

B3. Volet « recettes » des dépenses publiques de santé et points connexes importants pour le plaidoyer budgétaire en faveur de la CSU

Le budget public provient aussi bien de recettes fiscales que non fiscales. Le système de comptes de la santé de 2011 distingue les sources de recettes des dépenses publiques de santé comme suit (56) :

- caractère obligatoire ou volontaire ;
- paiement anticipé ou paiement direct (au moment de l'utilisation du service) ;
- provenance intérieure ou extérieure.

Du point de vue d'une politique de financement de la santé, les sources publiques sont les sources obligatoires et payées de façon anticipée, tandis que les sources volontaires sont considérées comme privées. Si une source est qualifiée d'obligatoire, cela signifie que l'État exige d'une partie ou de l'ensemble de ses citoyens qu'ils paient pour les services de santé, indépendamment de leur utilisation de ces services. Ces sources obligatoires sont donc payées de façon anticipée et s'apparentent globalement aux impôts. Dans cette catégorie, on distingue principalement :

- les impôts directs sur les revenus (pour les ménages) ou sur les bénéficiaires (pour les sociétés), payés directement à l'État ou à un organisme public. Il s'agit par exemple de l'impôt sur le revenu, des cotisations salariales (y compris des contributions obligatoires à la sécurité sociale) ou encore de l'impôt des sociétés ou sur les bénéficiaires ;
- les impôts indirects ne portant pas sur les revenus, mais sur les dépenses des ménages et des sociétés, et reversés indirectement à l'État par le biais d'un tiers (un commerçant ou un fournisseur, par exemple). Il s'agit notamment de la taxe sur la valeur ajoutée, des taxes de vente, du droit d'accise sur la consommation de certains produits tels que l'alcool et le tabac, ou encore des droits de douane ;
- les recettes non fiscales, par exemple les recettes provenant d'entreprises publiques, dont les « recettes tirées de l'exploitation des ressources naturelles » qui sont monnaie courante dans de nombreux pays disposant d'importantes ressources minières telles que le pétrole et le gaz ; et
- les financements provenant de sources extérieures (étrangères), généralement comptabilisés comme « publics » lorsqu'ils sont perçus par le gouvernement bénéficiaire (voir l'encadré 2).

Les impôts peuvent également être régressifs ou progressifs. Qu'est-ce que cela signifie ? Selon la façon dont ils sont appliqués et dont ils tiennent compte du revenu des contribuables, les impôts peuvent être régressifs, progressifs ou proportionnels.

- Un **impôt est régressif** lorsqu'il est inversement proportionnel au niveau de revenu des contribuables. L'imposition régressive place une charge fiscale plus lourde sur les contribuables aux plus faibles revenus.
- L'imposition **progressive** consiste à augmenter la charge fiscale à mesure qu'augmente le revenu des contribuables, ce qui permet d'augmenter la progressivité et la justice sociales en faisant assumer une charge fiscale plus élevée aux citoyens les plus aisés (ceux ayant les plus hauts revenus).
- On parle d'**imposition proportionnelle** lorsque les impôts sont prélevés proportionnellement aux revenus de chaque contribuable.

Comprendre les recettes vis-à-vis de la CSU

Afin de respecter leur engagement à atteindre le troisième ODD, à savoir « donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges (59) », dont la cible 3.8 est de « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable », de nombreux pays devront revoir et ajuster leur système de financement de la santé (51).

La section précédente offre des informations utiles pour comprendre la façon dont sont financés les budgets publics. Les recettes affectées au secteur de la santé varient et comprennent des ressources publiques. La part du budget de la santé financé par des fonds publics varie d'un pays à l'autre. Toutefois, pour se rapprocher progressivement de la CSU, les pays doivent chercher à puiser un maximum de leurs ressources dans les fonds publics, car « aucun pays n'a avancé de façon significative vers la CSU sans un financement de la santé reposant essentiellement sur des fonds publics » (51).

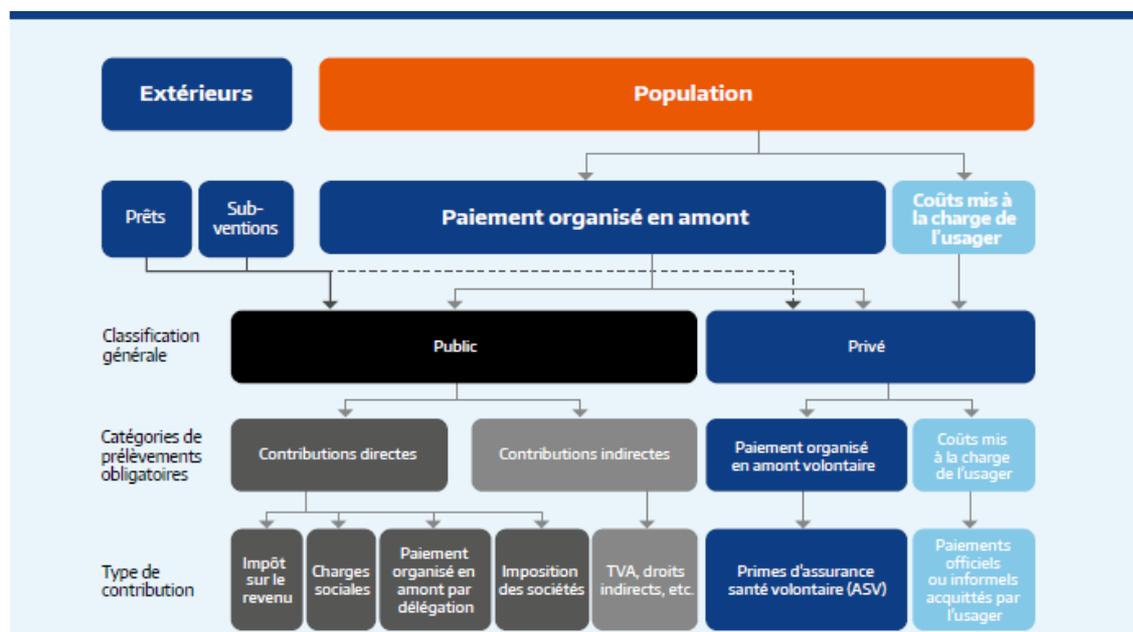
Selon la définition de l'OMS (51), le financement de la santé

correspond aux politiques et aux mécanismes dont dispose un pays comme sources de recettes et mécanismes de contribution, ainsi qu'en termes de mutualisation des financements, de services d'achats, de politiques de cadrage et de fondement des droits et avantages, et de gouvernance de l'ensemble de différentes fonctions et politiques précitées.

Comment le secteur de la santé est-il financé et comment le budget public s'inscrit-il dans cette configuration globale ?

La figure 4, publiée par l'OMS dans un guide relatif à l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé (50), est utile pour comprendre les différentes sources de recettes contribuant au financement de la santé.

Figure 4. Principales sources de recettes et principaux mécanismes de contribution



Source : référence 51.

De façon générale et d'après la figure 4, le financement de la santé s'opère au travers de deux sources publiques et privées. Les ressources publiques, qui constituent l'enjeu de cette boîte à outils, sont principalement puisées à partir des sources de recettes suivantes :

- 1. Les recettes extérieures, issues de prêts et de subventions :** la grande majorité des pays à faible revenu dépendent de sources de recettes externes pour le financement de leur système de santé, ce qui leur vaut l'appellation de « pays en dette » ou « tributaires de l'aide extérieure ». Pour cette source de recettes en particulier, un aspect important à prendre en compte et à analyser est le fait de savoir si les ressources sont intégrées

dans le budget public ou si elles sont catégorisées comme « hors budget ». Si les ressources n'entrent pas dans le cadre du budget public, les documents budgétaires généraux ne permettront pas d'en connaître le montant ni l'utilisation qui en est faite. À ce stade, il est important de comprendre que les prêts et les subventions dont peut bénéficier un État représentent une source de revenus cruciale dans le domaine de la santé publique.

2. **Les recettes par paiement anticipé** : les ressources de ce type financent aussi bien le domaine de la santé publique (soins fournis et gérés par l'État) que celui de la santé privée (prestation et gestion par des organismes privés). Pour les besoins de la présente boîte à outils, et conformément à la section B3 plus haut, nous nous intéressons aux paiements anticipés contribuant au financement de la santé publique, car ils doivent apparaître dans le budget public. D'après l'OMS, ces recettes « peuvent provenir de taxes ou de contributions obligatoires ou volontaires ». Dans certains pays comme le Mexique, par exemple, les travailleurs déclarés affiliés à un régime de sécurité sociale se voient déduire une partie de leurs revenus, déductions qui sont complétées par une contribution de l'État et qui ouvrent leur droit de bénéficier des services de santé de l'Institut mexicain de sécurité sociale.
3. **Les différents types de taxes** : la figure 4 présente le large éventail de taxes pouvant être prélevées auprès de la population, qui, une fois intégrées au budget public, peuvent contribuer au financement de la santé. Ceci permet de comprendre en quoi la mise en place d'un solide système de financement de la santé suppose des pays une consolidation de leurs sources de recettes internes, et en quoi cette démarche peut impliquer un durcissement de leurs politiques budgétaires. Cette stratégie se révèle toutefois difficile pour de nombreux pays, qui se heurtent à diverses barrières (notamment politiques) entravant leur capacité à augmenter les impôts. Comme évoqué précédemment, la question de savoir qui paie quels impôts est de grande importance et relève d'un choix politique.

L'encadré 3 décrit les moyens de réduire les dépenses de santé directes.

Encadré 3. Dépenses de santé non remboursées

L'un des principaux objectifs de la transition vers la CSU est de veiller à ce que l'accès à la santé n'impose pas de difficultés financières à la population, en particulier les catégories les plus défavorisées.

L'OMS définit les dépenses de santé non remboursées comme « les paiements directs effectués par les individus auprès des prestataires de santé au moment de l'utilisation des services ». Les dépenses directes sont très répandues dans les pays dont le système de financement de la santé repose largement sur les frais à la charge des patients et la participation des patients aux coûts, ce qui a des incidences particulièrement graves sur les plus pauvres. Ce type de paiements est courant dans les pays où les agents de santé sont mal payés, puisqu'il s'agit là d'un moyen de compléter leur salaire.

Avec une stratégie de financement de la santé en faveur de la CSU, les pays doivent chercher à réduire leur forte dépendance vis-à-vis des dépenses directes, afin de garantir un accès équitable aux services de santé et de réduire l'exposition de la population aux difficultés financières. Plusieurs stratégies permettent de réduire les dépenses directes :

- supprimer les frais formels et informels facturés aux patients et les autres frais au sein des infrastructures de santé ;
- instaurer des politiques permettant aux populations vulnérables (par exemple, les femmes enceintes, les adolescents ou les personnes défavorisées) de bénéficier gratuitement des services de santé ; et
- assurer la prestation gratuite de certains services de santé essentiels, tels que les soins relatifs à la santé de la mère et de l'enfant.

Incidence des financements mutualisés sur le financement public

Il existe une importante source de financement de la santé que les spécialistes du secteur appellent les « financements mutualisés ». La mutualisation « désigne l'ensemble des recettes reçues de façon anticipée pour le compte de la population et qui sont mutualisées par des organismes publics et privés (51) ». La définition proposée par l'OMS pour guider les gouvernements dans l'élaboration de stratégies de financement de la santé est la suivante (51) :

Les financements affectés à la santé sont mutualisés par un large éventail d'instances publiques et privées, parmi lesquelles les Ministères de la santé, les autorités décentralisées, les organismes de sécurité sociale, les caisses d'assurance maladie publiques et privées, les organisations non gouvernementales et les organisations communautaires.

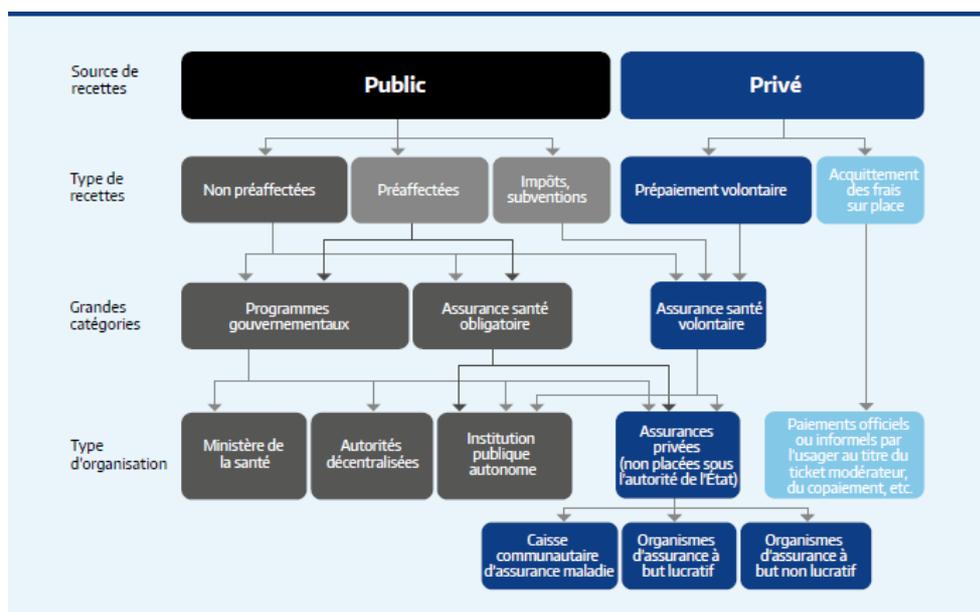
La mutualisation est un concept important du plaidoyer budgétaire pour la CSU, étant donné le rôle majeur qu'y tient le budget public. Comme le suggère la définition ci-dessus, les autorités nationales et infranationales participent au financement de la santé, ou la financent dans son intégralité, au moyen de mécanismes de mutualisation. Avec des systèmes de santé décentralisés (61), par exemple, comme c'est le cas dans de nombreux pays, la mutualisation constitue un mécanisme essentiel de financement de la santé, qui renforce le rôle des budgets nationaux et infranationaux ainsi que leurs liens.

D'après l'OMS (61), la mutualisation des recettes doit faire que la stratégie de financement de la santé contribue à :

- améliorer la capacité de redistribution des crédits dont le financement est organisé en amont ;
- rendre possible une complémentarité explicite des différentes sources de financement ;
- réduire la fragmentation ainsi que les duplications et redondances ;
- simplifier les flux financiers.

La figure 5, tirée du guide de l'OMS sur les stratégies nationales de financement de la santé (51), présente les mécanismes les plus courants par lesquels les financements mutualisés provenant de différentes sources, y compris privées, sont injectés dans le secteur de la santé. L'encadré 4 montre les liens entre les budgets et la CSU.

Fig. 5. Flux courants des recettes, de leurs sources aux entités destinataires



Source : référence 51.

Encadré 4. Le rapport étroit entre budget et CSU

Il existe un rapport étroit entre la qualité des systèmes budgétaires et la CSU.

- L'établissement de solides budgets publics pourrait permettre d'améliorer la prévisibilité des ressources du secteur de la santé, ce qui contribuerait à améliorer les perspectives de planification des politiques de santé.
- L'implication active des Ministères de la santé dans le cycle budgétaire facilite l'alignement des allocations budgétaires sur les priorités sectorielles.
- Des budgets mieux conçus permettent une meilleure exécution.
- Lorsqu'un budget de santé est formulé en fonction d'objectifs et qu'il est assorti de règles d'exécution alignées sur ces objectifs, il existe un certain degré de flexibilité en matière de dépenses et il est possible de l'ajuster plus rapidement selon les besoins du secteur.

Source : référence 62.

Les ressources incorporées dans les recettes peuvent être traitées de différentes façons :

- **Intégration au budget.** Les allocations sont incluses dans le budget.
- **Hors budget.** Les allocations que la loi ne permet pas d'inclure dans le budget et qui sont financées par des taxes ou des prélèvements ne figurent pas dans le budget (63).

Les dépenses « budgétaires » suivent les mêmes règles et procédures que le budget général. Les dépenses « hors budget », en revanche, pourraient représenter des obstacles

dans notre analyse, parce qu'elles sont généralement plus difficiles à surveiller et que de nombreux pays emploient ce type de dépenses pour financer leurs biens et services de santé. Voir l'encadré 5.

Encadré 5. Dépenses de santé hors budget

Les « financements hors budget » sont la principale forme de dépenses de santé non comptabilisées dans le budget. Il s'agit de financements spéciaux détenus par le gouvernement qui n'entrent pas dans le budget et qui consistent en des prélèvements préaffectés, et parfois en d'autres sources, telles que les taxes et contributions issues du système fiscal général.

Contrairement aux frais facturés aux usagers, les prélèvements préaffectés ne reflètent pas la valeur de marché des services financés.

Les financements hors budget sont principalement employés dans les domaines de la sécurité sociale, des soins de santé, des transports et des retraites.

Par « propriété économique publique » des financements hors budget, il est entendu que l'État peut disposer des actifs du fonds en question, si besoin en modifiant la loi par laquelle ce fonds a été établi, et ce, sans compensation. Le financement des caisses de sécurité sociale et des caisses publiques d'assurance maladie repose quant à lui sur les primes versées par différents acteurs de la société (employeurs, employés et patients), de telle sorte que ces fonds « appartiennent » à ces acteurs au moins autant qu'à l'État. Pour la même raison, les partenaires sociaux sont souvent représentés au conseil d'administration des fonds.

Source : référence 63.

trouver les informations nécessaires. Dans les sections suivantes, nous proposons quelques exemples et exercices pour mieux comprendre les dépenses de santé et savoir comment les identifier.