

COMMENT PRENDRE EN COMPTE LES ASPECTS RELATIFS À LA SANTÉ LORS DE LA CONCEPTION D'UN MEB

COMPRENDRE LES DÉPENSES DE SANTÉ

Les ménages auront toujours un certain niveau de dépenses de santé, même lorsque des politiques publiques sont en vigueur pour que les services de santé soient fournis gratuitement dans les établissements publics. Comme la possibilité d'utiliser un service de santé en cas de besoin est un besoin fondamental, et que les ménages déclarent fréquemment avoir des dépenses liées à la santé, **les dépenses de santé devraient toujours être reflétées dans un MEB.**

Néanmoins, bien que nous sachions que les ménages ont toujours un certain niveau de dépenses liées à la santé et que nous disposons de données probantes provenant des enquêtes de suivi des transferts monétaires qui montrent normalement que la santé est l'une des dépenses les plus importantes pour les ménages, le calcul des besoins de santé pour un MEB reste compliqué. Bien que l'accès aux soins de santé s'accompagne de **dépenses directes** (par exemple, les frais de consultation, d'admission, de diagnostic, de médicaments, etc.) et **indirectes** (par exemple, les frais de transport ou de personnel soignant) qui peuvent être incluses dans un MEB en tant que moyenne au niveau de la population, il est beaucoup plus difficile de conceptualiser ces dépenses au niveau des ménages parce que les besoins de santé sont individuels et généralement imprévisibles, et ne sont pas répartis de manière égale entre les personnes ou les ménages, ou constants dans le temps.

L'imprévisibilité et la répartition inégale des besoins de santé et des dépenses qui en découlent sont également affectées par les niveaux de pauvreté, ainsi que par les différents types de prestataires de services, publics et privés. Ainsi, essayer d'extrapoler les coûts de santé à inclure dans un MEB à partir des modèles de dépenses des personnes vulnérables - qui sont tout juste capables de prendre en charge leurs besoins - ne reflétera pas exactement leurs besoins de santé. Si l'on décortique ce point, il est clair qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles c'est le cas. Les personnes et les ménages pauvres peuvent ne pas être en mesure de s'offrir des soins de santé de qualité et soit se passer de traitement, soit se faire soigner lorsqu'un problème est avancé et donc plus difficile et plus coûteux à traiter - de sorte que leurs dépenses ne reflètent pas leurs besoins en matière de santé ou les coûts appropriés. Il n'est pas non plus facile d'établir une moyenne des coûts des

services, car ceux-ci peuvent varier considérablement d'un traitement à l'autre, mais aussi dépendre de l'endroit où les personnes se rendent pour obtenir le service, étant donné que les prestataires de santé publique sont souvent subventionnés ou soutenus pour fournir des services essentiels gratuitement, alors que les prestataires privés facturent toujours l'intégralité des coûts plus une marge bénéficiaire. Les dépenses moyennes actuelles ne tiennent pas compte des dépenses catastrophiques (dépenses qu'un ménage ne peut vraiment pas se permettre - généralement estimées à 10 % et 25 % des dépenses mensuelles) résultant, par exemple, d'accidents ou de crises sanitaires inattendues et graves. Les dépenses de santé concernent également différents types de traitement, y compris ceux qui ne devraient pas être pris en charge, comme l'achat de médicaments potentiellement non conformes aux normes sur le marché, ou l'obtention de services auprès de guérisseurs traditionnels ou de prestataires non réglementés. Ainsi, pour garantir la protection financière et réduire les obstacles financiers à l'accès à des services de santé essentiels de qualité, l'objectif devrait être de **concevoir d'abord des mécanismes permettant de payer les prestataires de soins pour un ensemble de services de santé prioritaires.** Ce mécanisme de financement ciblant les prestataires de services de santé peut être complété par des TM sectoriels ciblant les patients pour le reste de leurs coûts des services fournis par des prestataires qualifiés, y compris les coûts indirects.

Cela signifie qu'en fait, nous visons à réduire et à minimiser les dépenses de santé dans le MEB, car la plupart des coûts devraient être couverts principalement par les approches ci-dessus qui réduisent les dépenses directes. Ou, lorsqu'il est possible d'inscrire des groupes cibles dans un régime d'assurance maladie, d'associer les dépenses de santé dans le MEB au niveau qui reflète la contribution-santé pour le prépaiement obligatoire dans un tel régime d'assurance, puis d'ajouter les dépenses pour les coûts des services non couverts, les coûts indirects, certains produits de santé et l'automédication.

DIFFÉRENTES MANIÈRES DE CALCULER LES DÉPENSES DE SANTÉ D'APRÈS LE CLUSTER MONDIAL SUR LA SANTÉ

- Si les ménages doivent payer une contribution-santé, ce montant devrait faire partie du MEB, avec des dépenses supplémentaires pour les coûts non couverts par l'assurance, comme le transport (normalement, l'assurance maladie couvre également les coûts élevés et peu fréquents, ce qui permet de partager les risques de dépenses potentiellement catastrophiques). Si la contribution-santé est couverte par une agence ou une ONG, ce montant devrait être exclu du MEB. C'est la réponse optimale. Cette approche est équivalente à la méthode basée sur les droits pour construire un MEB, car elle est basée sur l'accès à un ensemble de services prioritaires auprès de prestataires qualifiés présélectionnés en cas de besoin, y compris en ce qui concerne l'hospitalisation.
- Les enquêtes sur les dépenses des ménages peuvent également être utilisées. En l'absence de données existantes sur la méthode ci-dessus, il s'agit de la méthode préférée, car ces enquêtes indiquent combien les ménages dépensent actuellement pour la santé, sur quoi portent ces dépenses et auprès de quel prestataire. Les enquêtes doivent également présenter la proportion de ménages qui consacrent plus de 10 % ou plus de 25 % de leurs dépenses totales à la santé, car ces pourcentages constituent des seuils de dépenses catastrophiques, entraînant des mécanismes d'adaptation négatifs pour la santé et d'autres besoins.
- Si l'on ne dispose que de peu ou pas de données et que l'on a besoin d'une estimation approximative des dépenses de santé, il est conseillé d'estimer qu'entre 5 et 10 % des dépenses totales des ménages sont consacrées à la santé, puis de s'adapter vers l'estimation la plus basse ou la plus haute en fonction des données PDM et du retour d'information des partenaires de santé sur la mesure dans laquelle les coûts des services et les coûts indirects sont progressivement subventionnés.

PRINCIPALES ASTUCES POUR MENER DES ENQUÊTES SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

- Assurez-vous de voir quelles informations les acteurs de la santé, les ministères de la santé et/ou les bureaux nationaux de statistiques ont déjà recueillies, notamment les besoins en matière de santé, les habitudes et comportements en matière de dépenses.

- Plus les questions sont spécifiques, meilleures sont les informations fournies sur les obstacles financiers à l'accès à des services essentiels de qualité. Les dépenses devraient idéalement être ventilées entre les coûts directs et indirects, et également par type de prestataire auprès duquel les coûts ont été encourus (établissement du ministère de la santé, clinique privée, point de vente de médicaments non réglementés, fournisseur de médecine traditionnelle, etc.)
- Lors de la création du MEB, il est également important de réfléchir à ce qui doit être couvert et à quel moment, car les dépenses de santé ne sont pas aussi fréquentes et régulières que les denrées alimentaires ou le loyer. Cela doit se refléter dans la manière dont l'enquête sur les dépenses est construite, notamment en termes de période de rappel. Alors que pour les denrées alimentaires, il est logique de se renseigner sur le mois précédent, car les personnes consomment probablement les mêmes denrées alimentaires de manière constante (sans tenir compte de la saisonnalité), pour la santé, il pourrait être risqué de recueillir des informations sur le mois précédent uniquement, car les dépenses de santé ont tendance à avoir des schémas extrêmement irréguliers.
- Si les données sur les dépenses sont collectées dans le cadre d'une analyse économique des ménages (AEM)/évaluation de vulnérabilité, la taille ou la composition du ménage affectera le pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé, par exemple lorsque des membres de la famille souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap. Là encore, en plus de la proportion moyenne des dépenses de santé du ménage, nécessaire pour le MEB, la proportion de ménages consacrant plus de 10% et plus de 25% de leurs revenus à la santé doit être calculée, car ce sont des indications du niveau de protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques.
- Dans la mesure du possible, les dépenses de santé déclarées doivent également être ventilées comme indiqué ci-dessus. Cette information aidera à choisir l'option la plus appropriée pour réduire la dépendance aux frais d'utilisation (c'est-à-dire réduire les dépenses de santé à la charge des ménages et donc réduire les dépenses de santé des ménages), via des mécanismes de paiement des prestataires, complétés par des TM spécifiques à la santé. L'écart restant orientera le montant des TMUM (voir [Inclusion des dépenses de santé dans le MEB](#)).

ÉVITER LES ERREURS ET DÉFIS HABITUELS LORS DE LA CONCEPTION DE L'ÉLÉMENT SANTÉ DU MEB

- Une erreur souvent commise consiste à interpréter les besoins de base en matière de santé selon une approche ascendante, de la même manière que pour les dépenses liées à l'alimentation. Les concepteurs du MEB peuvent, par exemple, trouver le «prix du marché» moyen de 3-5 médicaments courants, du traitement des 5 principales maladies, et/ou des services prioritaires tels que les accouchements, puis l'utiliser pour calculer les besoins moyens des ménages, en déclarant que chaque famille a besoin de ces articles et services X fois par mois. Cela ne reflète pas le fait que tous les ménages n'auront pas besoin de ces articles et services tous les mois, ni le fait que dans la plupart des contextes, les personnes peuvent accéder à des services soutenus et subventionnés par le ministère de la santé et/ou les partenaires humanitaires. Un problème est que les personnes rapportent avoir fait des dépenses pour des services auprès de prestataires de services non réglementés ou traditionnels, ou auprès de prestataires privés pour lesquels ils doivent payer même lorsque des services gratuits ou subventionnés et soutenus par les partenaires humanitaires sont disponibles. Le coût de la consultation d'un guérisseur traditionnel ou d'un établissement de santé privé à but lucratif ne devrait en principe pas être considéré comme un besoin de base, mais tant que ce comportement de recherche de santé n'est pas influencé, il représente un besoin du point de vue des ménages, et ne peut être ignoré ou soustrait du MEB.

Note : Lorsque vous utilisez les données sur les dépenses de santé dans le MEB pour concevoir un montant de transfert pour un programme de TMUM ou une réponse visant à réduire les paiements directs pour la santé, veuillez consulter le document [Inclusion des dépenses de santé dans le MEB](#) et l'Analyse des options de réponse en matière de santé. p.18.

RESSOURCES



Site Web du Cluster mondial sur la santé : <https://healthcluster.who.int/our-work/task-teams/cash-based-intervention-task-team>

Groupe de travail du Cluster mondial sur la santé et OMS (2020) [Inclusion des dépenses de santé dans le MEB | Cash Learning Partnership \(calpnetwork.org\)](#)

Groupe de travail du Cluster mondial sur la santé et OMS (2021) [Rôle des transferts monétaires pour la santé : Utiliser le Cadre des barrières sanitaires pour déterminer les réponses appropriées](#)

UNHCR. (2015) [Intervention monétaire pour les programmes de santé dans les camps de réfugiés. Une étude.](#)

ODI. (2011) [Repenser les transferts monétaires pour promouvoir la santé maternelle](#)

PNUD. (2014) [Transferts monétaires et prévention du VIH](#)