

# ANALYSE SUCCINCTE DU BUDGET DE LA SANTE PUBLIQUE



2014-2019

Ce document constitue l'une des analyses qui explorent dans quelle mesure le budget national répond aux besoins des enfants de moins de 18 ans à Madagascar. Les analyses concernent la taille et la composition des allocations budgétaires de la santé publique qui affectent les enfants au cours de l'exercice 2019, ainsi que des informations sur l'efficacité, l'efficience, l'équité et le caractère adéquat des dépenses passées. Les principaux objectifs sont de synthétiser des informations budgétaires complexes afin d'être facilement compris par les parties prenantes et de formuler des recommandations pratiques susceptibles de rendre les processus de prise de décisions financières mieux adaptées aux besoins des enfants et des ménages pauvres.



# TABLE DES MATIERES

---

## SECTION 1

### INTRODUCTION

	5
1.1. Présentation du secteur de la santé .....	5
1.2. Principaux documents stratégiques .....	5
1.3. Performance du secteur .....	6

## SECTION 2

### EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTÉ

	7
2.1 Un rapprochement est nécessaire entre les besoins exprimés dans le PDSS et la budgétisation au niveau du Ministère .....	7
2.2 La hausse du budget à renforcer .....	7

## SECTION 3

### COMPOSITION DU BUDGET DE LA SANTÉ

	8
3.1 Composition économique.....	8
3.2 Répartition par programme (hors solde).....	8

## SECTION 4

### CREDIBILITE ET EXECUTION DU BUDGET

	9
4.1 Impacts de la Loi de Finances Rectificative .....	9
4.2 Taux d'exécution budgétaire et atteinte des indicateurs de performance .....	9
4.3 Faible exécution budgétaire des dépenses liées au financement externe .....	10

## SECTION 5

### DECONCENTRATION

	10
--	----

## SECTION 6

### FINANCEMENT DU SECTEUR SANTÉ

	11
6.1 Financement inscrit dans le budget .....	11
6.2 Ressources extrabudgétaires .....	11
6.3 Financement des ménages .....	11

## SECTION 7

### AUTRES ENJEUX LIÉS AU BUDGET DE LA SANTÉ

	12
7.1 Gestion des financements externes dans la Loi de Finances .....	12
7.2 Indicateurs de résultats .....	12
7.3 Les campagnes .....	12



# MESSAGES CLES ET RECOMMANDATIONS

---

**Le budget de la santé publique est encore insuffisant par rapport aux besoins de ce secteur.** Les efforts d'augmentation du budget doivent être poursuivis pour se conformer à la déclaration d'Abuja qui prévoit de consacrer 15% du budget à la Santé. Madagascar alloue actuellement 7% de son budget à la santé publique.

**Le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS<sup>1</sup>) prenant fin en 2019, son évaluation ainsi que l'élaboration d'un nouveau plan sectoriel doivent être effectués dans une démarche inclusive.** Les prévisions doivent prendre en considération les capacités de mobilisation des allocations.

**L'opérationnalisation de la Couverture de Santé Universelle (CSU<sup>2</sup>) doit être renforcée pour permettre aux couches vulnérables d'accéder aux soins de santé.**

**Le financement extérieur hors budget évolue de manière aléatoire.** La prévisibilité du financement extérieur pour la santé publique doit être améliorée et leur niveau doit être préservé par les partenaires.

**La capacité d'absorption des financements externes paraît faible et cela remet en question l'efficacité du budget de la santé publique.** Le gouvernement et les partenaires au développement devront travailler de concert pour lever les problèmes liés à la régularisation des dépenses sur financements externes.

**La part du budget pour le programme « Survie et Développement de la mère et de l'Enfant » sera en baisse à partir de 2020.** Par rapport aux enjeux identifiés<sup>3</sup>, ce programme doit être au contraire priorisé dans le budget.



---

<sup>1</sup> Le PDSS donne les orientations stratégiques, les objectifs et les axes prioritaires pour le développement du secteur santé Madagascar sur la période 2015-2019.

<sup>2</sup> Selon l'Organisation Mondiale de la Santé le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières.

<sup>3</sup> Cadre d'investissement pour la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, des Adolescents et de la Nutrition en cours d'élaboration



### 1.1 PRÉSENTATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le secteur de la santé publique à Madagascar est organisé selon une structure pyramidale, avec quatre niveaux d'accès aux services de santé. Le système est structuré en 119 districts sanitaires. Les services de santé peuvent être consultés à quatre niveaux différents : les centres de santé de base (CSB) I et II ; les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) avec ou sans plateau chirurgical ; les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR) ; et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui comprennent les centres spécialisés. Chaque district sanitaire comprend 10 à 25 centres de santé de base et un hôpital. Les districts sont divisés en zones de service couverts par les CSB. En termes de personnel, les CSB1s n'ont que des paramédicaux, alors que les CSB2s ont théoriquement un médecin et du personnel paramédical. En 2012, il y avait 3.074 CSB fonctionnels et 150 CHRD, dont environ 90 dotés d'un plateau chirurgical, 16 CHR et 6 CHU<sup>4</sup>.

### 1.2 PRINCIPAUX DOCUMENTS STRATÉGIQUES

En adéquation avec l'axe 4 de la Politique Nationale de Développement (PND), un Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) quinquennal a été élaboré pour la période 2015 à 2019 avec la vision : "En 2030, l'ensemble de la population malgache sera en bonne santé, dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive", avec 6 axes stratégiques d'intervention :

- ◆ Amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux ;
- ◆ Stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux ;
- ◆ Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé ;
- ◆ Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ;
- ◆ Renforcement de la lutte contre les maladies ;
- ◆ Promotion des comportements sains et protection de la santé.

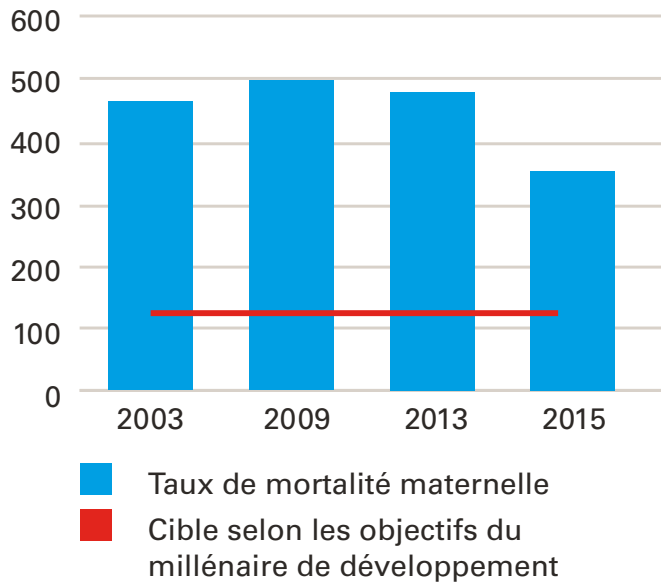
**Le PDSS prenant fin en 2019, son évaluation ainsi que l'élaboration d'un nouveau plan sectoriel doivent être effectués dans une démarche inclusive.**

<sup>4</sup> Revue des dépenses publiques du secteur santé, 2014.

### 1.3 PERFORMANCES DU SECTEUR

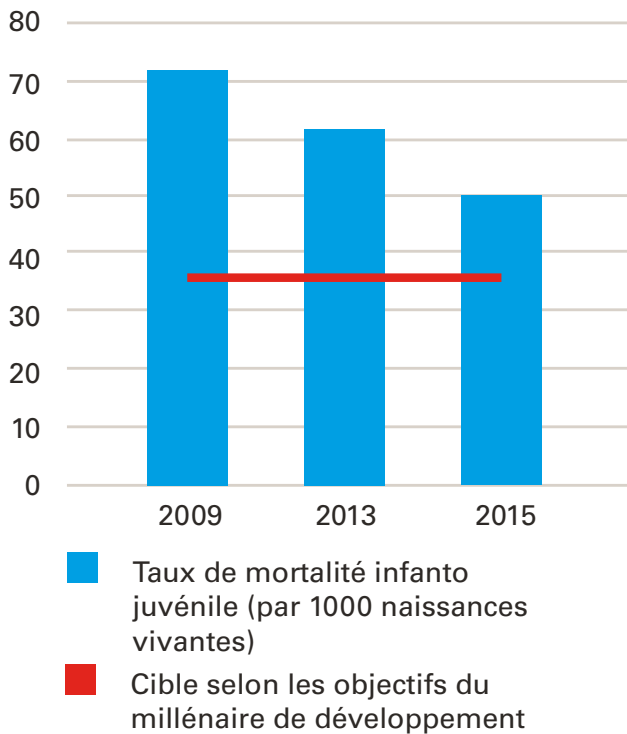
Les résultats en matière de santé ont été mitigés. Bien que les indicateurs sur la mortalité soient en baisse, les Objectifs du Millénaire de Développement n'ont pas été atteints.

**Graphique 1 : Taux de mortalité maternelle (estimation nationale, par 100,000 naissances vivantes)**



Source: World Development Indicators, OMS (2015) et OMD

**Graphique 2 : Taux de mortalité infanto-juvénile**



Source: World Development Indicators, OMS (2015) et OMD





## SECTION 2

# EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTÉ



### 2.1 UN RAPPROCHEMENT EST NÉCESSAIRE ENTRE LES BESOINS EXPRIMÉS DANS LE PDSS ET LA BUDGÉTISATION AU NIVEAU DU MINISTÈRE

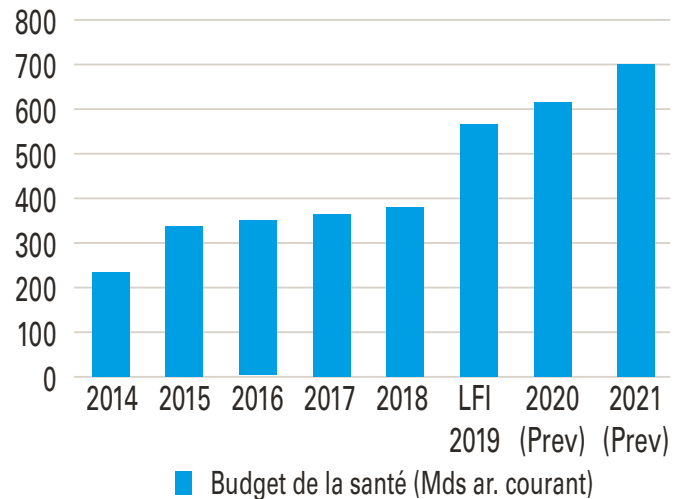
Si le PDSS a annoncé que les besoins en financement pour les 5 ans seraient pour le scénario minimum de 3.859,15 milliards d'ariary, les prévisions passées et à venir dans les Lois de Finances Initiales pour la Santé sont 2,5 fois inférieures<sup>5</sup>. Ce décalage entre la planification et la budgétisation nuit à la qualité des politiques publiques et hypothèque fortement l'atteinte des résultats attendus.

Pour l'élaboration du prochain plan quinquennal de la santé qui devrait être entamée, **une meilleure planification des ressources doit être appliquée** pour une crédibilité de la politique et de la budgétisation et l'obtention de résultats tangibles. De plus, afin d'optimiser les résultats, **toutes les parties prenantes devraient être associées suffisamment en amont**. Le gouvernement devrait ainsi enclencher une concertation inclusive à partir de la base pour identifier les besoins réels par commune.

### 2.2 LA HAUSSE DU BUDGET À RENFORCER

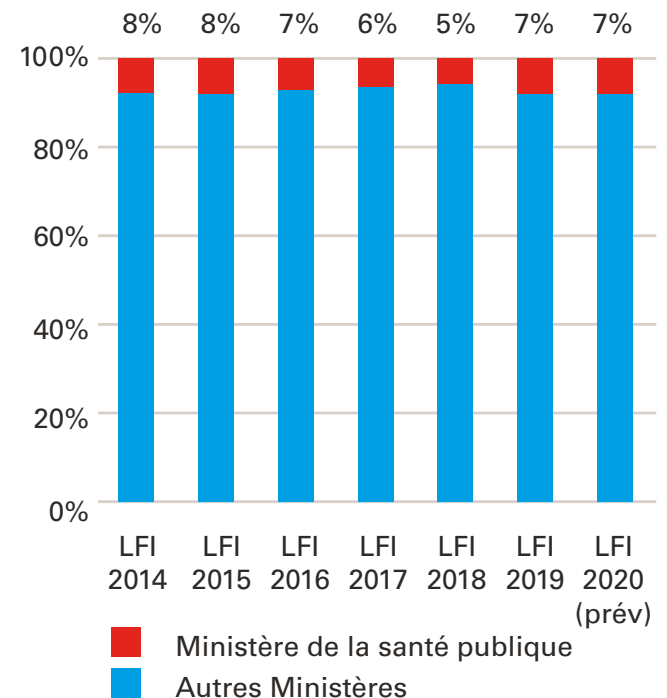
**Le budget du Ministère de la santé publique connaît une forte augmentation (+ 51,1%) dans la Loi de Finances Initiale (LFI) 2019 par rapport à 2018.** Avec un montant de 571 milliards d'Ariary, il monte au 4e rang des budgets les plus élevés. Sa part dans le budget de l'Etat passe de 5% (2018) à 7% (2019). Mais compte tenu des besoins de ce secteur vu à travers les résultats ci-dessus, le budget s'avère encore insuffisant. Les efforts d'augmentation du budget doivent être poursuivis pour se conformer à la déclaration d'Abuja qui prévoit de consacrer 15% du budget à la Santé.

**Graphique 3 : Evolution du budget de la santé de 2014 à 2021 (milliards d'Ar)**



Source : Graphique établi à partir des budgets dans les lois des finances initiales 2014-2019.

**Graphique 4 : Evolution du budget de la Santé Publique en pourcentage du budget total de 2014 à 2020**



Sources : Graphique établi à partir des lois de Finances Initiales et CDMT 2018 - 2020

<sup>5</sup> Cumul des budgets Santé dans les LFI2015, LFI2016, LFI2017 et prévisions 2018 et 2019 dans la LFI2017

## SECTION 3

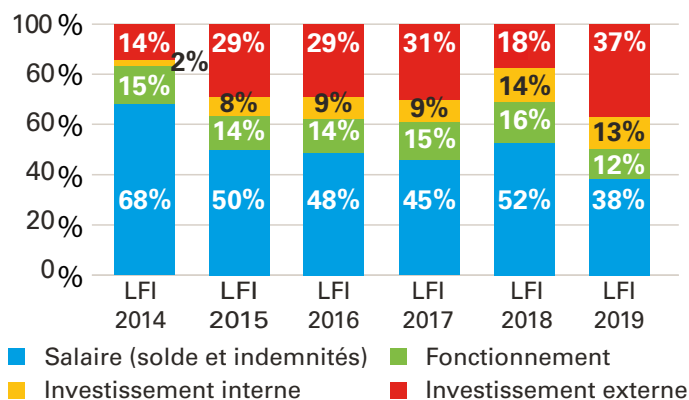
# COMPOSITION DU BUDGET DE LA SANTÉ



### 3.1 COMPOSITION ÉCONOMIQUE

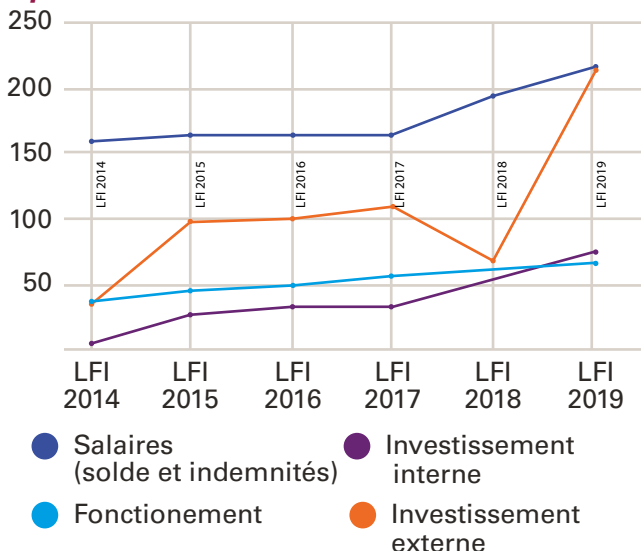
La composition des dépenses de la santé est marquée par une augmentation importante de l'investissement sur financement externe (+219%) en 2019. A l'origine de cette hausse importante, nous notons les apports suivants: l'apport de l'USAID de 136,5 milliards d'Ariary pour la lutte contre les maladies, l'apport de la Banque Mondiale et de l'UNICEF pour 32,5 Milliards d'Ariary dans le cadre de l'amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN). L'investissement sur financement externe passe ainsi de 18% (LFI 2018) à 37% (LFI 2019) du budget du secteur santé.

**Graphique 5 : Composition économique des dépenses de santé de 2014 à 2019**



Sources : Lois de Finances Initiales et CDMT 2018 - 2020

**Graphique 6 : Evolution par rubrique des dépenses de santé de 2014 à 2019**



Sources : Lois de Finances Initiales 2014 à 2019

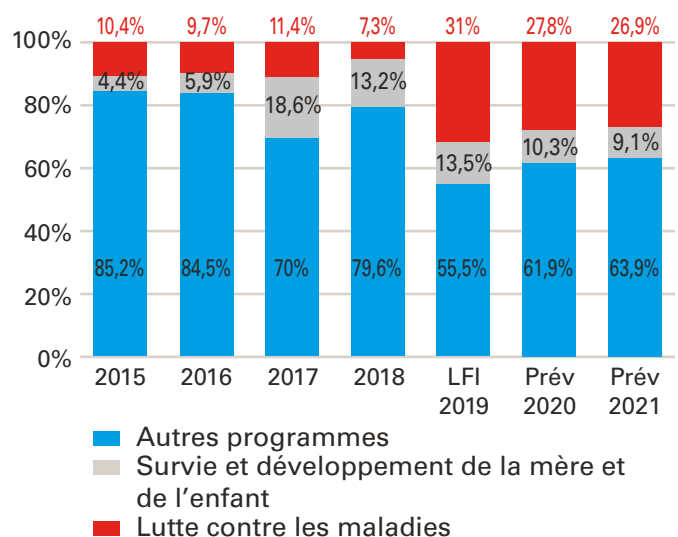
### 3.2 RÉPARTITION PAR PROGRAMME (HORS SOLDE)

Le budget du programme « **Survie et développement de la mère et de l'enfant** » est prévu de diminuer à partir de 2020. Avec un budget de 76,8 milliards d'Ariary pour 2019, les allocations du programme « **Survie et développement de la mère et de l'enfant** » restent aléatoires avec une baisse prévue en 2020 (10,3% du budget du secteur au lieu de 13,5% pour 2019) et 2021 (9,1% du budget du secteur pour un montant de 64.5 milliards d'ariary).

En même temps, le programme « **Lutte contre les maladies** » connaît une forte augmentation de son budget et devient le premier programme du Ministère de la Santé Publique.

Par rapport à la priorisation annoncée des mères et des enfants, les tendances prévues à la baisse de la part de ce programme dans le budget nécessitent une explication technique.

**Graphique 7 : Evolution par programme des dépenses de santé de 2014 à 2021**



Sources : Lois de Finances Initiales 2015 – 2018, PLF 2019 et CDMT



## SECTION 4

# CREDIBILITE ET EXECUTION DU BUDGET

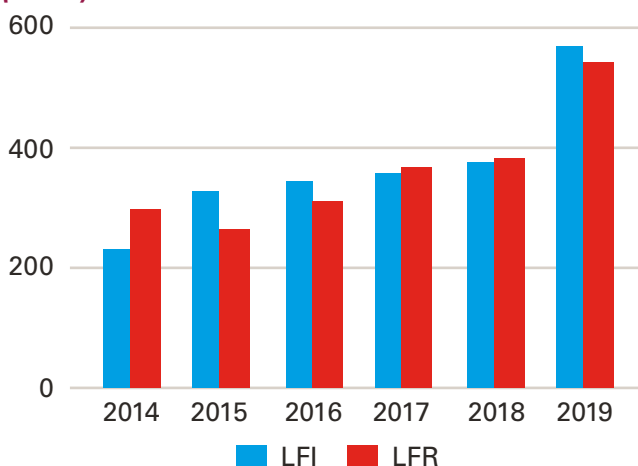


Dans cette section, nous examinerons les conséquences du recours systématique à la loi de finances rectificative, et les taux d'exécution des budgets du Ministère de la santé publique. La crédibilité et l'exécution du budget pourront ainsi être appréciées.

### 4.1 IMPACTS DE LA LOI DE FINANCES RECTIFICATIVE

**La pratique systématique de la Loi de Finances Rectificative perturbe la planification et l'exécution du budget.** Entre 2014 et 2018, le budget de la santé publique a subi des variations allant de +28% (2014) à -19% (2015). Dans la LFR 2019, le budget a subi une baisse de 4% pour descendre à 546,7 milliards d'Ar.

**Graphique 8 : Budget du Ministère de la Santé dans la LFI et la LFR de 2014 à 2018 et 2019 (PLFR)**

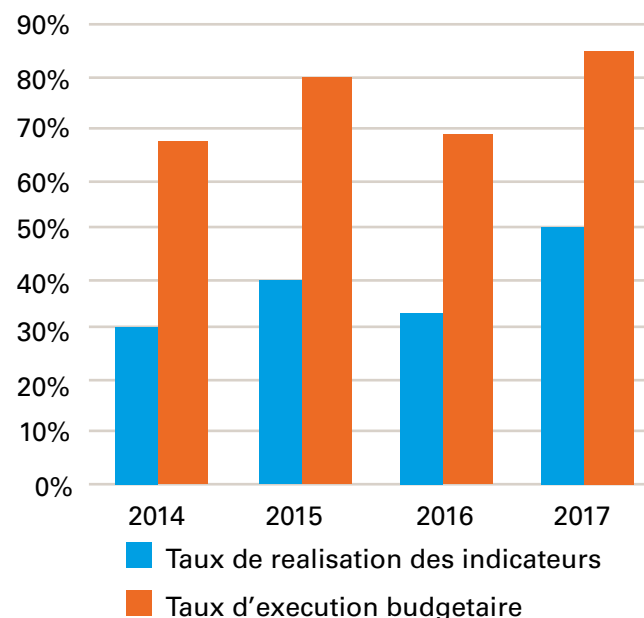


Sources : LFI et LFR 2014 à 2018, LFI 2019 et PLFR 2019

### 4.2 TAUX D'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE ET ATTEINTE DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

**L'efficacité des dépenses du secteur de la santé publique est remise en cause.** En effet, si le taux d'exécution du budget de la santé publique s'est amélioré entre 2016 et 2017 pour atteindre 85%, le taux de réalisation des indicateurs de performance reste faible avec un taux de 50% en 2017. Par ailleurs, la hausse du taux global d'exécution budgétaire est principalement imputable à un taux anormalement élevé de l'exécution du programme « Fourniture de services de santé de base » dont le niveau est de 194% alors que l'accès de la population aux services de santé de qualité n'a pas connu d'amélioration notable.

**Graphique 9 : Evolution du taux d'exécution budgétaire de 2014 à 2017 et atteinte des indicateurs de performance.**



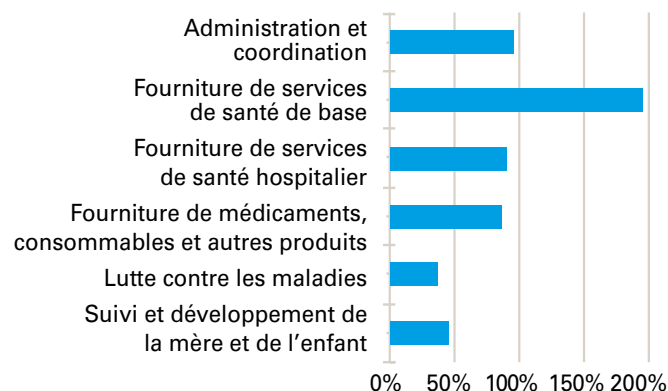
Sources : Loïs de règlement 2014, 2015 et 2016, projet de loi de règlement 2017.



## SECTION 5

# DECONCENTRATION

**Graphique 10 : Taux d'exécution budgétaire par programme en 2017.**



Source : PLR 2017.

### 4.3 FAIBLE EXÉCUTION BUDGÉTAIRE DES DÉPENSES LIÉES AU FINANCEMENT EXTERNE

**Les problèmes d'exécution budgétaire sont fortement liés aux financements externes.** Le Ministère et les bailleurs doivent ainsi chercher ensemble les moyens de régler de manière pérenne la régularisation des décaissements et des taxes afférents à ces financements.

**Tableau 1 : Taux d'exécution budgétaire par rubrique de 2015 à 2017**

Rubrique	2015	2016	2017
Droit et Taxe à l'Importation	6915%	7269%	15561%
Investissements internes (hors DTI)	24%	84%	96%
Investissements externes	43%	46%	64%

Sources : Documents de revue d'exécution budgétaire 4ème trimestre pour 2015, 2016 et 2017

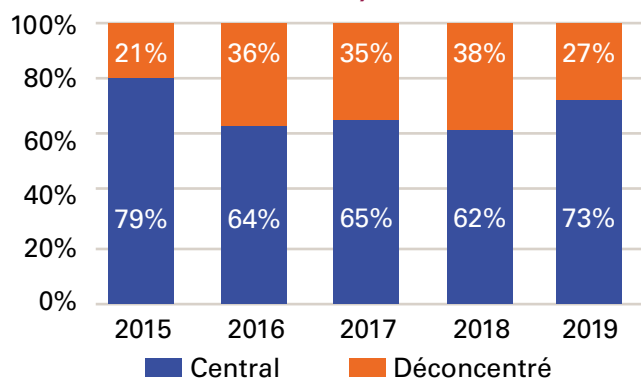
**La grande partie des allocations est attribuée au niveau central. Un net recul de la déconcentration budgétaire est constaté en 2019 avec une baisse de 11% par rapport à 2018.**

L'accès à la santé se fait principalement au niveau des CSB, qui devraient bénéficier d'une plus grande déconcentration du budget pour pouvoir impacter efficacement la population. L'Etat devrait ainsi s'engager résolument sur un plan de déconcentration élaboré de manière inclusive pour les 5 prochaines années.

Les enjeux de la déconcentration restent cruciaux avec la nécessité de garantir la présence d'un médecin dans chaque CSB. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances doivent travailler de concert pour la pérennisation des postes budgétaires liés aux affectations, avec les mesures d'accompagnement idoines pour permettre aux communes éloignées de garder les agents de santé et d'assurer la durabilité des services à la population.

Un indicateur de résultat lié à la déconcentration devrait être introduit dans le document de performance.

**Graphique 11 : Répartition du budget de la santé publique entre le niveau central et les structures déconcentrées, de 2015 à 2019.**



Source : Graphique établi après séparation entre allocations centrales et périphériques dans les lois de finances Initiales 2015-2016-2017-2018

## SECTION 6

# FINANCEMENT DU SECTEUR SANTÉ

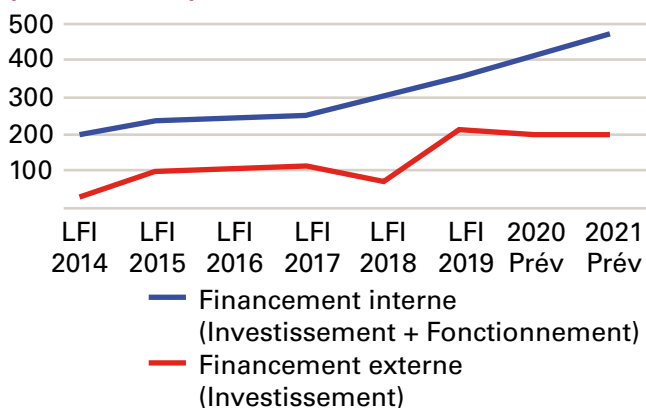


### 6.1 FINANCEMENT INSCRIT DANS LE BUDGET

Les financements internes ont connu une augmentation régulière depuis 2014. Ils représentent 62,5% du budget de la Santé en 2019 et sont prévus d'augmenter jusqu'à 70,9% en 2021. Ces prévisions d'augmentation continue des ressources propres internes sur la période 2019-2021 sont à maintenir. A partir de 2019, les financements externes inscrits dans le budget se stabilisent autour de 200 Milliards Ar. A l'intérieur de cette stabilité, nous trouvons que le financement extérieur pour le programme « Survie et développement de la mère et de l'enfant<sup>6</sup> » sera en baisse à partir de 2020 tandis que le financement extérieur pour le programme de lutte contre les maladies connaitra une hausse. Il est à noter que l'exécution de certains financements externes ne dépend pas du Ministère et les objectifs de certains projets pourraient être différents des priorités identifiées au niveau national.

**Le Ministère de la Santé doit renforcer son leadership en veillant à la convergence de toutes les allocations vers les priorités identifiées de manière concertée.**

**Graphique 12 : Evolution des financements du budget de la santé publique de 2014 à 2021 (Milliards Ar.)**

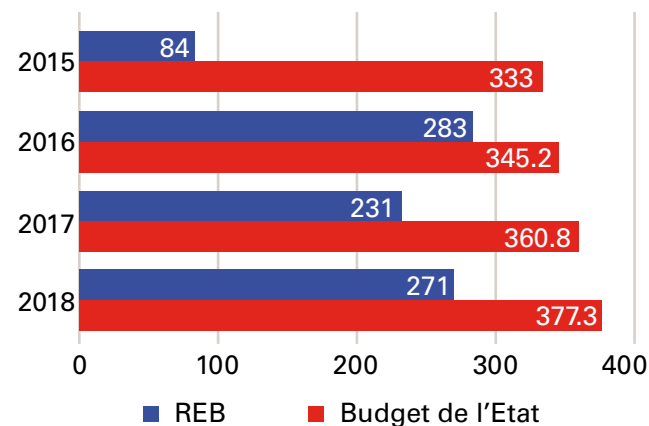


Sources : Graphique établi à partir des Lois de Finances Initiales 2015 – 2018, LFI 2019 et CDMT

### 6.2 RESSOURCES EXTRABUDGÉTAIRES

La persistance des financements extérieurs qui ne sont pas inscrits dans le budget continue d'handicaper le secteur. En effet, en 2018 les ressources extrabudgétaires représentaient 271 milliards d'Ar, soit 71,8% du budget du Ministère.

**Graphique 13 : Ressources extrabudgétaires et allocations dans le budget du Ministère de la Santé de 2015 à 2018 (en milliards d'Ar)**



Sources : Lois de Finances Initiales 2015 – 2018 – STPCA

### 6.3 FINANCEMENT DES MÉNAGES

Les derniers comptes nationaux de santé (2010) attribuent 40% des dépenses de santé aux ménages, ce qui peut entraîner un basculement dans la pauvreté pour des dépenses liées à la santé<sup>7</sup>. A Madagascar, le facteur financier est un obstacle à l'accès aux services de santé. **La mise en place de la CSU figure parmi les défis de la Politique Générale de l'Etat (PGE) et devrait être une priorité pour ralentir la spirale de la pauvreté.**

<sup>6</sup> Ce budget alloué au programme « Survie et développement de la mère et de l'enfant » inclue déjà le budget des Projets suivants : Projets retard de croissance, visant l'Amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN 2019-2023) financé par la Banque Mondiale et l'UNICEF, l'Appui au Programme Elargi de Vaccination, et la lutte contre le poliomyélite.

<sup>7</sup> Selon l'OMS, 3 personnes dans le monde basculent chaque seconde dans la pauvreté



# AUTRES ENJEUX LIÉS AU BUDGET DE LA SANTÉ



## 7.1 GESTION DES FINANCEMENTS EXTERNES DANS LA LOI DE FINANCES

Il apparaît que les fonds externes inscrits dans la Loi de Finances ne sont pas gérés par le Ministère, mais par des entités qui ne suivent pas les procédures du Ministère. Il est ainsi difficile d'engager la responsabilité de ce dernier au niveau de l'utilisation de ces fonds et de l'atteinte des résultats pour ces montants. Le taux de déconcentration et le taux d'exécution budgétaire, mesurés en tenant compte de ces montants, sont ainsi remis en cause.

**Un consensus devrait cependant être trouvé entre l'Etat et les bailleurs de fonds pour la gestion de ces fonds afin que le Ministère soit pleinement impliqué et redevable envers la population de leur utilisation et des résultats obtenus.**

## 7.2 INDICATEURS DE RÉSULTATS

Les indicateurs de résultats permettent d'évaluer qualitativement les réalisations du ministère. Pour optimiser la lisibilité des performances, le guide du CDMT élaboré par le Ministère de l'Economie et des Finances recommande de limiter le nombre de résultats par programme à un maximum de 3. **Avec 26 résultats pour 4 programmes en 2019, le ministère devrait revoir la pertinence et le nombre de ses indicateurs pour optimiser le suivi du secteur.**

**Tableau 2 : Nombre de programmes et de résultats dans les documents de performance de 2015 à 2019**

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Nombre de programmes</b>	06	06	06	04	04
<b>Nombre de résultats</b>	15	15	06	26	26

Sources : Lois de Finances Initiales 2015 à 2019

En 2016, le ministère indiquait une baisse du taux de paludisme au niveau des consultations

à 3.3%. La valeur-cible fixée en 2017 à 4% était ainsi en incohérence. Et, si à la fin de l'année 2017 le taux de réalisation a été de 0.39%, la valeur-cible fixée en 2018 est remontée à 4.5%.

**Les Ministères de la Santé et de l'Economie et Finances doivent veiller à la cohérence des valeurs fixées dans les indicateurs par rapport aux réalisations constatées.**

**Tableau 3 : Comparaison entre valeur-cible et réalisation pour la proportion des cas de paludisme simple parmi les malades vus en consultation externe des CSB (%)**

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Valeur cible</b>	4.5	5.5	4	4.5	4
<b>Réalisation</b>	9.88	3.3	0.39	ND	
<b>Budget pour le paludisme (milliards d'Ar)</b>	18.7	23.5	24.8	7.4	14.8

Sources : Documents de revue d'exécution budgétaire de 2015 à 2019

## 7.3 LES CAMPAGNES

A Madagascar la faiblesse des approches de routines et du système de santé oblige l'organisation des coûteuses campagnes de rattrapage. En effet, les vaccins traditionnels (diphtérie, coqueluche, tétanos, rougeole, poliomyélite et tuberculose), malgré leurs faibles coûts, ne sont pas pris en charge par l'Etat. Cependant, en cas d'occurrence d'une épidémie résultant de la faiblesse des approches de routines, cela coûte cher à l'Etat et aux partenaires pour l'éradiquer.

Selon les estimations de l'OMS et de l'UNICEF, la couverture vaccinale contre la rougeole à Madagascar était seulement de 58% en 2017. Plus de la moitié des cas (51%) déclarés au cours de la flambée épidémique de 2018-2019 n'ont pas été vaccinés ou ont un statut vaccinal inconnu<sup>8</sup>. Ainsi, l'épidémie de rougeole est liée aux faibles couvertures vaccinales des enfants. Celle-ci aurait pu être évitée par des approches de routines moins coûteuses.

<sup>8</sup> Source : Site web WHO: <https://www.who.int/csr/don/17-january-2019-measles-madagascar/en/>

### Pour plus d'informations:

---



 [ccocmadagascar@gmail.com](mailto:ccocmadagascar@gmail.com)

 [antananarivo@unicef.org](mailto:antananarivo@unicef.org)

### Elaboré avec l'appui de :

---



**Credits photos :**  
Abela Miarintsoa RALAIVITA

**Design :**  
[www.amelior.mg](http://www.amelior.mg)

