

L'impact distributif des dépenses de santé : Leçons tirées d'une analyse au Burkina Faso, au Malawi et en Zambie

Décembre 2020 – n°19 | Facilité de recherche UE-AFD sur les inégalités

MESSAGE

Nous avons analysé l'incidence de la répartition des dépenses publiques et totales de santé dans trois pays africains, le Burkina Faso, le Malawi et la Zambie.

Dans tous ces pays, la répartition des dépenses publiques et totales de santé est devenue plus égalitaire au fil du temps, bien que d'importantes différences régionales persistent au sein de ces pays.

Le peu de données disponibles a largement déterminé notre capacité à explorer les inégalités.

Tout en exhortant les décideurs politiques à s'attaquer aux inégalités observées dans les dépenses de santé, nous recommandons également que des investissements soient réalisés pour améliorer la qualité des données afin de permettre une analyse plus précise afin de soutenir la prise de décision.

CONTEXTE & MOTIVATION

Dans toute l'Afrique subsaharienne, les pays investissent dans la réforme de leurs politiques de financement de la santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU).

Nous avons utilisé un outil économique, connu sous le nom d'analyse d'incidence des bénéficiaires (AIB), pour examiner la répartition des dépenses de santé à travers le temps dans trois pays d'Afrique subsaharienne.

Dans cette note nous présentons les enseignements tirés, tant d'un point de vue politique que méthodologique.

MÉTHODES

Nous avons combiné des données sur les taux d'utilisation des services de santé par groupe socio-économique avec des données sur le coût unitaire des services de santé, afin d'évaluer dans quelle mesure les dépenses de

santé étaient réparties de manière égalitaire.

Nous avons considéré deux niveaux d'analyse dans le temps pour chaque pays :

(i) deux types de dépenses de santé : les dépenses publiques (uniquement les dépenses publiques récurrentes) et les dépenses totales de santé (uniquement les dépenses des donateurs et les dépenses privées).

(ii) deux ensembles de services : les services curatifs et les soins maternels.

Nous avons utilisé une analyse spatiale descriptive pour cartographier les disparités dans les dépenses publiques et totales de santé entre les régions/provinces/districts de chaque pays.

Auteurs Martin RUDASINGWA, Edmund YEBOAH, Emmanuel BONNET, Valéry RIDDE, Paul André SOMÉ, Adamson MUULA, Bona Mukoshya CHITAH, Chrispin MPHUKA, Manuela DE ALLEGRI

Géographie Burkina Faso, Malawi, Zambie

En savoir plus sur ce projet: afd.fr/carte-des-projets/quelle-equite-en-matiere-de-dépenses-de-santé-en-afrique-subsaharienne

Mot-clés Santé, curative, maternelle, dépenses, inégalité

Thématiques Financement de la santé, inégalités, dépenses de santé, prestation institutionnelle

RÉSULTATS

Leçon 1 : La répartition des dépenses publiques et totales de santé est devenue de plus en plus égalitaire.

Cela suggère que la mise en œuvre des réformes du financement de la santé, telles que les subventions publiques et les politiques de suppression des paiements directs, a été efficace pour augmenter la proportion des ressources qui atteignent les segments les plus pauvres de la société.

Leçon 2 : La répartition des dépenses publiques a eu tendance à être plus égalitaire, ou favorable, aux pauvres que la répartition des dépenses totales.

Cela souligne l'importance des dépenses publiques en matière de santé et reflète très probablement le fait que l'analyse des dépenses totales tient compte des dépenses privées. Les moins pauvres dépensent davantage pour les services de santé que les plus pauvres.

Leçon 3 : la répartition des dépenses publiques et totales était plus égalitaire aux niveaux des soins primaires (les centres de santé) qu'aux niveaux supérieurs (les hôpitaux).

Les plus pauvres sont obligés de recourir aux soins primaires de proximité tandis que les moins pauvres peuvent rechercher des soins secondaires ou tertiaires, même si ce choix entraîne des coûts supplémentaires.

Leçon 4 : en Zambie et au Burkina Faso, mais pas au Malawi, on a observé une plus grande inégalité dans les dépenses pour les services d'accouchements que dans les dépenses pour les services curatifs.

Ce résultat mérite d'être étudié plus en profondeur car il indique que les politiques de suppression de paiements directs peuvent être efficaces pour accroître l'utilisation des services de santé et assurer une répartition égalitaire des ressources financières davantage pour les services curatifs que pour les accouchements.

Leçon 5 : Surtout au Burkina Faso et au Malawi, nous avons observé des différences importantes entre les régions/provinces/districts, qui ne s'expliquent pas facilement par les réformes mises en œuvre.

Cela suggère que l'analyse globale au niveau national peut occulter les disparités internes. Ces disparités méritent de faire l'objet de futures recherches.

Leçon 6 : L'accès aux données s'est avérée difficile, en particulier pour les données primaires des comptes nationaux de la santé (CNS).

La structure des données des CNS diffère d'un pays à l'autre, ce qui nous a empêché de produire des analyses entièrement comparables. Par exemple, il n'y a qu'au Malawi où il a été possible de produire une analyse qui a pris en compte les dépenses consacrées aux établissements privés. Dans tous les autres pays, les

dépenses privées (et de bailleurs) consacrées aux établissements privés n'étaient pas traçables.

Leçon 7 : Les données relatives à l'utilisation des services de santé diffèrent substantiellement d'un pays à l'autre. Dans aucun pays, nous n'avons pu obtenir de données sur l'utilisation des services représentatives au niveau national qui soient plus récentes que 2017.

Inévitablement, les résultats produits ne reflètent pas vraiment la réalité d'aujourd'hui. Les enquêtes ont suivi des stratégies d'échantillonnage et de collecte différentes, de sorte que nous ne pouvions pas saisir exactement les mêmes informations et générer des résultats parfaitement comparables. Il n'y a qu'au Malawi où les données sur l'utilisation des services ont pu être retracées jusqu'au niveau du district, rendant ainsi possible une analyse désagrégée de l'incidence de la distribution.

Leçon 8 : Les données des CNS ne fournissent pas de valeurs d'allocation désagrégées par région/provinces/districts.

Cela signifie que nos analyse d'hétérogénéité et spatiale ne donnent qu'un premier aperçu de l'ampleur des disparités en matière d'égalité au sein d'un pays. Une analyse plus précise basée sur des données reflétant l'allocation réelle des ressources financières entre les régions/ provinces/ districts est nécessaire.

RECOMMANDATIONS

- ▶ Il faut investir dans des mesures visant à combler les lacunes en matière de données, par exemple en encourageant le suivi continu de l'utilisation des services de santé par statut socio-économique et le suivi détaillé des dépenses dans le de santé, afin de permettre des recherches et des analyses plus précises.
- ▶ Il faut étudier les sources des disparités géographiques observées et de mettre en œuvre des mesures publiques pour combler les écarts existants.
- ▶ Il est crucial de concentrer l'attention sur les inégalités qui persistent, en particulier dans les dépenses de santé maternelle, à en comprendre les sources et à y remédier par des mesures publiques adéquates.