



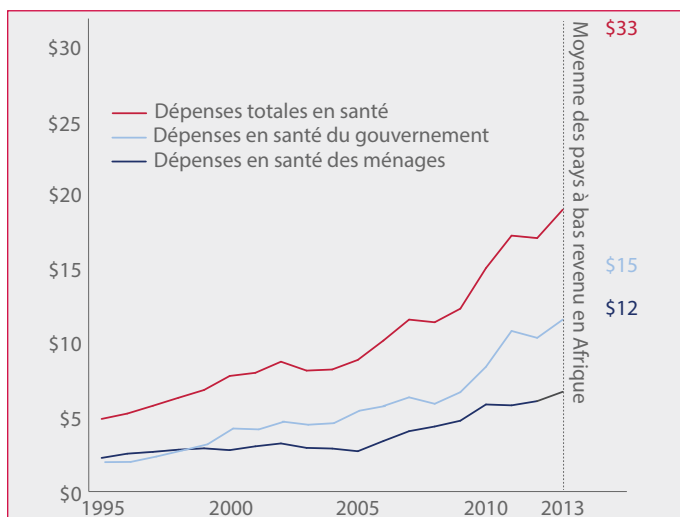
PROFIL DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ: ÉTHIOPIE

Indicateurs-clés pour les pays

Indicateurs de développement*	
Population totale	94 101 000
Taux de fertilité total (naissances par femme)	4,5
Revenu brut national par habitant (PPA)	1 350
Indicateurs de dépenses en santé**	
Ratio de dépenses	
Dépenses totales en santé en % du PIB	5,1% ↑ moyenne des pays à bas revenu (5%) ↓ moyenne globale (9,2%)
Niveau de dépenses	
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement***	5,4% ↓ cibles déterminées par la Déclaration Abuja (15%)
Indicateurs par habitant sélectionnés	
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.\$)	69
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US\$)	4
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.\$)	42
Sources de fonds	
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	61%
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	39%
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	32,3%
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	90,6%

Note: L'OMS regroupe des données et effectue des calculs en utilisant les montants absolus en unités de devises nationales converties en équivalents de Parité des pouvoirs d'achat (PPA)

Dépenses par habitant en US\$ (constant 2013 US\$)**



*Observatoire Global de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013

**Base de donnée des dépenses globales en santé, OMS, 2013

***Cinquièmes Comptes Nationaux de la Santé de l'Éthiopie, 2010/11

Facteurs contextuels

En Éthiopie, le secteur public demeure l'un des utilisateurs principaux des ressources dans le secteur de la santé. Le rapport des Comptes Nationaux en Santé 2014 (CNS) (2010/2011) indique que les fournisseurs privés (à but lucratif et non-lucratif) sont concentrés dans les régions urbaines (où moins de 20% de la population vit) et reçoivent seulement 16% des dépenses totales en santé.¹

Les réformes du financement de la santé en Éthiopie ont commencé en 1998, alors que le Ministère Fédéral de la Santé (MFS) développait une Stratégie de Financement de la Santé afin d'améliorer et de diversifier la mobilisation des ressources en santé, d'assurer une allocation équitable et efficace de ces ressources, et de sécuriser une protection financière pour ses citoyens. Le CNS 2010/11 démontre que les réformes en financement des soins de santé en Éthiopie ont mené à des résultats très impressionnants. Une augmentation de 300% en dépenses totales en santé a été mesurée, ainsi qu'une augmentation des dépenses en santé per capita de \$7,10 en 2004-5 à \$20,77 en 2010-11.¹ Les composantes-clés des réformes, conduites par la Stratégie de Financement de la Santé, incluent:

- **Collection et utilisation des revenus (CUR):** Des frais de services sont collectés par des établissements de santé afin d'effectuer des améliorations de la qualité et combattre les pénuries de médicament.
- **Gouvernance des établissements:** La direction des établissements et différents groupes supervisent la planification annuelle, l'allocation des budgets et révise les rapports de dépenses.
- **Systématisation des exonérations de frais:** Les familles ne pouvant pas se permettre de payer pour certains services sont enregistrées afin de bénéficier des services sans frais.
- **Standardisation des services exempts:** Un ensemble standard de services de santé publiques critiques est standardisé pour l'ensemble de la population. L'application de frais d'utilisateurs est rendue transparente et standard.
- **Ailes privées et externalisation des services non-médicaux:** Certains hôpitaux publics externalisent certains services et ont mis sur pied des ailes privées pour les patients prêts à payer pour un plus haut niveau de service par rapport aux taux destinés aux utilisateurs publics.

Malgré ces efforts, une augmentation des dépenses publiques en santé estimée à 9-13,5% est nécessaire pour répondre aux contraintes au niveau des ressources et pour offrir un service médical efficace à tous les niveaux du système de santé.¹ Le Gouvernement de l'Éthiopie (GdE) a introduit et financé deux types d'Assurance-Maladie: l'assurance-maladie basée sur les communautés (AMBC) pour les secteurs non-formels et agricole, et l'assurance-maladie sociale (AMS) pour les employés du secteur formel. Le Plan de Transformation du Secteur de la Santé (2015/16-2019/20) met en lumière la nécessité d'une allocation budgétaire plus grande pour le secteur de la santé, d'un renforcement continue des réformes du financement de la santé, d'une étendue de l'AMBC et de l'AMS, et de l'introduction de mécanismes de financement domestique innovants, afin d'atteindre les objectifs de la Couverture Universelle de la Santé (CUS).

Fonctions de Financement de la Santé

■ **Contribution de revenu et collection:** Le secteur de la santé est financé par le biais de trois sources: le budget du gouvernement (incluant le support de donateurs au budget), l'assistance par des donateurs hors-budget, et les dépenses personnelles privées. Les dépenses publiques sont allouées selon deux arrangements financiers: le fonds de performance MDG (FPMDG) par le biais du MFS, et les subventions globales fournies aux états régionaux par le Ministère des finances et du développement économique. Les subventions globales couvrent principalement les coûts récurrents tels que les salaires et les coûts d'opération, et le FPMDG couvre l'obtention d'équipements et de marchandises, la construction d'établissements de santé, la croissance de la capacité pour les travailleurs, et l'établissement de l'AMBC.¹ Les frais d'utilisation pour les patients et ceux obtenus sous forme de remboursement pour les frais exonérés au niveau du district servent à payer les fournisseurs de services au sein des établissements.

L'approche quant à la budgétisation et à la gestion du secteur de la santé publique est principalement basée sur les besoins (inputs) plutôt que sur les résultats (outputs). L'harmonisation des financements provenant de donateurs hors-budget (qui représentent la moitié de l'assistance externe), et une meilleure planification et coordination entre les gouvernements régionaux et le MFS, pourraient mener à une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources.

■ **Partage:** Lorsqu'ils seront étendus à l'ensemble de la population, les programmes de l'AMBC et de l'AMS couvriront la majorité des ménages du pays, et augmenteront le partage des risques, tout en réduisant les dépenses personnelles en santé. Le GdE contribue sous forme de paiements de subventions générales afin de couvrir les dépenses pour les patients hospitalisés et non-hospitalisés, les chirurgies, les médicaments et les ménages souscrits. Présentement, 6,5 millions de personnes sont inscrites au système de l'AMBC, ce qui constitue 7% de la population totale du pays (la couverture d'assurance-maladie au niveau national était de <1% il y a deux ans).²

En comparaison, l'AMS est basée sur l'emploi, et est obligatoire pour les employés du secteur public avant qu'elle soit étendue aux employés du secteur privé. L'implémentation du programme est prévue pour janvier 2016.

Pour ces deux arrangements de partage de risque, le GdE doit prudemment calibrer la conception des bénéficiaires, les mécanismes de paiement des fournisseurs, et coordonner les subventions au sein des programmes et entre ceux-ci. Le MFS a mis sur pied l'Agence d'Assurance-Maladie de l'Éthiopie (AAME) afin de gérer conjointement les programmes de l'AMBC et de l'AMS. Celui-ci travaille présentement avec des partenaires de développement afin d'évaluer les leçons et contribuer aux décisions basées sur les observations quant aux mécanismes de paiement.

■ **Achat:** Une part importante des services de santé (61%) est remboursée sous forme de dépenses du gouvernement. Cependant, une part de plus de 35% provient de dépenses personnelles effectuées par les ménages.³ Les contrats basés sur la performance sont utilisés afin d'améliorer l'offre de services, en transférant l'argent d'acheteurs (le MdS, les bureaux régionaux de la santé, et les bureaux de santé des districts) aux fournisseurs de service (établissements de santé) conditionnellement à l'atteinte de cibles de performance prédéterminées.

Sous le programme de l'AMBC, les fournisseurs sont remboursés sur une base de frais basés sur les services offerts. Les remboursements pour services offerts aux membres de l'AMBC, combinés à la collection de revenus par les établissements de santé, ont augmenté la disponibilité des ressources destinées à la santé au sein des établissements.

Rencontrer les Objectifs de Couverture Universelle de la Santé (CUS)

La CUS ne peut être atteinte que si les services de santé et la protection contre les risques financiers sont équitablement distribués. La protection financière équitable signifie que toute personne, indépendamment de leur niveau de revenu, a accès aux services de santé dont elle a besoin sans que ceux-ci ne causent de difficultés financières importantes.

Protection financière

Les estimations de la charge financière sous forme de dépenses personnelles pour les ménages est de 1,07-4% des revenus.⁴ Afin d'améliorer la protection financière, le GdE a établi des programmes d'exonération de frais, des programmes-pilotes de l'AMBC, et un contexte légal pour l'assurance-maladie dans le secteur formel.

Les services offerts par les établissements ne requièrent pas de paiements pour les personnes inscrites sous les programmes pilotes de l'AMBC. Les systèmes d'exonération et d'exemption des frais permettent aux individus les plus pauvres de recevoir des services de santé offerts par les établissements.

L'AAME a introduit de nouveaux indicateurs financiers reliés à la protection dans le Plan Annuel 2013/14. Ceux-ci pourraient aider dans la planification et le budget, incluant la couverture des programmes de partage des risques, le pourcentage de personnes pauvres pour lesquelles la prime est couverte par le gouvernement, et le pourcentage de partage de risques pour les membres utilisant les services.⁴

L'équité dans le financement et l'utilisation

Le nombre total d'établissements de soins de santé, particulièrement de centres de soins primaires, a augmenté par un multiple de 10 depuis 2005 et la distribution sur une base per capita est très équitable. Les capacités de services de niveaux secondaires et tertiaires, cependant, n'ont pas été grandement améliorées. Dans des régions où la standardisation du système d'exonération des frais et l'ensemble des services exempts ont été développés avec succès, les inégalités ont été réduites. L'analyse de l'utilisation des services exempts de frais sélectionnés montre que le quintile le plus pauvre tire de l'arrière quant à l'utilisation de ces services pour des raisons reliées à des facteurs sociaux et culturels, ainsi qu'à l'accès géographique.⁵

L'utilisation de services de santé au sein des membres de l'AMBC est près du double de la moyenne nationale, avec 0,7 visites d'établissements par personne par année.² Cependant, les plus grandes améliorations de couverture de services de soins de santé entre 2005 et 2011 se sont produites parmi les ménages les plus riches. Les tendances au niveau du nombre de visites par des patients non-hospitalisés pour des soins de santé entre 2000 et 2011 indiquent une importante disparité entre l'utilisation des soins en régions urbaines et rurales.⁵

De manière à améliorer les objectifs de CUS, la protection financière et l'amélioration de l'accès aux soins, le GdE aura besoin d'accélérer l'implémentation de l'AMBC et de l'AMS en identifiant les personnes ayant le plus de besoins, tout en défendant l'augmentation des allocations de ressources en provenance des budgets du secteur public et des partenaires internationaux.

Notes

1. Wang H et Ramana GNV. [Couverture Universelle de la Santé pour un développement durable et inclusif: Rapport de pays abrégé pour l'Éthiopie](#). Groupe World Bank. Août 2014.
2. Réformes du financement de la santé: L'expérience de l'Éthiopie. Dossier technique préparé pour la conférence USAID SOTA. Novembre 2015. USAID
3. [Profil de financement du système de santé de l'OMS, Éthiopie](#). 2013.
4. Alebachew A, Hatt L, Kukla M, Nakhimovsky S (2014) [Évaluation de la Couverture Universelle de Santé en contexte de bas revenus: Une étude de cas en Éthiopie](#). Bethesda, MD: Financement de la Santé & Projet de Gouvernance, Abt Associates Inc.
5. Alebachew A, Hatt L, Kukla M (2014) [Surveillance et Évaluation du progrès vers une Couverture Universelle de la Santé en Éthiopie](#). PLoS Med 11(9): e1001696.

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:

African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org

www.africanstrategies4health.org