

Analyse budgétaire : Santé, période 2010-2021

Messages clés

- Les dépenses nominales pour la santé en 2021 ont atteint 2,840 millions de dinars,¹ ce qui représente une augmentation nominale de 5 pour cent par rapport à 2020, et une augmentation totale de 182 pour cent par rapport à 2010. Entre 2019 et 2020, nous observons une forte augmentation de 21 pour cent en réponse au choc imposé par la pandémie. Cependant, en termes réels, cela représente une augmentation de 13 pour cent sur la même période, avec un taux de croissance annuel moyen de 2 pour cent. Même si cela montre de réels progrès, la garantie d'améliorations durables demande des efforts plus importants.
- La Tunisie fait face à de fortes contraintes de ressources budgétaires pour répondre de manière adéquate à ses besoins de financement des soins de santé. Une hiérarchisation inefficace des dépenses entre les sous-secteurs et au sein du secteur de la santé peut aggraver ces contraintes. La hiérarchisation des dépenses vers les fonctions essentielles du système de soins de santé primaires, comme la prévention et la promotion de la santé, peut permettre à la Tunisie de mieux financer les biens et services essentiels. Ce dernier point pourrait améliorer la trajectoire de la Tunisie vers des systèmes de soins de santé primaires plus solides et vers la Couverture Maladie Universelle (CMU), ainsi que vers de meilleurs résultats.
- La transition démographique et épidémiologique que connaît la Tunisie s'accompagne de besoins croissants et changeants de sa population en matière de soins de santé. Ce phénomène, associé à une performance macroéconomique relativement faible et à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'espace fiscal, pose des défis supplémentaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle. La Tunisie peut explorer des moyens novateurs pour augmenter les recettes intérieures destinées à la santé, par exemple par le biais de politiques fiscales en faveur de la santé (par exemple, des taxes sur le tabac et l'alcool).
- Le budget de l'État ne représentait qu'entre 50 et 60 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé en 2018 (OMS 2018). On voit que près de la moitié des dépenses de santé est toujours financée hors budget, principalement par le biais des paiements directs par les patients. Cela entraîne des implications importantes quand on envisage d'améliorer la performance du budget et des dépenses, et soulève également des problèmes d'équité. Si l'on veut mieux suivre, planifier, exécuter, contrôler et orienter les

¹ Comme dans les autres notes budgétaires, les dépenses pour 2021 restent préliminaires.

fonds vers un financement durable du secteur de la santé, il est souhaitable de financer ce secteur de la santé sur le budget national. Il faut analyser l'incidence des budgets pour comprendre qui bénéficie des dépenses publiques. Une telle analyse pourrait aussi aider à développer des stratégies appropriées pour le financement de la santé, afin que les dépenses publiques soient dirigées vers ceux qui en ont le plus besoin. La promotion des régimes d'assurance pour la maladie, y compris la fourniture d'une assurance maladie formelle, devrait être considérée comme un moyen de réduire les niveaux élevés de paiements directs par les patients.

- La fluctuation des niveaux du budget de développement, à cause de taux d'exécution modestes, affecte la performance des dépenses d'investissement dans le secteur de la santé. En effet, ce phénomène libère moins de ressources financières et crée un déficit de financement pour les principaux intrants de santé, pour investir dans l'expansion et la consolidation des services de santé. La mise en œuvre d'un cadre de dépenses sectoriel à moyen terme (CDSMT) pour le secteur de la santé en Tunisie pourrait aider à mieux planifier, exécuter, suivre et orienter les financements vers les dépenses d'investissement. Cela pourrait également permettre de fixer des recommandations sur un certain pourcentage ou niveau de dépenses à affecter au développement à moyen terme, aux niveaux nationaux et sous-national.
- Le niveau élevé des dépenses salariales, couplé à la faiblesse des montants budgétisés pour d'autres dépenses récurrentes (par exemple les médicaments), soulève des inquiétudes quant à l'efficacité de la combinaison des intrants nécessaires pour améliorer l'accès à des services de santé de qualité. La qualité des soins dans les institutions financées par des fonds publics risque d'être entravée si on ne met pas, à la disposition du prestataire et/ou du patient, d'autres intrants complémentaires aux salaires du personnel du secteur. Ceci entraîne des inefficacités dans l'utilisation du budget récurrent. Il faudra creuser davantage, pour voir à quel moment du processus budgétaire peuvent avoir lieu différentes interventions qui pourraient améliorer l'allocation et l'utilisation du budget pour les dépenses récurrentes.
- Dans le contexte de la décentralisation en cours, la Tunisie doit veiller à ce que les allocations et les dépenses régionales soient alignées sur les priorités et les résultats nationaux en matière de santé. Pour ce faire, la Tunisie doit non seulement se pencher sur la prévisibilité et la stabilité des allocations régionales, mais aussi explorer la conception et l'administration des allocations régionales et des instruments de transfert. Par exemple, la Tunisie pourrait explorer des mécanismes permettant de financer une série de dépenses non discrétionnaires (déléguées) par le biais de transferts régionaux conditionnels (par exemple des transferts basés sur la performance) comme moyen d'inciter les gouvernements régionaux à améliorer la performance et la responsabilité.



Cette note budgétaire est l'une des cinq notes qui analysent le budget et les dépenses de la Tunisie sur la période 2010-2021, centrées sur les enfants. Ces notes explorent dans quelle mesure le budget de la santé répond aux besoins des enfants de moins de 18 ans en Tunisie. La note analyse la taille et la composition des allocations budgétaires approuvées pour l'éducation qui concernent les enfants au cours des exercices 2010 et 2021. L'objectif principal est de synthétiser des informations budgétaires complexes afin qu'elles puissent être facilement comprises par les parties prenantes, et de proposer des messages clés pour éclairer les processus de prise de décision politique et financière. Les données 2010-2019 proviennent de la base de données BOOST du ministère des finances. Les années supplémentaires 2020-2021 ont été prises en compte mais, en raison des nouvelles réformes budgétaires et des classifications des dépenses basées sur les objectifs, l'analyse de ces dernières années a parfois été limitée. Les résultats pour 2021 restent provisoires, car ils sont dérivés des données fournies par les lois de finances. Les analyses sous-nationales n'ont pas pu être réalisées à cause des données désagrégées par gouvernorat étant insignifiantes. Les auteurs principaux de ces rapports sont Dr Lucia Corball, Hannah Rowett, Tomas Lievens (Genesis Analytics) et Dr Marwen Hkiri. Ces auteurs sont très reconnaissants du soutien continu de l'UNICEF Tunisie et de l'engagement des parties prenantes pour la réalisation du projet.

INTRODUCTION

Le secteur de la santé en Tunisie relève du mandat du gouvernement national et du ministère de la Santé, sur la base des orientations contenues dans différents plans stratégiques, à savoir la *Politique Nationale de Santé et le Plan Stratégique*, la *Stratégie Nationale De Développement Durable*, la *Stratégie Nationale Multisectorielle Pour La Promotion De La*

Santé Des Adolescents Et Des Jeunes, la *Stratégie Nationale de la Santé Maternelle et Néonatale*, la *Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et Contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT)* et, plus récemment, la *Stratégie de Riposte au COVID-19*. En outre, la santé est l'un des principaux domaines d'intervention du « Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement en Tunisie (2021-2025). » (Tableau 1)

Tableau 1 : Cadre stratégique pour la santé : Politiques, stratégies et plans clés qui guident le secteur

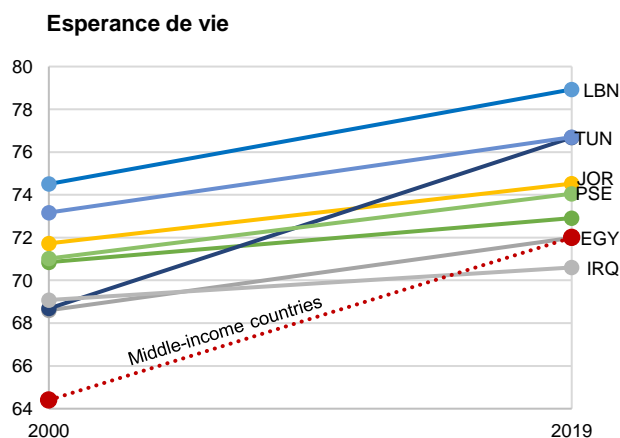
Intitulé du document	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Plan national de la santé	■								■				
Stratégie nationale de développement durable					■								
La Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et Contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT)							■						
Stratégie nationale multisectorielle pour la promotion de la santé des adolescents et des jeunes en Tunisie							■						
Stratégie nationale de la santé maternelle et néonatale									■				

Aperçu des tendances récentes et perspectives

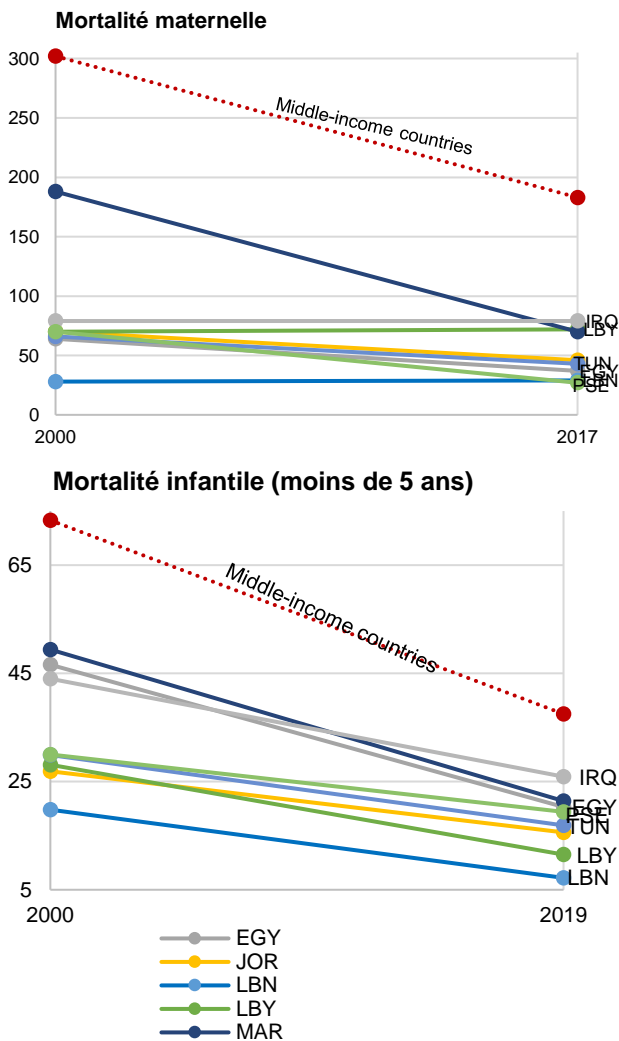
La Tunisie a enregistré d'énormes progrès dans l'amélioration de ses résultats en matière de santé et surpasse les autres pays à revenu intermédiaire inférieur de la région. Le taux de mortalité infantile a diminué de 56 pour cent depuis 2000 pour atteindre 16.9 pour cent. De plus, en 2019, les taux de mortalité néonatale, infantile et juvénile étaient inférieurs aux moyennes des pays à revenu intermédiaire et parmi les plus bas de la région MENA. Le taux de mortalité maternelle de la Tunisie s'est également amélioré au fil du temps, les estimations actuelles le situant à un niveau comparable à ceux de la moyenne des pays à revenu intermédiaire supérieur. Cela place la Tunisie parmi les pays ayant les meilleurs résultats dans la région (Figure 1).

La plupart de ces réalisations se sont accompagnées d'un déclin important des principales maladies transmissibles. La morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles et à d'autres causes de maladies maternelles et infantiles ont diminué de 33 pour cent au sein de la population générale et de près de la moitié chez les enfants de moins de cinq ans entre 2010 et 2019 (Figure 2).

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie, de la mortalité maternelle et infantile en Tunisie et dans d'autres pays MENA, 2010 - 2017/19.²



² World Health Organization and World Bank Joint Estimates

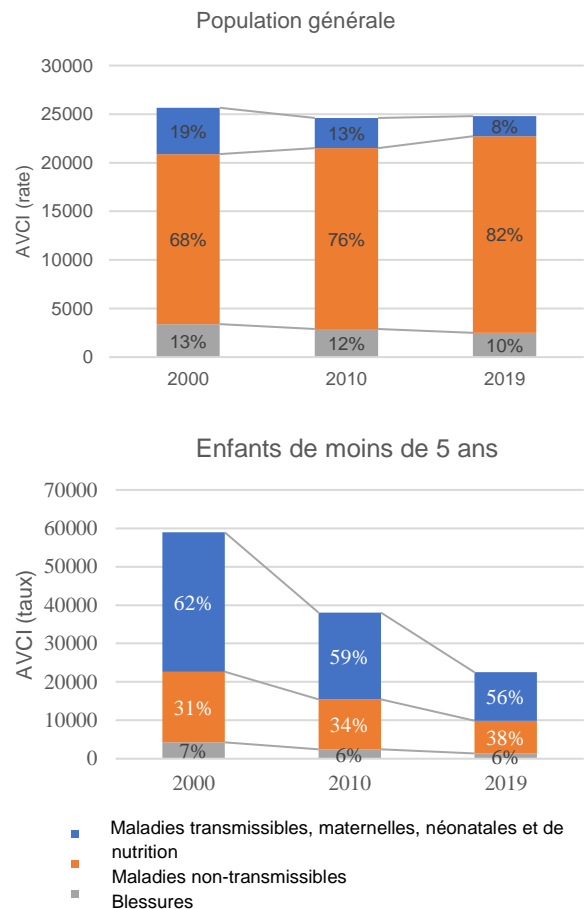


Source: World Health Organization and World Bank Joint Estimates.

En outre, la Tunisie connaît une transition démographique caractérisée par une augmentation de l'espérance de vie, qui est passée de 62,9 ans en 1981 à 75,4 ans en 2019, et une baisse marquée du taux de fécondité (de 5,1 enfants par femme à 2,2 enfants sur la même période). Cela pose des défis si l'on veut répondre à l'évolution des besoins en soins de santé de la population.

Le pays connaît également une transition épidémiologique. Alors que plus de la moitié des décès et des maladies chez les enfants de moins de cinq ans sont dus à des conditions transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles, la population adulte est de plus en plus touchée par des maladies non transmissibles (MNT). Il convient de noter que de nombreuses MNT sont étroitement liées à des conditions présentes dans l'enfance, comme la malnutrition (par exemple, le retard de croissance). Pour faire face à cette double charge de morbidité, il convient d'investir et de dépenser en priorité dans des interventions et des programmes qui permettent de mieux prévenir et traiter ces affections.

Figure 2: Charge de morbidité dans la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans (2010 et 2019).



Source: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Database

Note : La charge de morbidité est exprimée en AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité) pour 100.000 personnes. Les AVCI sont une mesure qui synthétise la charge causée par la perte de santé (morbidité) et par la perte de vie ou les décès (mortalité) dus à différentes maladies.

Les progrès réalisés, et ceux à atteindre, ont et auront un coût pour la Tunisie. La comparaison entre les résultats et les dépenses publiques montre que la Tunisie pourrait obtenir de meilleurs résultats avec les niveaux actuels de dépenses publiques en matière de santé. Comme le montre la

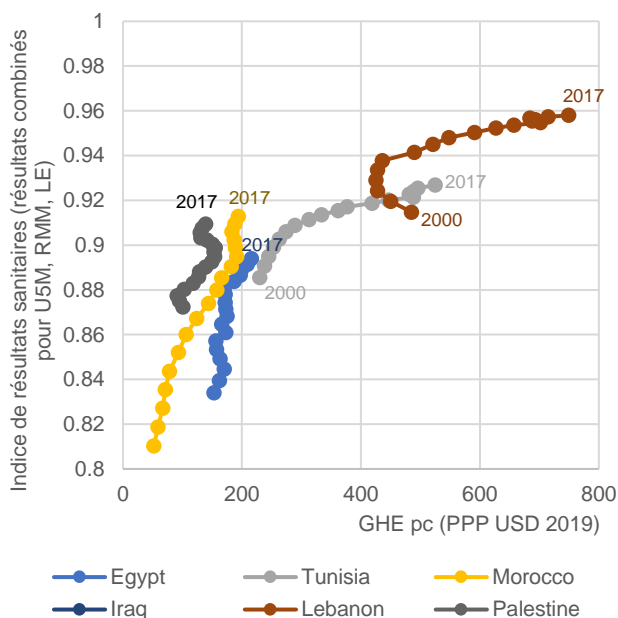
Figure 3, la Tunisie a atteint de bons résultats par rapport à d'autres pays à revenu moyen inférieur de la région MENA, mais avec un niveau de dépenses beaucoup plus élevé. Notamment depuis 2013, les progrès en termes de résultats ont stagné, alors que les dépenses ont continué à augmenter (en dollars internationaux ajustés à la parité de pouvoir d'achat). Cela confirme qu'améliorer l'efficacité du système de santé par une meilleure hiérarchisation des dépenses entre les secteurs et au sein du secteur de la santé pourrait améliorer la courbe des résultats par rapport aux dépenses et assurer une meilleure optimisation des dépenses publiques.

Infrastructures de santé et ressources humaines

La Tunisie se compare à son avantage aux pays à revenu intermédiaire et aux autres pays de la région en termes de qualité de son système de santé, de disponibilité et d'accès aux services de santé essentiels, notamment pour la vaccination, la couverture prénatale, l'assistance qualifiée à la naissance, etc. Avec 18,5 lits pour 10 000 personnes (2019), la Tunisie se classe mieux que la plupart des pays à revenu intermédiaire de la région.³ La moyenne pour la région MENA est de 15 lits pour 10,000 personnes (2017).⁴ Par contre, avec 13,2 médecins pour 10,000 habitants,⁶ la Tunisie est en-dessous de la moyenne de la région MENA avec 14 lits pour 10,000 habitants. En ce qui concerne le nombre d'infirmières et sages-femmes pour 10,000 habitants, la Tunisie est équivalente à la moyenne de la région MENA avec 25 infirmières et sages-femmes pour 10,000 habitants.⁷

Le secteur privé de la santé en Tunisie joue un rôle de plus en plus important dans la fourniture de soins de santé ; il s'est développé au cours des deux dernières décennies, offrant 20 pour cent de la capacité totale en lits, employant 60 pour cent des médecins et représentant 74 pour cent des technologies avancées disponibles dans le pays.⁸

Figure 3: Résultats en matière de santé dans les pays de la région MENA par rapport aux niveaux de dépenses publiques de santé, 2000-2017.



Source : L'indice de résultats a été construit à partir des estimations conjointes de la Banque mondiale, de l'UNICEF et de l'OMS concernant le taux de mortalité maternelle (MMR), la

³ Carte sanitaire, 2019

⁴ Banque Mondiale, 2020.

⁵ En 2017, selon les données de la banque mondiale, la Tunisie a 22 lits pour 10,000 habitants.

⁶ Carte sanitaire, 2019

mortalité des moins de cinq ans (U5M) et l'espérance de vie (LE). Les données sur les dépenses publiques de santé proviennent de l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Financing Global Health Database (2020). GHE pc : Dépense publique de la santé par habitant en dollar international 2019.

Note : chaque puce de la trajectoire de chaque pays représente une année, la puce la plus basse représentant l'année 2000, et la dernière puce de la trajectoire l'année 2017.

TENDANCES DES DÉPENSES PUBLIQUES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

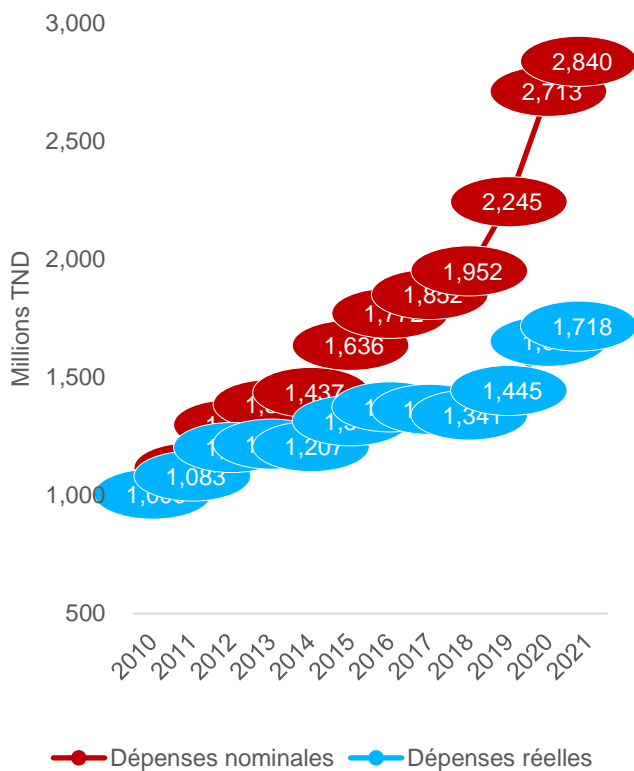
Les dépenses nominales pour la santé en 2021 ont atteint 2,840 millions de dinars,⁹ ce qui représente une augmentation nominale de 5 pour cent par rapport à 2020, et une augmentation totale de 182 pour cent par rapport à 2010. Entre 2019 et 2020, nous observons une forte augmentation de 21 pour cent en réponse au choc imposé par la pandémie. En termes réels, cependant, les dépenses de santé affichent une tendance plutôt stagnante entre 2015 et 2019 (figure 4) avec un faible taux de croissance annuelle de 3.8 pour cent en cette période contre 9,4 pour cent en termes nominaux. De 2010 à 2020, les dépenses réelles ont augmenté de 64 pour cent. La plus forte augmentation des dépenses entre 2019 et 2021 s'explique en partie par la réponse à la pandémie de COVID-19.

⁷ Banque Mondiale, 2020.

⁸ Les données sur les dépenses publiques de santé proviennent de l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Financing Global Health Database (2020).

⁹ Comme dans les autres notes budgétaires, les dépenses pour 2021 restent préliminaires.

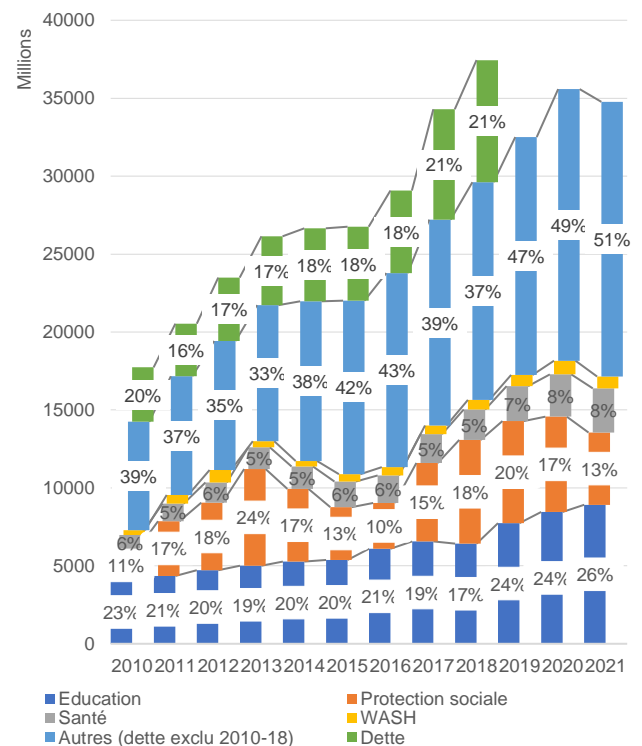
Figure 4: Tendence des dépenses du secteur de la santé en valeur nominale et en valeur réelle, 2010-19 (millions de Dinars).



Sources : Auteurs, utilisant les données BOOST.
 Note : Les taux d'inflation pour chaque année ont été estimés à partir de l'indice d'inflation publié par le FMI, dans la base de données des Perspectives de l'économie mondiale (WEO) (2021) (l'année de base est 2015). Les données de 2021 sont basées sur la loi de finance. Certaines dépenses dans le secteur de la santé sont hors-budget, non-financé par l'Etat, tel que les dépenses envers les polycliniques financés par la CNSS.

La santé est le troisième plus grand secteur social après l'éducation et la protection sociale, et reçoit 8 pour cent des dépenses en 2021 (Figure 5). Les dépenses de remboursement de la dette sont importantes : elles comptent pour une moyenne de 18 pour cent jusqu'en 2018.¹⁰ Selon le Ministère des Finances, les dépenses en termes de services de la dette publique sont toujours élevées ces dernières années, atteignant 34 pour cent du budget de l'Etat en 2021.^{11, 12} Il est important de noter que les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB et en part du budget total sont restées relativement stables sur la période étudiée.

Figure 5 : Dépenses réelles sectorielles (pourcentage des dépenses réelles totales de l'État)



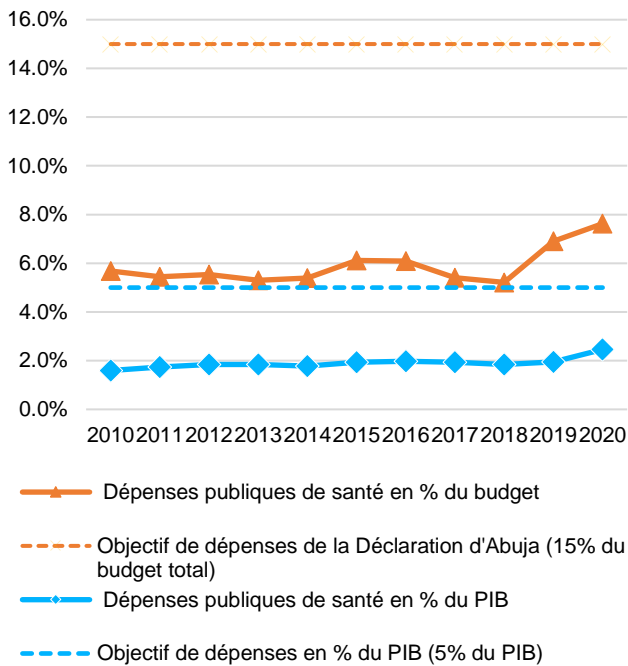
Sources : Auteurs, utilisant les données BOOST. Les informations sur la dette n'étaient disponibles que jusqu'en 2018.

Les seuils des dépenses publiques de santé demeurent bien inférieurs aux objectifs internationaux et la courbe future de progression vers ces objectifs n'est pas évidente sur la base des tendances passées. Deux seuils de dépenses sont utilisés : la Déclaration d'Abuja, où il est recommandé de consacrer 15 pour cent du budget à la santé, et l'allocation. En effet, l'engagement financier du gouvernement en faveur de la santé n'a pas atteint l'objectif international fixé dans la Déclaration d'Abuja, à savoir consacrer 15 pour cent du budget à la santé. Les dépenses de santé publique, en tant que part du budget total, ont fluctué entre 2010 et 2017, avec une diminution totale de 0,6 point de pourcentage en 2017, suivi par une augmentation de 2 points de pourcentage entre 2017 à 2019. Cette augmentation résulte de la priorité relative accordée aux dépenses de santé. Les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB ont augmenté en moyenne de 1.8 pour cent, plaçant la Tunisie à moins de la moitié de l'objectif de 5 pour cent du PIB pour les dépenses de santé (Figure 6).

¹⁰ Données directement disponibles selon la classification ADMIN2 de BOOST.
¹¹ Ministère des Finances, 2022. *Service de la dette publique*. <http://www.finances.gov.tn/fr/les-indicateurs/depenses>
¹² Jusqu'en 2018, les données de la service de la dette publique sont directement disponible dans BOOST, sous la classification

ADMIN2. Les statistiques sur la dette n'étant plus disponibles sous ADMIN2 ces dernières années, cette catégorie est omise de ce graphique pour ne pas présenter les données de deux sources différentes dans le même graphique. Les dépenses envers la dette sont donc comprises dans la classification "autres".

Figure 6: Évolution des dépenses en faveur de la santé par rapport aux cibles internationales, 2010-19 (en pourcentage du PIB et du budget total).



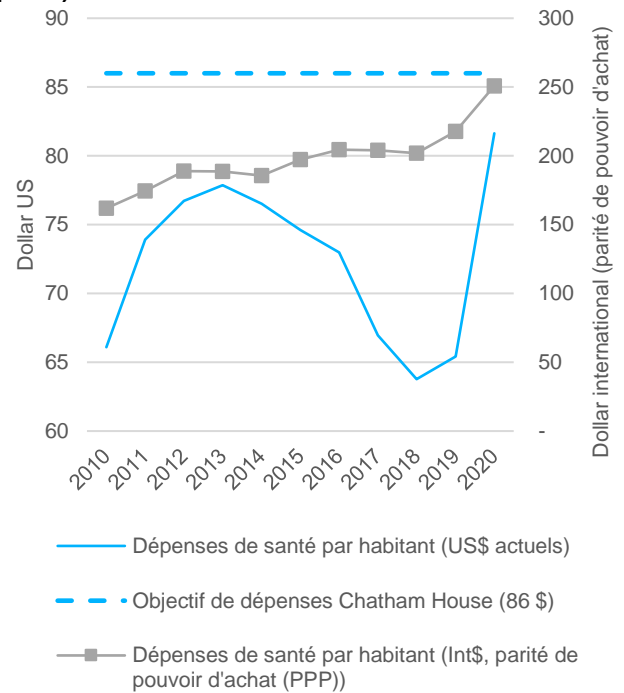
Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

Note : Les estimations du PIB proviennent de la base World Economic Outlook (WEO) (IMF, 2021). Les données de 2021 sont basées sur la loi de finance. Les informations sur les taux de change annuels moyens provenant de la base de données de la Banque mondiale ne sont pas encore disponibles pour la Tunisie pour 2021.

Les dépenses publiques de santé par habitant étaient d'environ 65 USD (194 dinars) en 2019, presque le même niveau que celui enregistré en 2010 (66 USD). Depuis 2013, les dépenses publiques de santé par habitant ont diminué de 16 pour cent. Cette tendance à la baisse s'explique en partie par l'augmentation des taux d'inflation. Ceci, conjugué à une dévaluation du dinar par rapport au dollar, s'est manifesté par le doublement du taux de change au cours de la même période. La forte augmentation observée en 2020 peut s'expliquer par la réponse au COVID-19, qui s'est accompagnée d'une forte mobilisation des ressources publiques vers le secteur de la santé. Si l'on tient compte de la parité de pouvoir d'achat (PPA), les dépenses de santé par habitant ont augmenté de 36 pour cent entre 2010 et 2019 (Figure 7).

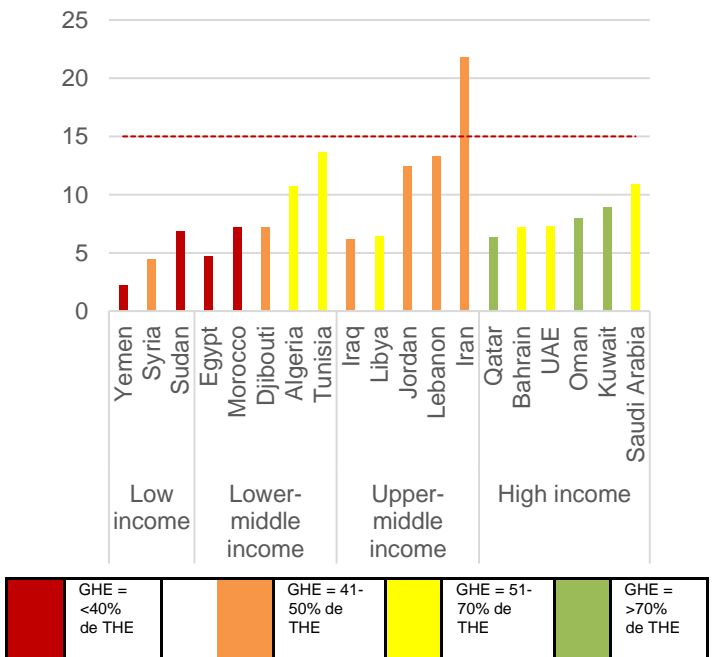
Le gouvernement tunisien dépense plus que certains de ses homologues de la région en matière de santé, soit 8 pour cent du budget national total. Dans la région, aucun pays ne réussit à atteindre le niveau de la Déclaration d'Abuja. (Figure 8)

Figure 7: Tendances des dépenses de santé par habitant, 2010-19 (en dollars courants et en dollars internationaux ajustés pour le pouvoir d'achat de parité).



Source : Auteurs, utilisant les données BOOST. Les données de 2021 sont basées sur la loi de finances. Les informations sur les taux de change annuels moyens provenant de la base de données de la Banque mondiale ne sont pas encore disponibles pour la Tunisie pour 2021.

Figure 8: Dépenses courantes de santé dans certains pays de la région MENA, dernières données disponibles (en PPA par habitant et en pourcentage des dépenses publiques générales)

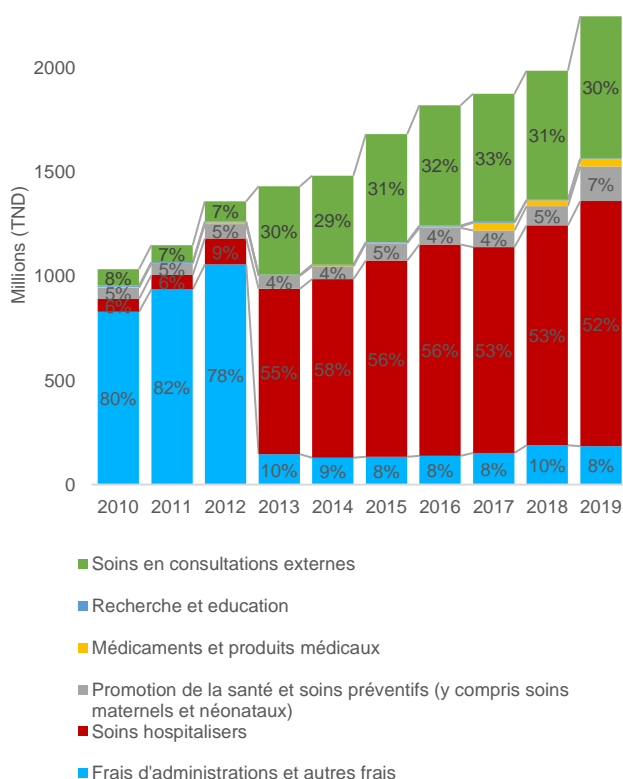


Source: World Health Organization, Global Health Expenditure Database. Les estimations portent sur la plus récente année disponible (2017 ou 2018).

Composition des dépenses dans le secteur de la santé

Le système de prestation de services de santé en Tunisie est structuré autour d'un système à trois lignes de soins : la première ligne, avec un réseau de près de 100 hôpitaux de circonscription et de plus de 2000 centres de santé de base ; la deuxième ligne, avec 35 hôpitaux régionaux ; et la troisième ligne, composé d'hôpitaux de centres spécialisés et d'hôpitaux universitaires. Chacune de ces lignes de services de soins remplit des fonctions différentes. La plus grande part du budget de la santé est consacrée au financement des services aux patients hospitalisés (40 pour cent en moyenne de 2010-2019). En 2019, les soins hospitaliers représentaient 40 pour cent des dépenses totales. Ensuite, il y a les soins en consultations externes (consultations ambulatoires) (30 pour cent), les fonctions administratives (8 pour cent), et la promotion et les soins préventifs (7 pour cent) pour 2019 (Figure 9).

Figure 9: Dépenses du secteur de santé, par fonction, 2010-19 (en millions de Dinars et en pourcentage du budget total).



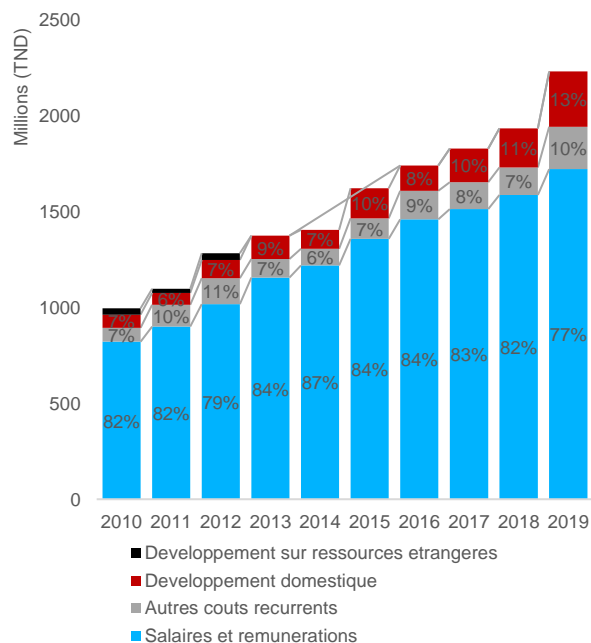
Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

Note : Avant 2013, les dépenses sont classées selon leur nature économique et il est difficile de les classer par programme ou fonction. Après 2013, les dépenses sont classées par programme et sous-programmes et par prestataires de santé et services fournis, ce qui facilite la saisie de l'utilisation fonctionnelle. La classification fonctionnelle du budget a été effectuée manuellement à l'aide de mots clés et des critères de classification du COFOG de 2010 à 2019.

La part des dépenses des trois lignes de soins de la santé publique n'a pas connu d'évolution majeure depuis 2013 ; cela nous invite à une réflexion sur l'efficacité et l'efficacé de ces dépenses face à une demande accrue des services de soins et l'urgence à développer l'infrastructure sanitaire. Par exemple, la promotion et les soins préventifs sont au cœur des soins de santé primaires, mais restent largement sous-financés ; pourtant, la mise en priorité des dépenses liées aux soins de santé primaire (SSP) s'est révélée un catalyseur pour atteindre la couverture de santé universelle dans les pays à revenu intermédiaire.

Le budget de la santé publique est majoritairement alloué aux dépenses de fonctionnement, et laisse très peu de marge pour financer les investissements publics. La part du budget récurrent s'est maintenue autour de 98 pour cent entre 2010 et 2019. Les salaires et les rémunérations du personnel consomment une part prépondérante, en moyenne 82 pour cent, du budget total de la santé dans la période 2010 et 2019. Cela laisse peu d'espace fiscal pour d'autres dépenses récurrentes, comme l'achat de médicaments et de biens médicaux, qui sont également des éléments essentiels pour améliorer les soins, les performances du secteur de la santé et garantir la couverture universelle de santé (Figure 10).

Figure 10: Tendances des dépenses de santé selon la nature économique, 2010-19 (en millions de Dinars et pourcentage du budget).



Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

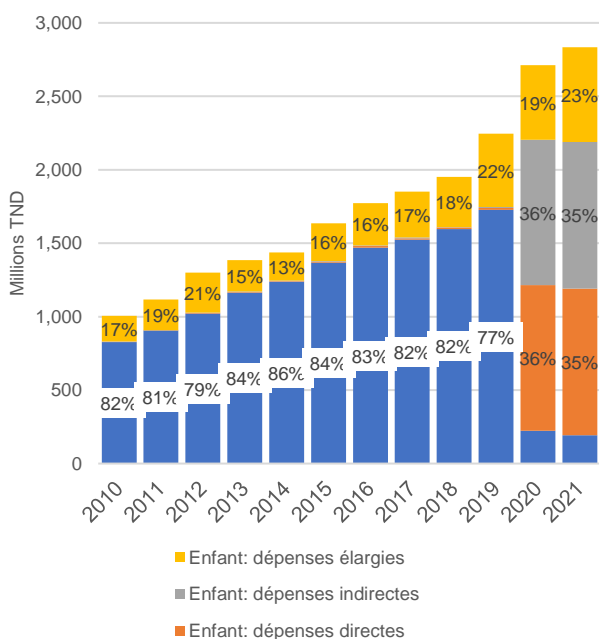
Note : Le variable utilisé pour créer ces catégories (ECON2) n'est disponible que jusqu'en 2019, avant la nouvelle nomenclature. Les dépenses sur ressources étrangères fait référence à l'aide publique au développement.

Les dépenses ciblant les enfants et les ODD

Des investissements dans la santé des enfants, en particulier, présentent des avantages importants. Ces investissements permettent d'obtenir des adultes plus productifs et mieux éduqués et entraînent des évolutions démographiques favorables. De plus, les investissements dans la santé des enfants ont des effets positifs sur la réduction de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Les dépenses dans le secteur de la santé ciblant les enfants sont donc particulièrement importantes en Tunisie, où le taux de pauvreté chez les enfants est de 25 pour cent.¹³

Les dépenses en faveur des enfants ont été à peine prises en compte dans le budget entre 2010 et 2018. Seule une faible proportion des dépenses totales dans le secteur de la santé a pu être liée à des dépenses directes en faveur des enfants (<1 %). Pourtant, les dépenses bénéficiant directement aux enfants ont augmenté au cours de la période à partir de 2019 (Figure 12). Cela peut s'expliquer en partie par le nouveau BM qui permet une compréhension plus complète des bénéficiaires et des fonctions des dépenses, mais aussi par l'amélioration du processus de formulation du budget qui reflète mieux la mise en priorité des dépenses et des investissements en faveur des enfants. Il s'agit d'une avancée bienvenue vers la transparence du budget et des finances publiques.

Figure 11: Dépenses du secteur de la santé consacrées aux enfants, par type de dépenses axées sur les enfants, 2010-21 (en millions de TND et en pourcentage du budget)



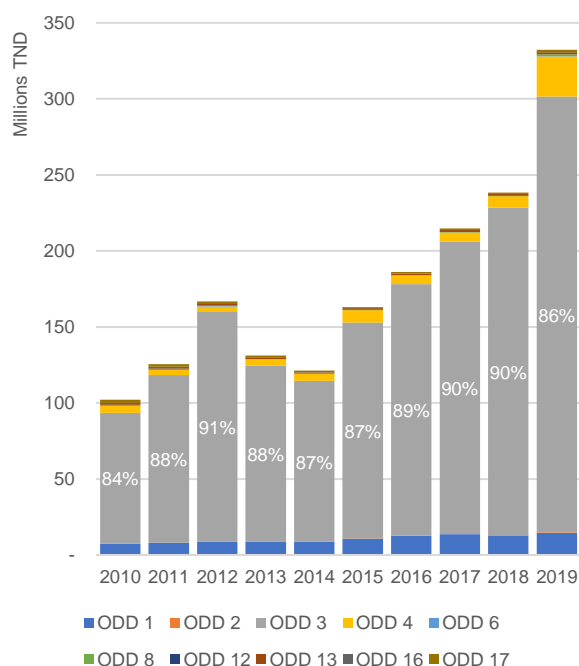
Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

¹³ INS. Carte de la pauvreté

La Tunisie reconnaît l'importance d'investir dans les ODD pour stimuler le développement de son capital économique et humain. Après l'adoption des Objectifs de Développement Durable (agenda 2030) par l'Assemblée Générale de l'ONU en 2015, la Tunisie a réitéré son engagement en faveur de l'Intégration, l'Accélération et le Soutien Politique (MAPS) aux ODD en 2018 et a lancé le processus d'opérationnalisation de leur mise en œuvre en créant une interdépendance des ODD au cœur des politiques publiques.

La majeure partie des dépenses du secteur de la santé contribue au financement des ODD (99%). La plus grande part des dépenses qui contribuent aux financements des ODD touchent les cibles de l'ODD 3 : bonne santé et bien-être. Plus précisément, 88 % des dépenses qui contribuent aux ODD dans le secteur de la santé visent à atteindre l'ODD 3. Néanmoins, certaines dépenses dans le secteur de la santé bénéficient à d'autres ODD : notamment l'ODD 1 (Éliminer la pauvreté) et l'ODD 4 (Éducation de qualité). Il est important de noter qu'une partie des dépenses dans le secteur de la santé ne contribue au financement d'aucun des ODD et que la quasi-totalité des dépenses relatives aux ODD sont des dépenses récurrentes (>95 pour cent). Cela pose des problèmes d'efficacité et de hiérarchisation des priorités.

Figure 12: Part des dépenses du secteur de la santé contribuant au financement des ODD.

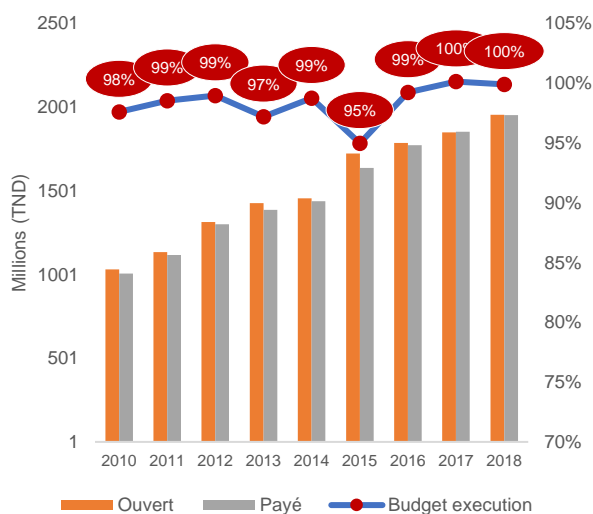


Source : Auteurs, utilisant les données BOOST. Voir le rapport sur les ODD.

Prévision et exécution budgétaires du secteur de la santé

La précision de la budgétisation et de l'exécution budgétaire est relativement élevée pour la période 2010-2018.¹⁴ Les écarts entre le budget approuvé et les dépenses réelles ont diminué de 1.8 pour cent par rapport au taux moyen d'exécution du budget pour la période 2010-2017, dans laquelle l'indicateur est resté supérieur à 95 pour cent.

Figure 13: Prévision et exécution budgétaires du secteur de la santé, 2010-2018 (million de Dinars).

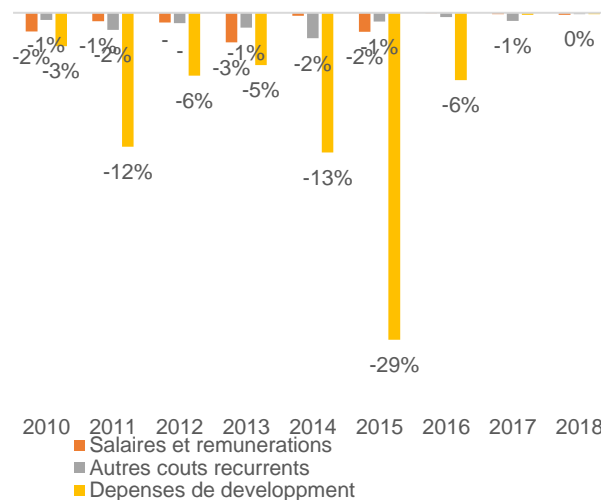


Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

Grâce à la performance modeste des dépenses d'investissement, les taux d'exécution ont atteint une moyenne de 95 pour cent entre 2010 et 2018. Les rémunérations et les salaires du personnel, qui représentent 90 pour cent du budget récurrent, sont presque entièrement exécutés, avec de faibles écarts entre les montants approuvés et les crédits exécutés. En revanche, les dépenses de développement affichent de mauvaises performances en termes d'exécution budgétaire. On observe de grandes fluctuations dans l'exécution du budget pour cette catégorie de dépenses tout au long des années analysées, de 70 à 95 pour cent, avec un taux d'exécution moyen de 89 pour cent pour les 10 dernières années (Figure 14). Bien que les systèmes de santé restent un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, les investissements en capital sont essentiels pour répondre aux besoins de santé de la population tunisienne croissante qui connaît une transition démographique. La faible utilisation du budget de développement peut compromettre la satisfaction des besoins essentiels en matière de

santé de la population et entraver les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

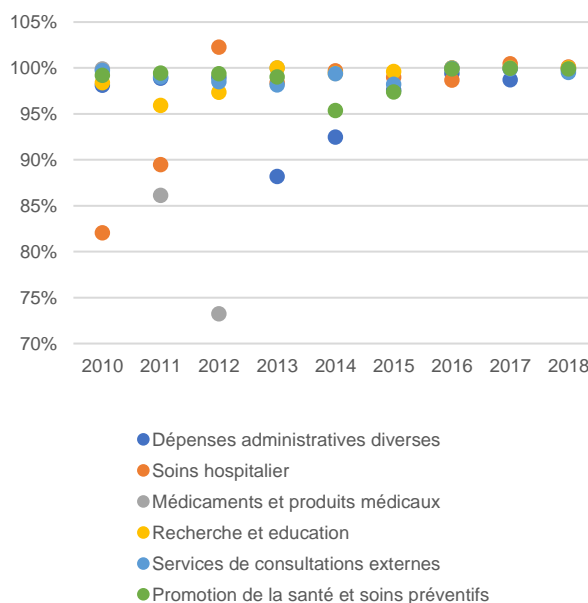
Figure 14: Exécution budgétaire du secteur de la santé par nature économique, 2010-18 (déviations des crédits approuvés)



Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

Les taux d'exécution budgétaire ont tendance à être plus élevés et plus stables tout au long des années, pour les dépenses de promotion et de prévention et pour les dépenses ambulatoires. Les soins hospitaliers, l'achat de médicaments et de biens médicaux présentent des taux d'exécution modestes, avec une plus grande variabilité entre 2010 et 2018 (Figure 15).

Figure 15: Taux d'exécution par fonction, 2010-18



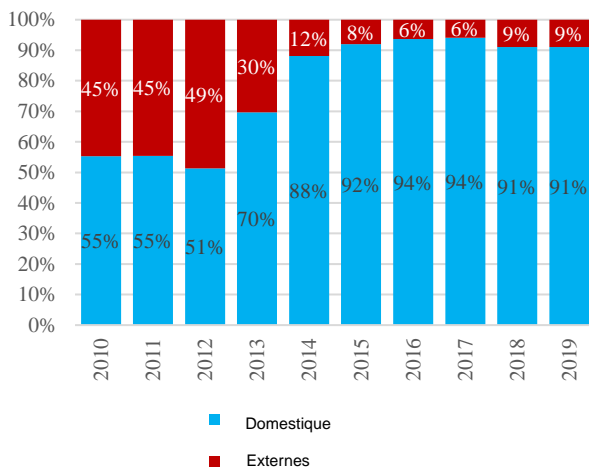
Source : Auteurs, utilisant les données BOOST.

¹⁴ Les données ne permettaient une analyse budgétaire que jusqu'à 2018.

Sources de financement du secteur de la santé

En Tunisie, la plus grande partie du budget et des dépenses du secteur de la santé (en moyenne 90 pour cent du budget entre 2010 et 2019) est récurrente et principalement financée par le budget de l'Etat.¹⁵ Le budget de développement, qui représente entre 7 et 13 pour cent des dépenses totales entre 2010 et 2019, a été financé par des ressources nationales et étrangères. Depuis 2014, les investissements ont été financés principalement par des ressources nationales alors que les financements étrangers représentaient une part importante avant 2013, en moyenne près de 50 pour cent de l'ensemble du budget de développement.¹⁶

Figure 16: Sources de financement du budget de développement en Tunisie (2010-2019) en pourcentage (pour cent) du budget total de développement.



Source : BOOST, MoF

Selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), entre 50 et 60 pour cent des dépenses de santé actuelles sont financées par des ressources financières nationales, tandis que la quasi-totalité du reste des dépenses de santé actuelles est financée par les paiements directs des patients.¹⁷ L'aide publique au développement pour la santé et les mécanismes de financement privés prépayés contribuent pour moins de 1 pour cent aux dépenses de santé actuelles. Cette situation soulève des problèmes d'équité, puisque la charge des paiements directs est principalement supportée par les ménages les plus pauvres. Il faudra augmenter les

dépenses, renforcer ou développer d'autres mécanismes de financement, comme les sources de financement prépayées et les mécanismes de mise en commun, pour ramener les dépenses à la charge des patients aux taux recommandés de 12 à 15 pour cent par l'OMS.

¹⁵ BOOST, MoF

¹⁶ Ceci est largement dû aux changements programmatiques dans la classification dans BOOST, où certaines lignes budgétaires sont financées en même temps par des ressources domestiques et externes.

¹⁷ World Health Organization. Global Health Expenditure Database, 2021. Available at: apps.who.int/nha/database. Global Burden of

Disease Collaborative Network. Global Health Spending 1995-2018. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-health-spending-1995-2018>

Annexe : CLASSIFICATION DU COFOG DANS LA SANTÉ

La Classification des fonctions des administrations publiques (COFOG) a été élaborée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et publiée par la Division de statistique des Nations unies. Elle peut être appliquée aux dépenses gouvernementales.

- Les allocations gouvernementales à la santé comprennent les dépenses pour les services fournis aux personnes individuelles et les services fournis sur une base collective.
 - Les dépenses pour les services individuels comprennent les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les produits, appareils et équipements médicaux.
 - Les dépenses relatives aux services de santé collectifs concernent des questions telles que la formulation et l'administration de la politique gouvernementale, l'établissement et l'application de normes pour le personnel médical et paramédical et pour les hôpitaux, les cliniques, les chirurgies, etc., la réglementation et l'octroi de licences aux fournisseurs de services de santé, et sont appliquées à la recherche et au développement expérimental dans les domaines médicaux et liés à la santé, aux fonctions de santé publique et aux questions de santé non spécifiées.

Nous présentons ci-dessous une brève description de la classification COFOG pour la santé. La méthodologie suivie pour attribuer des fonctions spécifiques à chaque ligne budgétaire est basée sur l'utilisation de mots clés liés à chaque catégorie fonctionnelle, qui ont été validés par le client et ont suivi la même méthodologie que celle utilisée par l'Initiative de Suivi des Dépenses Sociales.¹⁸ Cette méthode a permis une classification de haut niveau des dépenses nationales de santé disponibles dans BOOST sur les six catégories fonctionnelles décrites ci-dessous.

1. PRODUITS, APPAREILS ET MATÉRIELS MÉDICAUX

Ce groupe comprend les médicaments, prothèses, appareils et équipements médicaux et autres produits liés à la santé obtenus par des individus ou des ménages, avec ou sans ordonnance, généralement auprès de pharmaciens d'officine, de pharmaciens ou de fournisseurs d'équipements médicaux. Ils sont destinés à être consommés ou utilisés en dehors d'un établissement ou d'une institution de santé. Les produits de ce type (fournis directement aux patients externes par des praticiens médicaux, dentaires et paramédicaux ou aux patients hospitalisés par des hôpitaux et autres) sont inclus dans les services ambulatoires ou les services hospitaliers. Elle comprend les produits pharmaceutiques ;¹⁹ les autres produits médicaux,²⁰ les appareils et équipements thérapeutiques²¹ ainsi que l'administration, l'exploitation ou le soutien de la fourniture d'appareils et d'équipements thérapeutiques prescrits. Elle exclut la location ou le crédit-bail d'appareils thérapeutiques.

2. SERVICES AMBULATOIRES

Ce groupe couvre les services médicaux, dentaires et paramédicaux fournis aux patients ambulatoires par des praticiens et auxiliaires médicaux, dentaires et paramédicaux, quel que soit le lieu ou le type d'établissement dans lequel ils sont fournis. Les services ambulatoires comprennent les médicaments, les appareils et équipements médicaux fournis directement aux patients ambulatoires par les praticiens et auxiliaires médicaux,

¹⁸ En Anglais : Social Expenditure Monitoring Initiative

¹⁹ Comme les préparations médicinales, les médicaments brevetés, les sérums et les vaccins, les vitamines et les minéraux, l'huile de foie de morue et l'huile de foie de flétan, les contraceptifs oraux.

²⁰ Thermomètres médicaux, bandages adhésifs et non adhésifs, seringues hypodermiques, trousse de premiers soins, bouillottes et sacs à glace, articles de bonneterie médicale tels que bas élastiques et genouillères, tests de grossesse, préservatifs et autres dispositifs contraceptifs mécaniques.

²¹ Comme les lunettes et les lentilles de contact correctrices, les prothèses auditives, les yeux de verre, les membres artificiels et autres prothèses, les appareils orthopédiques, les chaussures orthopédiques, les ceintures, les bandages herniaires et les supports chirurgicaux, les minerves, les appareils de massage médical et les lampes de santé, les fauteuils roulants et les voitures pour invalides, motorisés ou non, les lits "spéciaux", les béquilles, les appareils électroniques et autres pour contrôler la pression sanguine, etc.

dentaires et paramédicaux. Il convient de noter que cette catégorie exclut les services auxiliaires et de diagnostic tels que les laboratoires d'analyses médicales et les centres de radiologie. Elle comprend les services ambulatoires généraux, les services médicaux spécialisés, les services dentaires et les services paramédicaux.

3. SERVICES HOSPITALIERS

L'hospitalisation est définie comme se produisant lorsqu'un patient est hébergé dans un hôpital pour la durée du traitement. Les soins hospitaliers de jour et les traitements hospitaliers à domicile sont inclus, de même que les hospices pour malades en phase terminale. Ce groupe comprend les services des hôpitaux généraux et spécialisés, les services des centres médicaux, des maternités, des maisons de repos et des maisons de convalescence qui fournissent principalement des services hospitaliers, les services des hôpitaux de base militaires, les services des institutions pour personnes âgées dans lesquelles la surveillance médicale est une composante essentielle et les services des centres de réadaptation fournissant des soins de santé hospitaliers et une thérapie de réadaptation dont l'objectif est de traiter le patient plutôt que de fournir un soutien à long terme. Les hôpitaux sont définis comme des institutions qui offrent des soins aux patients hospitalisés sous la supervision directe de médecins qualifiés, ce qui a été supposé être le cas en Tunisie pour chaque ligne budgétaire contenant des mots clés liés à l'hôpital et aux services d'hospitalisation. La définition exclut les établissements exclusivement destinés aux soins ambulatoires, les institutions pour personnes handicapées et les centres de réadaptation fournissant principalement un soutien à long terme, les maisons de retraite pour personnes âgées. Les services hospitaliers comprennent les médicaments et autres biens médicaux fournis aux patients hospitalisés. Ils comprennent également les dépenses non médicales des hôpitaux pour l'administration, le personnel non médical, la nourriture et les boissons, le logement (y compris le logement du personnel), etc. Ils comprennent les services hospitaliers généraux, les services spécialisés ainsi que les services d'hospitalisation de la maternité.

4. LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

Les services de santé publique comprennent la prestation de services de santé publique ; soit l'administration, l'inspection, le fonctionnement ou le soutien des services de santé publique tels que le fonctionnement des banques de sang, la détection des maladies, la prévention, la surveillance, la collecte de données épidémiologiques, les services de planification familiale, la préparation et la diffusion d'informations sur les questions de santé publique, entre autres. Cette catégorie comprend les services de santé publique fournis par des équipes spéciales à des groupes de clients, dont la plupart sont en bonne santé, sur les lieux de travail, dans les écoles ou dans d'autres cadres non médicaux ou communautaires ; les services de santé publique non liés à un hôpital, une clinique ou un praticien ; les services de santé publique non fournis par des médecins qualifiés ; les laboratoires de services de santé publique.

5. R&D DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Cette catégorie comprend l'administration et le fonctionnement des agences gouvernementales engagées dans la recherche appliquée et le développement expérimental liés à la santé ; soit les subventions, prêts et aides pour soutenir la recherche appliquée et le développement expérimental liés à la santé entrepris par des organismes non gouvernementaux tels que les instituts de recherche et les universités.

6. SANTÉ (N.C.A.)

Il s'agit de fonctions liées à l'administration, au fonctionnement ou au soutien d'activités telles que la formulation, l'administration, la coordination et le contrôle des politiques, plans, programmes et budgets généraux en matière de santé ; la préparation et l'application de la législation et des normes relatives à la fourniture de services de santé, y compris l'octroi de licences aux établissements médicaux et au personnel médical et paramédical ; la production et la diffusion d'informations générales, de documentation technique et de statistiques sur la santé. Les affaires et services de santé qui ne peuvent être affectés aux catégories précédentes sont désignés dans ce groupe.