

Conférence sur le Financement de la Santé,
Port-au-Prince
28-29 Avril, 2015

**Le Financement des soins de santé en Haïti:
Une Nouvelle Perspective**

Dr. Georges Dubuche, DG, MSPP

MSPP



Le problème

- Haïti a fortement amélioré ses indicateurs de santé mais la pauvreté et les iniquités persistantes, la coexistence des maladies transmissibles et non transmissibles, et la croissance démographique constituent des défis énormes qui exigent des réponses innovantes de notre système de soins et de services de santé.

Les consequences

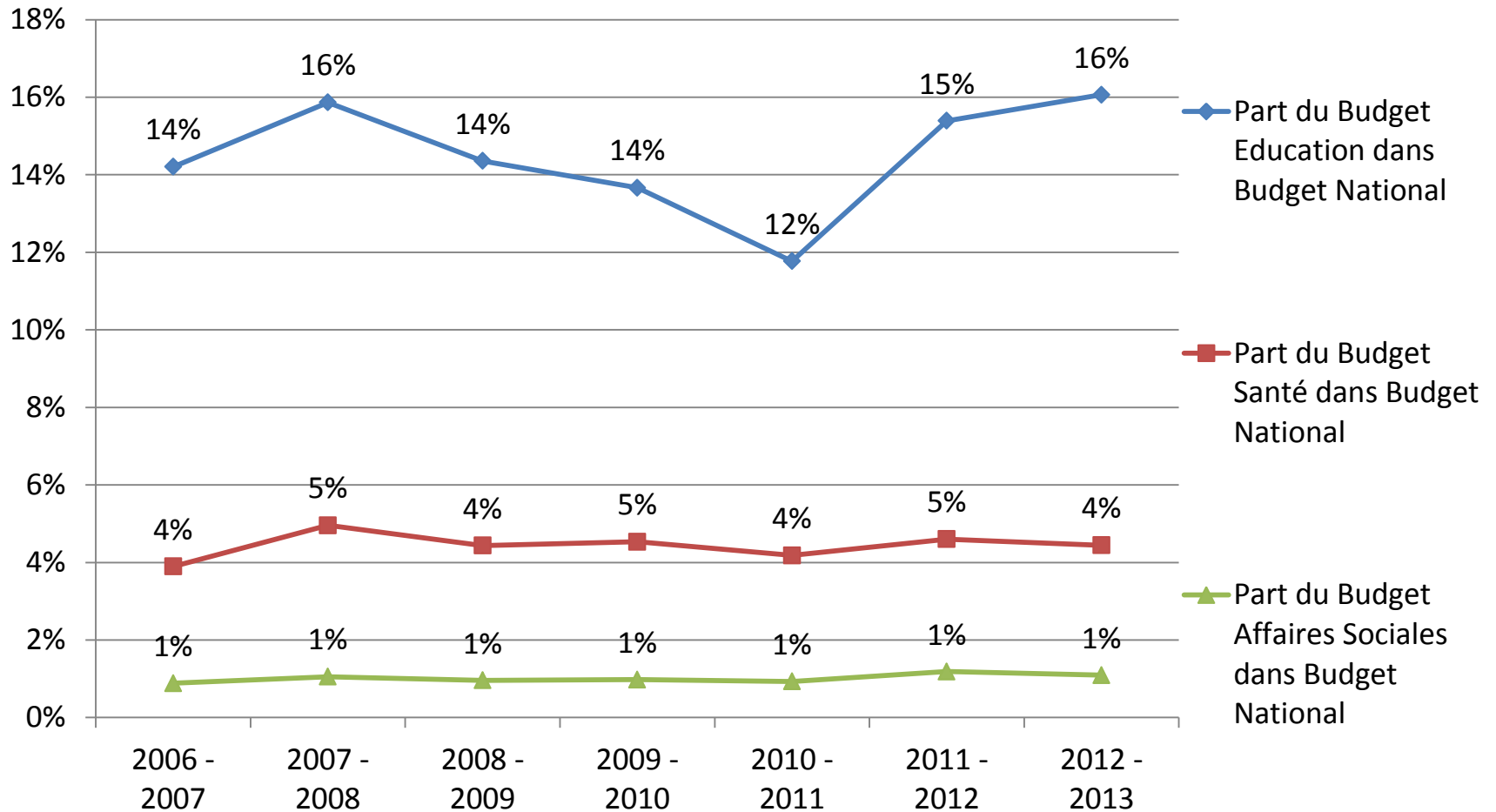
- Problemes d'exclusion et de manque d'accès a des services de sante de qualite, inefficaces et insuffisants.
- 60% de couverture de la population a date: inacceptable deni d'Equite et du Droit a la Sante et a la Vie.
- Cercle vicieux de maladies, de depenses catastrophiques et d'appauvrissement des menages.
- Segmentation et fragmentation des services, et inefficience du financement...

Les défis: du cote de l'Etat

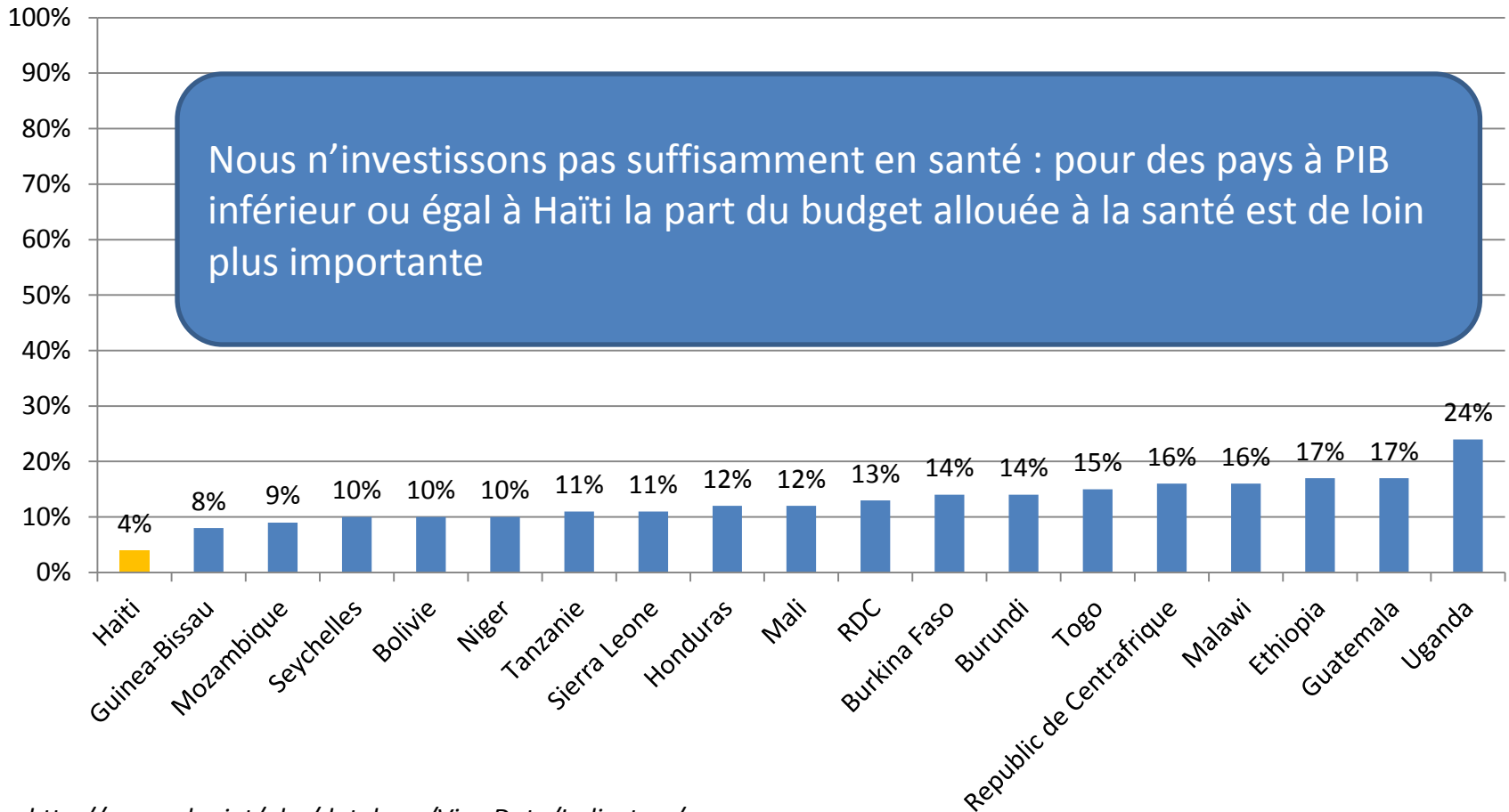
Diminution soutenue dans les dépenses de santé: de 41% en 1995 à 7% en 2013.

- Retards dans le paiement des salaires
- Faiblesse dans la Gouvernance et Manque de prévision
- Manque de financement du Secteur Social en général, dû à des problèmes structurels.

Evolution de la part du budget national alloué au secteur social



Comparaison du financement dans les pays dont le PIB se rapproche de celui d'Haïti



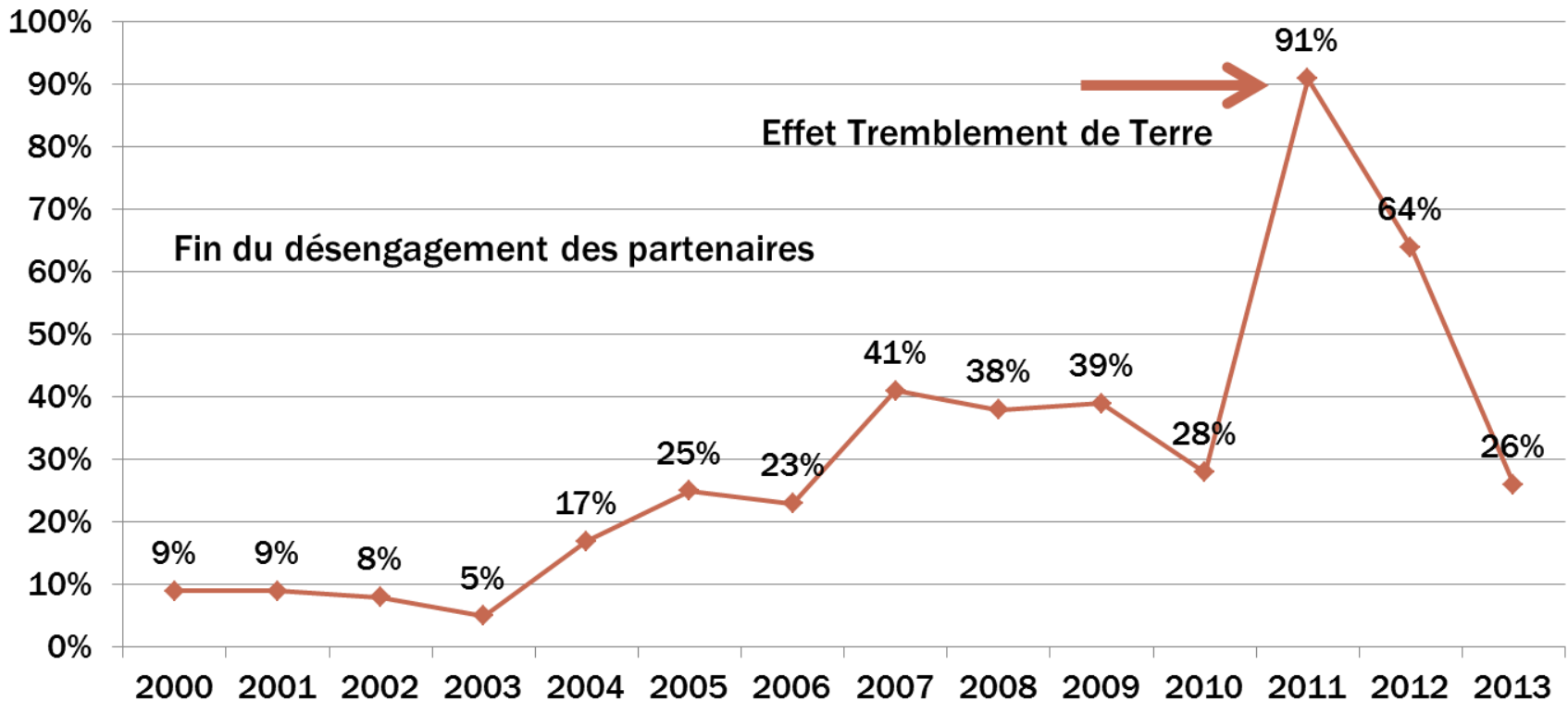
Source: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

***Critères de sélection des pays présentés en comparaison avec Haïti: GDP par capita à niveau à peu près égal**

Le Financement international: irregulier et imprevisible durant les derniers 40 ans

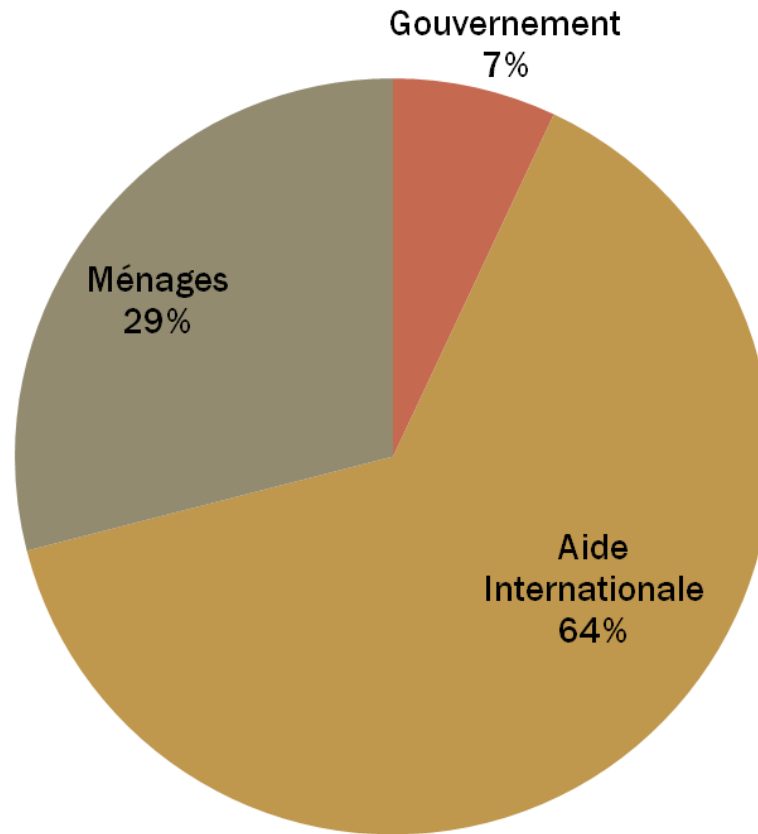
- Le financement international a considerablement diminue et toujours reste focalise sur des maladies verticales determinees.
- Les priorites integrees de base du MSPP ne sont pas financees de maniere equivalente.
- Les ressources humaines sont trop faibles, insuffisantes et ne correspondent pas aux besoins.
- Le pays ne pourra pas avoir la capacite de financer la sante meme partiellement avant 20 ans

Evolution de l'aide extérieure en proportion des dépenses totales de santé



Haïti est bénéficiaire de la générosité internationale mais est aussi sa victime

Sources de Financement de la Santé en Haïti



Source: Comptes Nationaux de la Santé, 2011-12, MSPP, Juin 2014

Modèles de mise en commun des fonds pour la santé en Haïti

Nom	Type de couverture	Part de la population couverte
Schémas parapublics		
OFATMA (sous la tutelle du MAST)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Couverture obligatoire des employés du secteur privé et de leur famille 2) Couverture obligatoire des employés du secteur public 3) Employés du secteur informel (volontaire) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 100,000 personnes (USAID, 2014) 2) 60.000 employés publics (ex. GPS+) (USAID, 2014) 3) 2000 personnes (a démarré en 2012) (OFATMA, NOV 2014) <p style="color: green;">→ A peine 2% de la pop couverte</p>
ONA	Couverture obligatoire pour retraites et handicapés	72.000 personnes (USAID, 2014) → A peine 1% de la pop couverte
Schémas d'Assurances Commerciales		
9 compagnies d'assurance privées	Couverture volontaire	4% de la population (USAID, 2014)
Autres Schémas		
DASH Zanmi la sante Certaines coopératives	Couverture volontaire	Nb de personnes couverte par ces programmes non connus

La Realite de ces Modeles de Soins

- Ne repondant pas aux besoins differencies des personnes et des communautes.
- Modele predominant fonde sur des soins episodiques de conditions aiguees dans des centres hospitaliers par des medecins specialises.
- Articulation des services et capacite de resolution limitees, particulierement au premier niveau de soins. (Prix des tests et des medicaments).
- Paiements directs a la prestation des services...

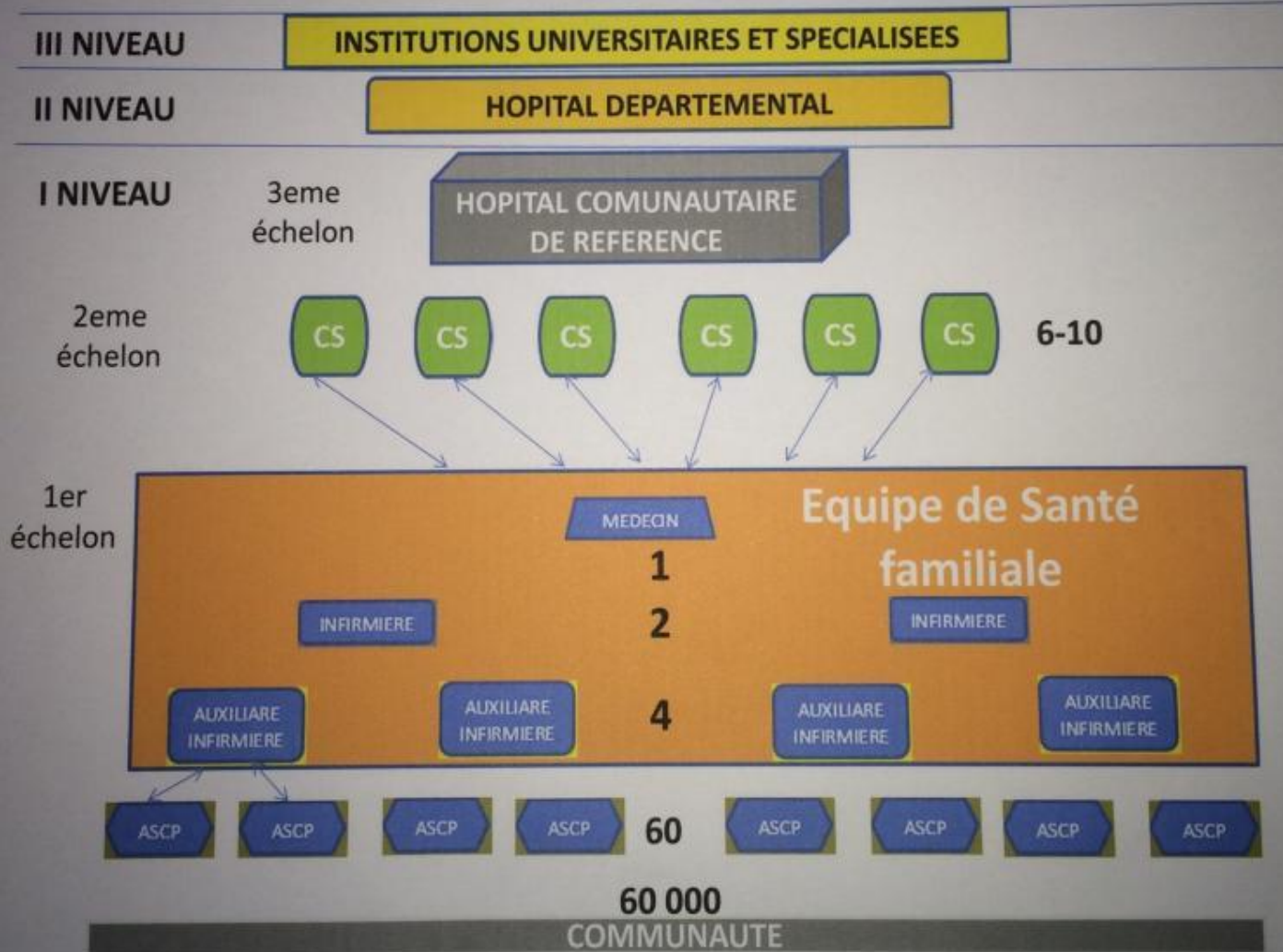
Diagnostic sommaire des défis actuels

	Défis
Collecte des Fonds	<ul style="list-style-type: none">-Une faible contribution de l'Etat dans la santé-Une diminution du support des bailleurs de fonds avec une augmentation éventuelle de la contribution des ménages dans le futur
Mise en Commun	<ul style="list-style-type: none">-Une fonction de mise en commun quasi inexistante auprès des assurances-Une très faible part de la population enrôlée dans un système d'assurance-Faible coordination
Achat des Prestations	<ul style="list-style-type: none">-Une fonction d'achat de prestations, fragmentée, à la fois auprès des ménages, de l'Etat, des régimes assuranciers et des bailleurs de fonds, exacerbant les problèmes d'équité et d'efficacité du système de santé

Comment reconstruire un meilleur système de santé accessible à tous?

- Haïti a choisi et signé: Notre Santé est Notre Responsabilité; le Gvt ne peut plus accepter la couverture de 60%
 - L'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle sont nécessaires pour améliorer les résultats de la santé.
 - La Politique Nationale de Santé nous conduit à redéfinir le « Modèle de Soins » et le « Paquet Essentiel de Services ».
 - En commençant par les services de base pour arriver progressivement jusqu'au niveau tertiaire.

Modèle des services de soins de santé



La Mise en Oeuvre

1. Organisation des services de sante base sur les ASCP au niveau du premier echelon du systeme.
2. Mise en reseau de Centres de Sante au deuxieme echelon
3. Mise en oeuvre progressive du Paquet de services et de soins,
4. Mise en application de la fiche de reference et de contre-reference entre les niveaux.

Fondement du Modele

- Mecanismes clairs de supervision.
- Un paquet de services defini ai auquel toutes les parties prenantes doivent tendre, avec ldes ressources identifiees, des couts calcules et connus.
- Transparence: tous les apports – budget, bailleurs, ONG, etc. publies sur le site du MSPP.
- Le Financement: une des strategies vers la CSU (et aussi un moyen d'ameliorer la gouvernance.

Caracteristiques du Modele

- ASCP supervisees par l'Equipe de Sante Familiale.
- L'Equipe de Sante Familiale rapporte au Bureau Communal ou a l'Unite d'Arrondissement Sanitaire.
- L'UAS rapporte a la Direction Departementale.
- Des termes de reference et des descriptions de taches sont assignes au personnel.

Contenu du paquet de services

- Les activités les plus efficaces en termes de cout et de réduction de mortalité et de morbidité, telles que vaccination, promotion de la santé, surveillance épidémiologique, sante maternelle, néonatale et infantile, traitement des maladies infectieuses.
- La mise en œuvre du paquet sera progressive.
- Il sera révisé et augmente quand les finances le permettront.
- Il sera applique dans tout le pays d'ici à 10 ans (2025).

Le cout estime du paquet de services

- Population estimee: 10,911,819 (Source IHSI, projection 2015).
- Couverture planifiee: 1 Equipe de Sante Familiale (ESF) pour 60,000 habitants.
- Total theorique d'ESF: 182
- Couts Premiere Annee: $412,631 \times 182 = 75,098,842$
- Couts Annee subsequentes: $250,000 \times 182 = 45,500,000$.
- Budget Total pour 5 ans: 257,098,842.00 USD.

Comment le faire?

- Une institution (organisme d'achat distinct) en dehors du ministère couvre les frais du paquet et du modèle de sante. (Fonds Solidaire d'Assurance...)
- Les patients ne doivent pas payer au moment de recevoir les services.
- Les incitatifs des programmes verticaux sont supprimés et remplacés par des paiements sur les performances.
- Des mécanismes sont développés à partir d'autres ministères permettant de financer le MSPP.

Conclusions

- Le gouvernement a un modèle et un paquet de services.
- Le financement, d'abord avec les fonds nationaux et internationaux, doit être attribuée seulement à ce modèle, et le paquet permettra l'efficacité nécessaire pour augmenter la couverture au meilleur cout.
- Le Ministère ne doit pas être chargé de récolter ces fonds, mais seulement de donner les services et de les facturer à ces « mécanismes ».

Dans l'espoir que nos travaux nous
permettront d'aboutir a un
consensus sur le financement de ce
modele equitable pour l'accès et la
couverture universelle,

Je vous remercie