de l'allocation des ressources et des conséquences possibles sur l'ensemble du système. Le financement de l'Etat pour ces programmes est faible et même absent pour certaines pathologies, cela est dû en partie au fait que sa contribution est sous-estimée puisqu'il paie les salaires qui ne sont pas ventilés pour chaque domaine. Par contre, une étude des comptes spécifiques pourrait en révéler les détails. On notera aussi que les fonds privés n'ont pas financé les dépenses liées aux domaines prioritaires. La répartition de ces ressources est très inéquitable et se révèle très préjudiciable au développement du système dans la mesure où certaines fonctions et pathologies sont négligées. D'autre part, le rôle du MSPP en tant que régulateur du système dans l'orientation du financement est très faible ; le régulateur ne participe pas vraiment aux décisions sur l'allocation des ressources vers les domaines où la définition des besoins l'aurait identifié comme nécessaire. La nouvelle politique de santé prend en compte cet aspect et oriente vers la correction de cet état de fait.

Tableau 9: Distribution des financements de santé par programmes prioritaires (2010-2011)

Domaine	Montant	Pourcentage
SIDA	8, 751, 886,399.98	53.04%
TB	277, 595,026.21	1.68%
Malaria	2, 950,291.00	0.02%
Santé maternelle et infantile	1, 691, 103,912.71	10.25%
Choléra	2, 527, 561,482.34	15.32%
Choléra-VIH/SIDA	3, 250, 137,108.10	19.70%
TOTAL	**16, 501, 234,220.20**	**100.00%**

Graphique 9:Distribution des fonds de santé par programmes prioritaires



5.6.1. Analyse des dépenses pour le SIDA

Le SIDA est la pathologie qui a absorbé la plus grande partie des dépenses. Elle fait l'objet d'une allocation qui ne tient pas compte de l'ensemble des besoins du système; les fonds alloués au SIDA sont estimés à 34% de l'ensemble des fonds dépensés dans la santé et 53% des fonds absorbés par les cinq principaux domaines préalablement cités. Cette situation témoigne des problèmes d'allocation existant dans le système puisqu'il ne reste que 47% de ressources pour les cinq autres domaines bien que tous fassent partie des priorités. Il est évident que les fonds destinés au SIDA sont insuffisants mais à cause de la criante disparité,

ne faudrait-il pas sortir de la logique de verticalité des programmes et penser au système dans son ensemble. Ce qui permettrait une allocation plus rationnelle des ressources, le renforcement de la capacité et de la performance globale du système de santé.

5.6.2. Analyse des dépenses pour le choléra

En 2010-2011, le choléra était à sa première année de propagation en Haïti. Il a fait de nombreuses victimes et drainé un financement significatif s'élevant à 2,527,561,482.34 gourdes, équivalent à environ 10% des dépenses nationales de santé et 15% des dépenses des six domaines. Il est classé en deuxième position en termes de fonds alloués aux six domaines prioritaires. Le choléra mérite encore plus d'attention en termes de financement vu qu'il intervient aussi dans l'axe préventif comme l'hygiène du milieu qui est un domaine connexe à la santé mais très important dans le contrôle des maladies transmissibles. C'est la pathologie qui a absorbé le plus de fonds publics et le moins de fonds privés pour la période 2010 - 2011.

5.6.3. Analyse des dépenses pour la malaria

Les dépenses effectuées au titre de la malaria sont très faibles malgré que cette pathologie soit sur la liste des programmes prioritaires. Son financement représente 0,022% des fonds accordés aux six pathologies, ce qui est négligeable dans le total des dépenses nationales de santé. Pourtant, elle représente la première cause de mortalité chez les enfants de moins d'un an. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation car elle n'est pas transmissible et son traitement ne coute pas cher. Par contre, étant donné qu'elle représente la première cause de mortalité chez les enfants de moins d'un an qui sont une couche très vulnérable de la population, elle mérite d'avoir une meilleure allocation dans le financement accordé aux programmes prioritaires ou une meilleure gestion des ressources allouées d'autant plus que la diminution de la mortalité infantile reste une des priorités du MSPP.

5.6.4. Analyse des dépenses pour la santé maternelle et infantile

Le domaine de la santé maternelle et infantile est un domaine très sensible et devrait faire partie d'une politique publique car il est étroitement lié à la croissance de la population et le point de départ du contrôle des naissances. Il reçoit 10% des fonds alloués aux programmes prioritaires et 4% des dépenses nationales de santé. Le besoin de faire baisser le taux de mortalité maternelle, jusqu'à présent toujours élevé, recommanderait une meilleure allocation ou une gestion plus efficace des ressources allouées à ce domaine.

5.6.5. Analyse des dépenses pour la Tuberculose

La tuberculose est endémique en Haïti depuis plusieurs années mais elle est en nette régression grâce aux efforts combinés des pouvoirs publics et des partenaires étrangers. Avec 2% des fonds alloués aux programmes prioritaires et représentant 1% de l'ensemble des dépenses de santé, la tuberculose reçoit un traitement équitable vu sa représentativité parmi les problèmes de santé dans le pays. A noter que les dépenses y relatives sont beaucoup plus élevées puisque les séropositifs du SIDA ont en général les symptômes de la tuberculose et sont pris en charge par les fonds du VIH.

CONCLUSION

LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINS EXERCICES DES CNS

Il est certain que toutes les sources potentielles de données secondaires sur les dépenses de santé n'ont pu être identifiées lors de cet exercice des CNS. Dans l'optique de pérenniser les CNS il est du ressort du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'approfondir cette démarche (l'identification des sources de données secondaires).

Le Ministère de la Santé devra anticiper les contraintes d'exploitation des données fournies par les autres administrations en leur suggérant, de concert avec le Ministère de l'Economie et des Finances, et celui de la Planification et de la Coopération Externe, un certain niveau de désagrégation à prendre en compte dans la conception des outils de collecte ou la présentation des résultats.

Il est souhaitable que pour les exercices des CNS à venir, (i) le Ministère de la Santé renforce sa collaboration avec les autres Administrations et Institutions publiques pour la mise à disposition de données secondaires ; (ii) la collecte de données primaires devra se limiter à la coopération internationale et aux ONG ; (iii) les enquêtes auprès des prestataires ou des entreprises doivent se limiter à un échantillon et devront être réalisées uniquement dans le but d'obtenir des clés de répartitions ; (iv) la Direction chargée du Système d'Information Sanitaire devra compiler les informations financières (sources et utilisation revenus) des formations sanitaires sur une base régulière.

Une meilleure collaboration des partenaires est souhaitable afin de favoriser la collecte des données mais aussi pour recueillir des données avec un niveau de désagrégation acceptable. Par ailleurs, l'institutionnalisation et l'intersectorialité dans la réalisation des CNS en Haïti nécessiteront la mise en place d'un cadre formel de concertation.

Annexes

ANNEXE 1 – TABLEAUSOURCE X AGENT

Distribution des dépenses de santé (Gourdes) par sources de financement de fonds et agents de financement

Agents de financement	Sources de financement				TOTAL
	Fonds Publics	Fonds Privés	Reste du monde		
			Coopération multi et bilatérale	ONG et firmes internationales	
Coopération bilatérale	-	-	97, 373,724.61	-	97, 373,724.61
Coopération multilatérale	-	-	3, 015, 360,184.87	313, 704,566.77	3, 329, 064,751.64
Coopération décentralisée	-	-	-	-	-
ONG et firmes int.	-	-	11, 298, 031,326.18	3, 044, 835,119.06	14,342,866,445.24
Agents Publics	2, 348,320,807.71	5, 119,956.84	3, 109, 580,016.65	7, 495,133.20	5, 470, 515,914.40
Agents Privés	-	1, 164, 345,898.49	1, 001, 930,871.36	-	2, 166, 276,769.85
TOTAL	**2, 348,320,807.71**	**1, 169, 465,855.33**	**18, 522, 276,123.67**	**3, 366, 034,819.03**	**25, 406, 097,605.75**

ANNEXE 2- TABLEAU AGENT X PRESTATAIRE

Distribution des dépenses de santé par catégories de prestataires et agents de financement

Prestataires	Agents de financement En gourde			
	Agents publics	Agents privés	Reste du monde	TOTAL
Hôpitaux	661, 608,862.41	692, 477,271.26	3, 940, 170,030.16	5, 294, 256,163.83
Centres ambulatoires	800, 630,678.35	1, 094, 294,046.021	5, 253, 340,074.03	7, 148, 264,798.40
Fourniture et gestion de programmes de santé	2, 634, 287,719.23	13, 956,723.37	8, 090, 002,704.48	10, 738, 247,147.08
Administration de la santé	1, 240,417,505.76	-	276, 152,360.37	1, 516, 569,866.13
Institutions fournissant des services connexes	97, 479,500.00	-	71, 488,330.05	168, 967,830.05
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	36, 091,648.65	268, 329,814.19	103, 898,211.88	408, 319,674.72
Reste du monde	-	97, 218,915.01	-	97, 218,915.01
Autres prestataires de services de santé	-	-	34, 253,210.53	34, 253,210.53
TOTAL	**5, 470, 15,914.40**	**2, 166, 276,769.85**	**17, 769, 304,921.49**	**25, 406, 097,605.75**

ANNEXE 3 – TABLEAU AGENTS X FONCTIONS

Distribution des dépenses de santé par agents de financement et fonctions

Fonctions	Agents de financement en gourdes				TOTAL
			Reste du monde		
	Public	Privé	Coopération multi et bilatérale	ONG, Fondations et Firmes internationales	
Services de soins curatifs	972, 895,558	1, 827, 080,746.73	716, 426,252.72	6, 493, 090,982.53	10, 009, 493,540.28
Services de réadaptation	-	-	-	449, 306,536	449, 306,535.60
Services auxiliaires	293,079	969,775.86	186, 042,445	24, 744,047	212, 049,346.65
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	53, 589,062	297, 372,693.45	118, 912,865	192, 044,132	719, 631,921.80
Service de prévention et et de santé publique	1, 292, 264,449	40, 853,553.82	1, 523, 005,553.62	5, 394, 771,321.46	8, 250, 894,877.73
Autres services de santé publique	-	137,387.99	284, 959,131.61	376, 058,568.62	661, 155,088.23
Administration de la santé et Assurance Maladie	1, 728, 916,866	-	217, 091,009	922, 649,303	2, 868, 657,177.89
Fonctions sanitairesconnexes	918, 353,268	-	141, 073,297	50, 552,354	1, 109, 978,917.97
Dépenses connexes a la sante (hors HCR.1)	504, 203,632	-	426, 513,330.40	815, 707,770.41	1, 786, 085,287.81
Total	**5, 470, 515,914.40**	**2, 166, 276,769.86**	**3, 329, 064,751.64**	**14, 342, 866,445.24**	**25, 406, 097,605.75**

ANNEXE 4 – TABLEAU PRESTATAIRES X FONCTIONS

Répartition des dépenses de santé par types de prestataires et fonctions

Fonctions	Prestataires En gourde								
	Hôpitaux généraux	Centres ambulatoires	Administration du système	Fournitures et gestion des programmes de santé publique	Laboratoire, Pharmacie, radiologie	Autres prestataires de service	Institutions fournissant des services connexes	Reste du monde	TOTAL
Services de soins curatifs	4, 571,488,298.85	5,923,969,379.75	438,805,175.43	443,914,763.62	-	-	-	-	11,378,177,620
Services de réadaptation	-	-	-	337,741,908	-	-	-	-	337,741,908
Services auxiliaires	208,5400	347,824	289,827	135,430,739	-	-	-	-	136,276,930
Biens médicaux pour patients ambulatoires	53,235,957.49		1,080,000	167,608,218	408,319,674.72	34,253,210.53	-	-	664,497,060.73
Services de prévention et santé publique	103,513,834.73	1, 025,063,067.14	129,376,335.37	6,261,946,215.52	-	-	-	-	7,519,899,453
Administration de la santé et assurance maladie	43,624,355.01	-	798,331,992.7	1,331,639,896.82	-	-	-	97,218,915.01	2,270,815,159.50
Fonctions sanitaires connexes	49,193,105.11	38,000,000	131,489,893.4	898, 806,283	-	-	-	-	1, 117,489,281.58
Dépenses connexes à la santé hors HCR.1	460,270,400.15	-	17,196,642.20	1,161,159,123.12	173,606,200	-	168,967,830.05	-	1,981,200,195.52
TOTAL	**5,294, 256,164.01**	**6,987,380,270.89**	**1,516,569,866**	**10,738,247,146.66**	**581,925,874.72**	**34, 253,210.53**	**168, 967,830.05**	**97, 218,915.01**	**25,406,097,605.75**

ANNEXE 5- DISTRIBUTION DES DEPENSES DE SANTE PAR DOMAINE PRIORITAIRE

Domaine prioritaire	Sources de financement En gourde			
	Fonds Publics	Fonds privés (ND : Non Disponible)	Coopération Externe	Total
SIDA	21, 443,106.67	ND	8, 730, 443,293.31	8, 751, 886,399.98
TB	29,149, 356.66	ND	248, 445,669.55	277, 595,026.21
Malaria	-	ND	2, 950,291.00	2, 950,291.00
Santé maternelle et infantile	46, 316,961.32	ND	1, 644, 786,951.39	1, 691, 103,912.71
Choléra	97, 509,846	ND	2, 430, 051,636.35	2, 527, 561,482.34
Choléra-VIH/SIDA	-	ND	3, 250, 137,108.10	3, 250, 137,108.10
TOTAL	**194, 419,270.65**	**ND**	**16, 306, 814,949.70**	**16, 501, 234,220.20**

ANNEXE 6 - COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE DES CNS

- Haute Direction du MSPP
- Représentant du MEF
- Représentant de l'OMS
- Représentant de l'USAID
- Représentant de CDC
- Représentant de PEPFAR
- Représentant de l'ACDI
- Représentant de l'AFD
- Représentant des compagnies d'assurance
- Représentant du PNUD
- Représentant de OCHA
- Représentant du GESKIO
- Représentant de ONUSIDA
- Représentant l'UNFPA
- Représentant de l'UNICEF
- Représentants des Ministères concernés
- Représentant de la Banque Mondiale
- Représentant de l'UNOPS
- Représentant des ONG (CLIO)
- Autres PTF du Ministère
- Représentant de l'IHSI
- Représentant de l'AMH
- Représentant de l'AOPS

ANNEXE 7- COMPOSITION DU COMITE TECHNIQUE DES CNS

Membres du MSPP

- Jean Yonel Antoine, Economiste, UPE
- Jacky Perrier, Economiste, UPE
- Ronald Sylvain, Statisticien, UPE
- Claude Padovany, Economiste, UPE
- Marie Yvrose Delinaud, Economiste, UPE
- Jean Germane Exumé, Economiste, MSPP
- Paule Andrée Byron, Médecin, DPSPE

Les mécanismes de financement de la santé en Haïti s'opèrent à travers trois sources principales :

1. les ménages à travers le paiement direct ou la cotisation dans une assurance. Le schéma via les compagnies d'assurance n'est pas une garantie parce que le ménage paie toujours au point de prestation et le remboursement se fait après, en terme réel c'est toujours le paiement direct puisque le ménage n'aura pas accès aux soins s'il n'est pas solvable au moment où il tombe malade ;

2. l'Etat qui finance la santé à travers son budget. C'est la fiscalisation des dépenses car les ressources qui y sont affectées proviennent des impôts et taxes collectés auprès des citoyens. Ce financement doit être équitable et revêt un caractère de solidarité puisque les services qu'il couvre ne tiennent pas compte de ceux qui ont payé l'impôt ou pas ; et,

3. la coopération externe qui participe largement au financement de la santé sous deux formes : les prêts et les dons. C'est un financement qui passe globalement par les organisations non gouvernementales qui offrent les services à travers leurs propres structures de prestation ou subventionnent ces services au profit des ménages dans des institutions publiques ou privées.

Ce document a été élaboré avec le support technique et financier de :

USAID | HAITI