

Guide élémentaire à l'intention des décideurs

Explication des Comptes nationaux de la santé : la méthodologie et le processus de mise en oeuvre

Introduction

Dans le monde entier, les systèmes de santé augmentent leur capacité d'améliorer le bien-être des populations desservies – mais ceci entraîne aussi une augmentation appréciable des dépenses. Pour cette raison, il est crucial de disposer de meilleures informations sur le financement des systèmes de santé lors de la formulation de politiques sanitaires.

Les Comptes nationaux de la santé (CNS) constituent un outil accepté à l'échelle internationale pour résumer, décrire et analyser le financement de systèmes nationaux de santé – ce qui est essentiel pour apprendre à mieux utiliser les informations de financement de la santé afin d'améliorer la performance du système de santé. Les CNS ont déjà été appliqués à plus de 50 pays à niveau de revenu intermédiaire ou faible.

Ce guide élémentaire décrit les grandes lignes de la méthodologie et les étapes d'application des CNS. Le document est à l'intention des personnes qui viennent de découvrir les CNS et souhaitent se familiariser avec leurs principes fondamentaux.

Le guide commence par un aperçu synoptique du concept et des objectifs des CNS. On trouvera ensuite des descriptions d'expériences de certains pays ayant utilisé les CNS. Les sections

suivantes traitent des dépenses sanitaires, du cadre de travail et du système de classification des CNS, de la constitution d'équipes d'étude des CNS et de la collecte et l'analyse des données. Les dernières sections montrent comment les données des CNS peuvent être utilisées pour formuler des politiques, en accordant une attention particulière à l'importance de l'institutionnalisation des CNS afin qu'ils puissent servir de ressource permanente pour les décideurs.

Le concept de CNS

Les CNS consistent en une série standard de tableaux qui présentent divers aspects des dépenses de santé d'un pays. Les CNS englobent toutes les dépenses de santé d'un pays – y compris les dépenses publiques et privées, et les contributions des bailleurs. Les CNS ne déterminent pas seulement combien chacune de ces sources de financement dépense pour la santé, ils permettent aussi de faire un suivi détaillé des flux de fonds entre les divers acteurs du secteur de la santé, comme la distribution de fonds du Ministère de la Santé (MdS) à chaque établissement médical ou prestataire de services de santé du secteur public. Pour résumer, les CNS mesurent le « pouls financier » des systèmes de santé nationaux et répondent à des questions telles que :



- ▲ Qui dans le pays paie pour les soins de santé ? Combien dépense chaque personne physique ou morale, et pour quels types de services ?
- ▲ Comment les fonds sont-ils répartis entre les divers services de santé ?
- ▲ Qui bénéficie des dépenses de santé ? La flexibilité du cadre de travail des CNS permet également d'analyser les données de certaines populations ciblées ou les activités en rapport avec certaines maladies, telles que les dépenses de santé pour la santé maternelle et infantile, ou concernant le VIH/SIDA.

La présentation des CNS en une série standard de tableaux organise les informations sur les dépenses de santé sur la base d'un plan international de classification. Ce format peut être compris et interprété facilement par les décideurs, même s'ils n'ont pas de connaissances approfondies en économie.

Les CNS et la formulation de politiques

Les CNS constituent un outil conçu spécifiquement pour contribuer au processus de formulation des politiques dans le secteur de la santé, y compris la conception et la mise en œuvre des politiques, le dialogue sur la formulation des politiques, et le suivi et l'évaluation des interventions dans la santé. Leurs utilisateurs directs sont les décideurs et les gestionnaires du système de santé qui utilisent les données des CNS dans leurs efforts d'amélioration des performances et de la gestion du système de santé.

Les informations des CNS sont utiles pour le processus de prise de décisions parce qu'elles permettent d'évaluer l'utilisation actuelle des ressources, et elles peuvent être utilisées pour comparer le système de la santé d'un pays à celui d'autres pays – ce qui est particulièrement utile lors de la détermination d'objectifs et de critères de performances. S'ils sont utilisés périodiquement, les CNS

permettent de suivre les tendances en matière de dépenses de santé, ce qui est utile à des fins de suivi et d'évaluation des soins de santé. La méthodologie des CNS peut également être utilisée pour faire des prévisions financières des besoins du système de la santé d'un pays.

Les données des CNS combinées à des données non financières telles que les taux de prévalence des maladies et les taux de consultation des prestataires de soins permet aux décideurs de prendre des décisions politiques informés et d'éviter de faire des choix politiques potentiellement désastreux.

Les emplois des CNS dans la formulation de politiques

Malgré l'introduction récente des CNS, leurs conclusions ont déjà commencé à affecter les politiques du secteur de la santé dans le monde entier.

En Afrique du Sud post-apartheid, le gouvernement s'est appuyé sur les résultats des CNS pour atteindre l'un de ses objectifs politiques les plus importants : une distribution plus équitable des ressources de santé. Les CNS ont révélé que les dépenses générales de santé moyennes de l'État par personne étaient 3,6 fois plus élevées dans les districts les plus riches du pays que dans les districts les plus pauvres. Ces derniers – qui ont tendance à être les endroits où les problèmes de santé sont les plus graves – étaient caractérisés par un mauvais accès géographique aux agents de santé, aux hôpitaux et aux cliniques (cf. Document joint 1). La réaction du gouvernement a été d'ordonner un moratoire sur la construction d'hôpitaux privés, habituellement construits dans les quartiers les plus riches, qui avaient déjà l'accès le plus facile aux soins de santé. Le moratoire n'a été levé qu'après que les décideurs ont formulé des règlements exigeant une évaluation des besoins quand la construction d'un hôpital est proposée, afin de réaffecter les ressources de santé. Le moratoire a illustré le désir du gouvernement

Document joint 1 : Répartition des ressources en Afrique du Sud 1992/93

Quintiles de revenus des principaux districts	Médecins généralistes (pour 100 000 hab.)	Infirmiers autorisés (pour 100 000 hab.)
I (le plus bas)	5,1	78,7
II	9,4	90,9
III	15,8	128,4
IV	13,5	128,2
V (le plus élevé)	23,3	189,9
Moyenne nat.	14,1	129,5

Source: McIntyre, D. et al. 1995. *Health Expenditure and Finance in South Africa*. Health Systems Trust and the World Bank, South Africa.

Province (classée par revenu personnel disponible, du plus bas au plus élevé)	Dépenses totales de santé par tête d'habitant (Rand)
Northern Province	164,07
Eastern Cape	226,98
North-West Territory	178,91
KwaZulu-Natal	236,88
Mpumalanga	136,60
Free State	266,49
Northern Cape	221,15
Western Cape	491,13
Gauteng	381,66
Moyenne nationale	262,61

Source: Bureau of Market Research. 2002. *The South African provinces: population and economic welfare levels, 2000*. UNISA. <http://www.unisa.ac.za/dept/bmr/>

de prendre un rôle plus actif en coordonnant et en réglementant l'emploi des ressources publiques et privées afin de parvenir à une répartition plus juste des ressources de santé.

Aux Philippines, les CNS ont été utilisés pour évaluer l'impact de la décentralisation du système de la santé, commencée en 1993. Avant les réformes, le financement public central et régional pour les soins de santé « publique » (services tels que les vaccinations, dont bénéficient tous les habitants, individuellement et collectivement) était faible, le financement de l'État étant même en diminution. Les études des CNS effectuées entre 1991 et 1997, avant et après la décentralisation, ont révélé que, après les réformes, les dépenses gouvernementales pour

la santé publique avaient en fait augmenté, la part du financement du secteur public passant de 25 à 35 %. Ceci était dans une large mesure la conséquence d'une augmentation du financement par les collectivités locales qui, en 1997, affectaient plus de la moitié de leurs ressources de santé aux soins de santé publique.

Par conséquent, les CNS ont révélé que la décentralisation n'avait pas eu de conséquences négatives sur les dépenses de santé publique par les collectivités locales. En réalité, les dépenses ont augmenté au niveau local. Les CNS, et en particulier leur mise en œuvre sur une base annuelle, ont permis de comprendre beaucoup plus clairement l'impact de la décentralisation sur les soins de santé.¹

Au Liban, les résultats des CNS pour 1998 ont mis en évidence des dépenses excessives pour la santé – près de 12,5 pour cent du Produit Intérieur Brut (PIB), beaucoup plus que les autres pays à revenus intermédiaires (tranche supérieure) ayant des caractéristiques socio-économiques similaires. Une analyse des raisons de ces dépenses élevées a identifié le système du « paiement à l'acte », selon lequel le gouvernement, en l'absence de prestataires de soins de santé publics, a permis aux habitants de se faire soigner dans le secteur privé et de se faire rembourser par l'État pour chaque service. Cette politique a contribué à des taux d'utilisation élevés et, par conséquent, à des coûts élevés.

À la suite de cette constatation, le gouvernement libanais fait maintenant le nécessaire pour réaliser des réformes des paiements aux prestataires de soins. Il introduira un système de paiement à la capitation et un barème de rémunération. Il

¹ Schwartz, J.B., R. Racelis et D.K. Guilkey. Novembre 2000. Decentralization and local government health expenditures in the Philippines. *Working Paper 0136. MEASURE Evaluation Project*. <http://www.cpu.unc.edu/measure/publications/workingpapers/wp0136ab.html>

identifiera également les procédures médicales qui peuvent être réalisées sans hospitaliser le patient au lieu du système actuel plus coûteux de traitement avec hospitalisation.

Méthodologie des CNS

La méthodologie des CNS adopte les principes fondamentaux de comptabilité de santé du Système de comptes de la santé (SCS) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).² Le manuel du SCS contient le plan Classification internationale pour les comptes de la santé (CICS), qui classe chaque type de dépense de santé. Toutefois, les classifications du SCS ont surtout été utiles dans les pays où une seule source de dépenses de santé est dominante, comme dans la plupart des États-membres de l'OCDE.

Les CNS utilisent la CICS, mais ils dissocient, ou ventilent, davantage les catégories/classifications en fonction des besoins de chaque pays. Cette flexibilité permet aux CNS de s'adapter aux dépenses des systèmes de santé pluralistes que l'on trouve souvent dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, où des prestataires de soins peuvent recevoir des paiements de plusieurs sources de financement et où des paiements peuvent être faits à de nombreux prestataires.

Définition des dépenses de santé

Comme indiqué plus haut, les CNS mesurent les « dépenses » de santé. L'examen des dépenses permet une évaluation plus exacte de la façon dont les fonds sont réellement utilisés que l'examen des montants affectés par le budget parce que, bien que les fonds soient affectés par le budget à une

fonction donnée, ils ne sont pas toujours dépensés de la manière prescrite.

Étant donné que les dépenses sont tellement importantes pour les CNS, il est important que l'équipe des CNS comprenne clairement la définition et les limites des dépenses de santé. Les pays sont encouragés à utiliser des définitions uniformes qui permettent de comparer les estimations de dépenses de santé entre les pays.

Que sont les dépenses de santé ?

Les dépenses nationales de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée. Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution/entité fournissant ou finançant l'activité de santé. Par exemple, avant l'utilisation des CNS, les dépenses du Ministère de l'Éducation (MdE) pour la formation médicale et les centres hospitaliers universitaires étaient exclues des estimations de dépenses de santé. De même, selon la définition des CNS, toutes les activités du Ministère de la Santé ne sont pas couvertes par la définition des dépenses de santé. Par exemple, un MdS peut financer l'exploitation d'orphelinats – ce qui ne serait pas considéré comme une dépense de santé. Ainsi, les équipes de CNS doivent déterminer si l'objectif principal d'une activité est en rapport ou non avec la santé. Sur la base de cette distinction, les dépenses seront incluses dans les tableaux des CNS ou elles en seront exclues.

Définition de la limite nationale

En mesurant les dépenses nationales de santé, les CNS n'utilisent pas les frontières géographiques d'un pays. Ils comptabilisent toutes les transactions de santé des ressortissants et des résidents de ce pays. Par conséquent, ils comprennent les dépenses de santé des ressortissants et des résidents qui

² OCDE. 2000. *Un système de comptes de la santé (Version 1.0)*. Paris, France.



sont temporairement à l'étranger, et ils excluent les dépenses de santé par des ressortissants étrangers séjournant dans le pays. Les dépenses de santé des organisations internationales ainsi que leurs achats de biens et services en liaison avec la santé pour les résidents du pays bénéficiaire sont également considérés comme des dépenses nationales de santé.

Définition de la limite temporelle

Les CNS utilisent la méthode de la comptabilité d'exercice pour définir leur limite temporelle ; cela signifie que les dépenses sont comptabilisées pour la période pendant laquelle l'activité se déroule et non pendant la période pendant laquelle le paiement est effectué. Par exemple, si une hospitalisation a eu lieu pendant le dernier mois de l'exercice 2003 mais si le paiement a été fait pendant l'exercice 2004, la dépense est enregistrée pour l'exercice 2003.

Critères de mesure des dépenses de santé

Les pays doivent tenir compte des critères suivants quand ils décident comment comptabiliser, sélectionner et mesurer les dépenses de santé :

- ▲ *Transparence.* Il doit exister une documentation sur les sources de données sur les dépenses, les classifications et les définitions utilisées, ainsi que tous les ajustements ou calculs. Généralement, ceci nécessite la préparation d'un manuel écrit pour les estimations des CNS dans chaque pays.
- ▲ *Pertinence pour les choix politiques.* Les mesures des dépenses de santé doivent être structurées de façon à assurer l'inclusion de tout ce qui est pertinent pour les efforts de formulation de la politique de la santé d'un pays.
- ▲ *Compatibilité avec les normes et pratiques internationales existantes.* Les mesures des dépenses de santé doivent

être compatibles avec les classifications et les définitions standard internationales, telles que celles du Système de comptes nationaux et des statistiques financières du gouvernement. Toute déviation par rapport à ces normes doit être documentée.

- ▲ *Faisabilité des mesures.* Il doit être possible de compiler et de valider les mesures des dépenses de santé dans un délai et pour un coût raisonnables (moins d'un an).

Le cadre de travail et le système de classification des CNS

Les tableaux des CNS

Dans la mesure la plus ample, les CNS mesurent les dépenses de santé en pourcentage du PIB. Le cadre de travail des CNS organise et classe les données sur les dépenses en quatre « tableaux ». Chaque tableau bidimensionnel montre le flux de fonds d'une catégorie d'entités offrant des soins de santé à une autre ; en d'autres termes, il montre combien chaque dimension du secteur de la santé dépense et à qui ces fonds sont transférés. Chaque dimension du secteur de la santé dans les tableaux est classée conformément à la Classification internationale pour les comptes de santé proposée dans la méthodologie de Systèmes compte de la santé de l'OCDE.

Les CNS identifient quatre catégories principales d'entités dans un secteur de la santé :

1. **Les sources de financement** sont des entités qui fournissent les fonds pour les soins de santé. Elles répondent à la question « d'où provient l'argent ? » Le Ministère de la Santé, les ménages et les bailleurs en sont des exemples.
2. **Les agents de financement** reçoivent des fonds de sources de financement et les utilisent pour payer pour les services, produits (p. ex., médicaments) et activités



de santé. Il s'agit d'une catégorie importante parce que les responsabilités programmatiques des agents de financement leur donnent de l'influence ou un contrôle réel sur la façon dont les fonds sont utilisés. Cette catégorie éclaire la question « qui gère et organise les fonds ? » Par exemple, bien que le Ministère des Finances (source de financement) puisse affecter des fonds au Ministère de la Santé, c'est le MdS qui décide de comment les fonds seront réellement distribués au sein du système de santé. Par conséquent, le MdS est l'agent de financement. Les compagnies d'assurances et les autres ministères (p. ex., le Ministère de l'Éducation) en sont d'autres exemples.

- 3. Les prestataires** sont les utilisateurs ou les bénéficiaires des fonds du système de santé. Ce groupe appartenant à la dimension des soins de santé répond à la question « à qui va l'argent ? » Les prestataires sont les entités qui fournissent les services de santé. Les hôpitaux publics et privés, les cliniques et les dispensaires en sont des exemples.
- 4. Les fonctions** font référence aux services ou aux activités que les prestataires fournissent avec leurs fonds. Les informations à ce niveau répondent à la question « quel type de service, de produit ou d'activité a réellement été produit ? » Les soins curatifs, les produits médicaux (p. ex., médicaments), les services préventifs et l'administration de la santé en sont des exemples.

Il existe une série fondamentale de tableaux (9) qui illustrent les flux financiers de fonds entre les catégories mentionnées ci-dessus. Il est recommandé que les pays se remplissent au moins des quatre tableaux suivants qui montrent les flux de fonds :

- ▲ *des sources de financement aux agents de financement*

- ▲ *des agents de financement aux prestataires*

- ▲ *des agents de financement aux fonctions*

- ▲ *des prestataires aux fonctions*

Lecture des tableaux des CNS

À l'intérieur des tableaux des CNS, les fonds circulent vers le bas, depuis les « initiateurs » indiqués par chaque colonne du tableau jusqu'aux « bénéficiaires/utilisateurs » indiqués par chaque ligne. Dans le Document joint 2, on peut voir que le Ministère de la Santé transfère W \$ aux hôpitaux généraux publics. Le montant dépensé par chaque « initiateur » est indiqué en bas de chaque colonne. Le montant total reçu par chaque « bénéficiaire/utilisateur » est inclus à la fin de chaque ligne.

Les tableaux des CNS sont également liés les uns aux autres pour permettre de suivre l'écoulement des fonds des sources de financement aux agents de financement, aux prestataires et aux fonctions. Comme le montre le Document joint 2, les en-têtes des lignes (bénéficiaires/utilisateurs) d'un tableau deviennent l'en-tête des colonnes (initiateurs) du tableau suivant. Ainsi, les totaux des lignes du premier tableau deviennent les totaux des colonnes du deuxième tableau. Par exemple, dans le tableau des agents de financement aux prestataires, le Ministère de la Santé distribue ses fonds de santé aux Hôpitaux généraux publics. Le tableau des prestataires aux fonctions révèle le flux des fonds des Hôpitaux généraux publics aux fonctions particulières.

Les dépenses de santé individuelles doivent être contrôlées soigneusement dans tous les tableaux pour que le total national des dépenses de santé – le nombre contenu dans la case inférieure droite de chaque tableau – soit le même dans tous les tableaux.

La raison pour laquelle les distributions des fonds de la santé sont montrées dans les

Document joint 2 : Les tableaux des CNS

Prestataires	Agents de financement				TOTALX
	HF.1.1.1.1 MdS	HF.1.1.1.2 MdE	HF.2.2 Autres assurances privées	HF.2.3 Paiement à la charge du patient pour les ménages	
HP.1.1.1 Hôpitaux généraux publics	W		X		W+X
HP.1.1.2 Hôpitaux généraux privés		C		F	C+F
HP.3.4.5.1 Cliniques publiques de jour			Y		Y
TOTAUX	W	C	X+Y	F	G

* transfert de paiement direct

Fonction	Prestataires			TOTALX
	HP.1.1.1 Hôpitaux généraux publics	HP.1.1.2 Hôpitaux généraux privés	HP.3.4.5.1 Cliniques publiques de jour	
HC.1.1 Soins curatifs, patients hospitalisés	L	P	S	L+P+S
HC.1.3 Soins curatifs, patients non hospitalisés	M	Q	T	M+Q+T
HC.6.3 Prévention des maladies contagieuses	N			N
HC.7 Administration de la santé et assurance maladie	O	R	U	O+R+U
TOTAUX	L+M+N+O=W+X	P+Q+R=C+F	S+T+U=Y	G

tableaux et entre les tableaux est que ceci permet de comprendre les flux des fonds à travers l'ensemble du système de santé. Comme l'illustre le Document joint 3, ces flux peuvent être fort complexes. Nous avons expliqué plus haut que dans le système de santé pluraliste de nombreux pays à niveau de revenus intermédiaire ou faible les fonds ne sont pas canalisés simplement d'une source de financement à un type de prestataire, comme de l'État aux prestataires de l'État. Au lieu de cela, les CNS révèlent que ces systèmes de santé sont beaucoup plus complexes et comprennent de nombreux types de dimensions et de transferts de fonds dans le secteur de la santé. L'utilisation des tableaux pour tracer les flux simplifie la vision de la situation et facilite sa compréhension.

Classification des dépenses de santé

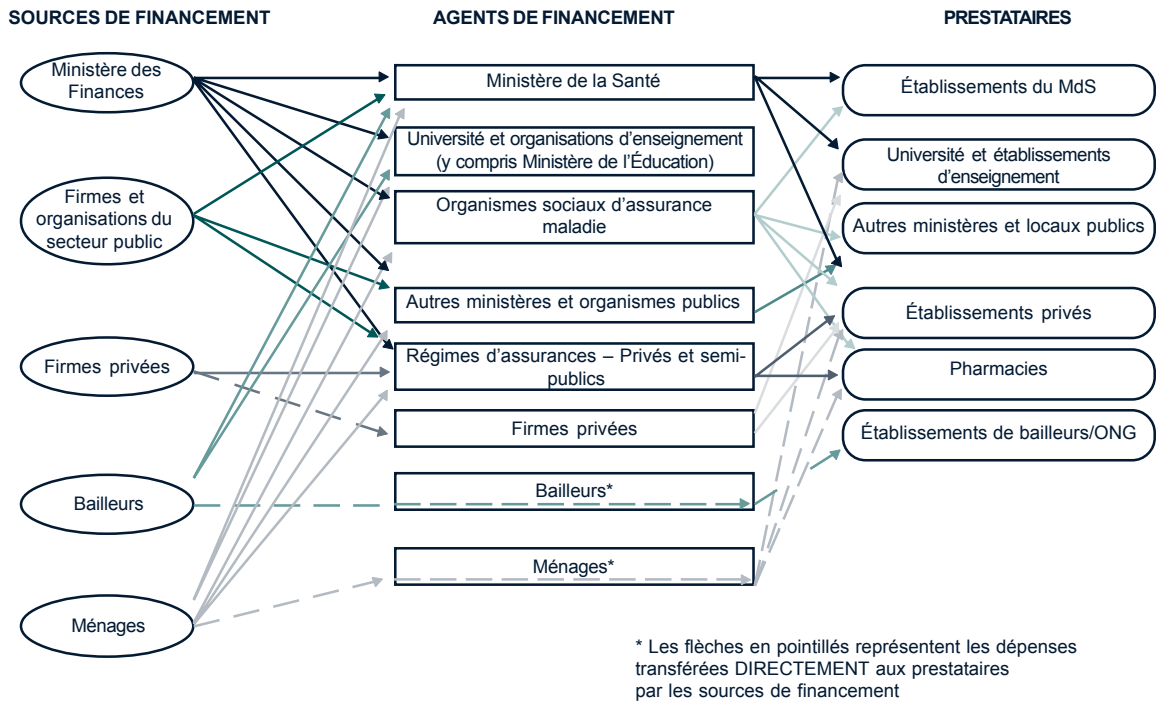
La Classification internationale des comptes de santé

L'utilisation de la Classification internationale des comptes de santé développée par l'OCDE donne aux divers pays un langage commun pour décrire qui finance la santé et ce qui est acheté. Cette uniformité est essentielle pour permettre aux pays de faire des comparaisons internationales de la performance de leurs systèmes de santé.

Fondamentalement, l'approche des CNS consiste à regrouper les dimensions de la santé en catégories ayant des

³ Initialement, cette catégorie n'était pas comprise dans la CICS, mais elle a été formulée pour emploi dans les CNS.

Document joint 3 : Flux des fonds à travers le système de santé



caractéristiques communes. Les principales catégories de la CICS sont :

- ▲ Sources de financement des dépenses de santé, identifiées par le code *FS*³
- ▲ Agents de financement, identifiés par le code *HF*
- ▲ Prestataires de soins de santé, identifiés par le code *HP*
- ▲ Fonctions de soins de santé, identifiées par le code *HC*

Ces catégories principales sont ensuite subdivisées et codées numériquement. Elles peuvent également être divisées en sous-catégories/sous-classifications de la CICS ; par exemple, les *sources de financement* peuvent être divisées en « fonds publics », « fonds privés » et « fonds reste du monde ».

De cette façon, une composante du secteur de la santé est indiquée ainsi dans un tableau de CNS :

- ▲ D'abord, le code littéral de la catégorie principale de la CICS, p. ex., « FS » pour les sources de financement
- ▲ Ensuite, un code numérique, p. ex., « FS.1 »
- ▲ Et enfin, le nom de la CICS pour cette sous-catégorie, p. ex., « FS.1 Fonds publics »

Sous-classifications des CNS : Flexibilité pour répondre aux besoins du pays

Dans la mesure du possible, les tableaux de CNS doivent respecter la structure de la CICS. Toutefois, dans la structure de la CICS, les CNS permettent aux pays de modifier le plan en créant des sous-catégories adaptées à leurs systèmes de santé. Ces sous-classifications permettent aux pays d'inclure dans leur système de CNS les caractéristiques qu'ils jugent importantes tout en maintenant un cadre de travail normalisé et accepté sur le plan international.



Par exemple, la CICS a la catégorie HP.1.1 Hôpitaux généraux, mais cette catégorie n'est pas subdivisée en hôpitaux généraux « publics » et « privés ». Si un pays juge nécessaire de comparer les dépenses entre les hôpitaux généraux publics et privés (p. ex., pour évaluer les investissements dans le secteur privé des soins de santé), il pourrait ajouter les sous-classifications HP.1.1.1 *Hôpitaux généraux publics* et HP.1.1.2 *Hôpitaux généraux non publics*.

Le Document joint 4 présente un autre exemple, une classification finale des CNS pour les agents de financement. Les sous-catégories en caractères gras sont celles qui ont été développées en fonction des priorités du pays ; les lignes en caractères ordinaires sont les classifications standard de la CICS.

Pour donner les résultats escomptés, les sous-classifications doivent répondre aux critères suivants :

- ▲ *Pertinence politique*. Comme l'établissement de nouvelles sous-classifications nécessite du travail et des détails supplémentaires, ces sous-classifications doivent refléter des applications importantes pour les politiques.
- ▲ *Normes*. Dans la mesure du possible, les sous-classifications doivent être développées conformément aux normes et conventions internationales, c. à d., CICS.
- ▲ *Flexibilité*. Les besoins et intérêts particuliers d'un pays doivent être incorporés dans un cadre de travail permettant de faire des généralisations.
- ▲ *Exclusivité mutuelle*. Les sous-classifications doivent être mutuellement exclusives et doivent être complètes de manière à ce que chaque transaction puisse être placée dans une catégorie – et uniquement dans celle-ci.
- ▲ *Faisabilité*. Il doit être possible de recueillir les données sur les dépenses qui sont nécessaires pour la sous-classification.

Document joint 4 : Agents de financement (Classification CICS-HF)

Code CICS	Description
HF.1	Secteur public
HF.1.1	- Administration territoriale
HF.1.1.1	- Gouvernement central
HF.1.1.2	- Administration de l'État/ de la province
HF.1.1.3	- Administration locale/ municipale
HF.1.2	- Fonds de sécurité sociale
HF.1.3	- Entreprises publiques à caractère commercial
HF.2	Secteur privé
HF.2.1	- Assurances privées (hors assurances sociales)
HF.2.2	- Autres assurances privées
HF.2.3	- Paiement à la charge des patients/ménages
HF.2.4	- Institutions à but non lucratif au service des ménages (autres que les assurances sociales)
HF.2.5	- Firmes et sociétés privées (autres que les assurances sociales)
HF.3	Reste du monde

Ces critères peuvent être contradictoires. Il incombe à l'équipe des CNS de résoudre le conflit d'une manière qui préserve la pertinence des CNS pour les choix politiques.

Un plan complet de classification comprendra une catégorie pour chaque type de dépense, même si, dans la pratique, il peut exister des cas où l'équipe des CNS ne peut pas affecter certaines dépenses à une catégorie particulière. Le plan de la CICS tient compte de ce problème en incluant une catégorie additionnelle « non précisé par type », ou n.s.k. [*not specified by kind*]. Toutefois, l'utilisation de cette catégorie doit être limitée au maximum, car l'emploi excessif de cette catégorie



compromettrait la validité des estimations. Comme les CNS sont répétés périodiquement, la qualité des données peut être améliorée et la catégorie n.s.k. pourra être éliminée du processus de classification.

Allons plus loin : Tableaux supplémentaires

En plus des quatre dimensions principales des soins de santé évoquées plus haut, (c. à d., sources de financement, agents de financement, prestataires de soins de santé et fonctions), les CNS peuvent avoir des dimensions supplémentaires, telles que :

- ▲ **Les groupes de bénéficiaires** font référence aux groupes de personnes qui reçoivent des produits et des services en rapport avec les soins de santé. Ces groupes peuvent être constitués sur la base du statut socioéconomique (SES), de leurs résidences (R) (p. ex., urbaine/rurale), de l'âge (A) et du sexe (G). La classification selon de tels groupes de bénéficiaires permet de réaliser une analyse significative de l'affectation des ressources, de l'équité et des questions de distribution des dépenses de santé.
- ▲ **Les problèmes de santé, maladies, interventions (D)** font référence à la classification des dépenses de santé en fonction de mesures précises de la santé et des maladies, ou de choix de politiques, comme des interventions portant sur le VIH/SIDA, le paludisme ou la santé reproductive.
- ▲ **Les intrants (I)** comprennent des types particuliers d'intrants utilisés pour fournir des services, comme la main-d'œuvre, les médicaments et autres produits pharmaceutiques, et des appareils médicaux.

Ces classifications supplémentaires peuvent être utilisées pour organiser les informations portant sur les dépenses de santé d'une façon correspondant aux priorités

importantes des politiques de santé. Par exemple, les décideurs voudront peut-être affecter les ressources de façon plus équitable entre les régions ; dans un tel cas, la ventilation des groupes bénéficiaires en zones rurales et urbaines pourrait être utile. Quand elles sont combinées à d'autres données telles que les informations sur les résultats pour la santé, ces informations sur les dépenses peuvent mieux indiquer si les dépenses et services actuels se traduisent par des gains de santé adéquats.

Plusieurs tableaux supplémentaires utilisant ces nouvelles catégories sont proposés :

- ▲ La Distribution des Dépenses de santé totales courantes (TCEH) par tranche d'âge et par sexe (FA x A/G)
- ▲ La Distribution des dépenses de santé par région (FA x R)
- ▲ La Distribution des dépenses de santé courantes par agent de financement pour la population classée par quintiles de dépenses des ménages (FA x SES)
- ▲ L'affectation de différents types d'intrants par agent de financement (FA x I) : la classification des intrants s'applique aux biens qui sont utilisés pour produire des soins de santé et des services en rapport avec la santé.
- ▲ La Distribution des dépenses de santé courantes par agent de financement pour la population classée par groupes de maladies (FA x GBD)

La préparation de l'un quelconque de ces tableaux nécessite des données ou des calculs supplémentaires pour désagréger les dépenses de santé entre ces nouvelles catégories.

Production des CNS : Lancement du processus

La production de CNS se décompose en les étapes suivantes : collecte des données sur les dépenses de santé, organisation des

données dans les tableaux des CNS, analyse des résultats pour la politique de la santé et communication des informations à une gamme étendue de parties concernées.

L'équipe des CNS et le Comité de Pilotage

Une approche couronnée de succès pour produire des CNS livrant des résultats valides et fiables en lesquels les décideurs auront confiance consiste à former une équipe de CNS pluridisciplinaire qui fera la plus grande partie du travail technique détaillé, et un comité de pilotage chargé de la réflexion politique.

L'équipe des CNS doit comprendre des membres qui travaillent pour diverses administrations publiques, à la fois pour assurer une large représentation organisationnelle et pour rendre accessibles diverses sources de données qui ne seraient peut-être pas connues par les autres membres de l'équipe sans cela. L'équipe doit inclure des membres qui connaissent les statistiques économiques nationales et les pratiques comptables, ainsi que les systèmes et politiques de la santé, et qui ont de l'expérience avec l'analyse des données. Ces personnes doivent aussi avoir l'expérience de la rédaction de rapports et de la collecte des données. Il est également très utile d'avoir un économiste de la santé dans l'équipe. Une telle équipe peut faciliter une meilleure interprétation des résultats des CNS. Initialement, les membres de l'équipe des CNS seront probablement nommés par leurs organisations respectives. Avec l'aide du comité de pilotage, une résidence ou une structure organisationnelle permanente doit être trouvée pour le personnel technique des CNS. Toutefois, tous les membres initiaux de l'équipe des CNS peuvent continuer à contribuer utilement à chaque stade de la production des CNS.

Un autre organisme qui a contribué au succès des CNS dans de nombreux pays est le comité directeur. Ce comité devrait inclure des décideurs de haut niveau du Ministère de

la Santé, du Ministère des Finances et du Ministère du Plan, ainsi que d'autres parties concernées de haut niveau travaillant pour des entités telles que l'office national des statistiques, des organisations universitaires, des associations de prestataires de soins de santé, des associations de consommateurs et les organismes d'assurances sociales. Les tâches du comité incluent :

- ▲ Communication des préoccupations d'ordre politique à l'équipe des CNS
- ▲ Transmission de feed-back à l'équipe des CNS sur la base des résultats obtenus et des conclusions tirées
- ▲ Atténuation des difficultés éprouvées par l'équipe au cours de la collecte de données auprès de diverses entités
- ▲ Assistance pour interpréter les résultats des CNS et en tirer des conclusions pour les choix politiques
- ▲ Aide au Ministère de la Santé pour traduire les implications d'ordre politiques en action politique
- ▲ Soutien de l'équipe des CNS pour institutionnaliser les CNS en faisant de ceux-ci un exercice habituel de fin d'année (cf. ci-dessous)

Le comité directeur joue un rôle clé pour assurer l'institutionnalisation des CNS en y associant les niveaux les plus élevés des responsables politiques du pays.

Collecte des données

La production des CNS nécessite la collecte de nombreuses données de divers ministères, bailleurs, ménages, prestataires de soins et organisations du secteur privé (p. ex., assureurs privés, employeurs et sociétés pharmaceutiques). La collecte des données nécessite souvent des efforts supplémentaires afin de séparer les dépenses de santé des autres types de dépenses ou pour estimer les données manquantes.

Un tableur standard tel que Excel, Lotus ou QuattroPro est nécessaire pour remplir et entretenir les tableaux, saisir des données d'appoint et faciliter les calculs. Comme certaines séries de données peuvent être fort volumineuses (p. ex., les données obtenues par une étude sur les ménages), il peut être utile de demander l'aide de l'office central des statistiques ou d'un organisme similaire pour gérer ces informations.

Il est nécessaire de disposer d'un personnel motivé et de données complètes et exactes pour produire des CNS valides. Le rôle du comité de pilotage est essentiel car il permet d'avoir accès plus facilement à toutes les sources de données potentielles. Tout aussi important est le fait que l'équipe des CNS doit avoir la liberté de remplacer les statistiques officielles par des estimations plus précises.

Pour commencer le processus de collecte de données, l'équipe doit formuler un plan de données. Le plan de données précise la procédure à suivre pour effectuer la collecte des données – qui recueillera les données, comment, quand et d'où – pour s'assurer que les tâches seront identifiées et réalisées dans les délais fixés.

Le nombre des bonnes sources de données varie d'un pays à l'autre. Néanmoins, les sources suivantes sont disponibles dans la plupart des pays.

▲ *Dossiers des autorités de santé au niveau national, régional et local.* Ces statistiques sont généralement les plus complètes, les plus fiables et les plus exactes. Cependant, elles ne sont pas toujours à jour parce que les comptes publics font l'objet d'un long processus de vérification comptable. Ces vérifications comptables peuvent créer un autre problème, car elles ont tendance à produire deux, ou parfois trois versions des dépenses totales – avant et après vérification. Ces chiffres sont parfois – mais pas toujours – identiques ; il faut donc clarifier lesquels sont corrects.

▲ *Dossiers des assureurs (publics et privés).* Les dossiers des assureurs doivent inclure les primes payées par les ménages et les entreprises à l'assureur, ainsi que les coûts médicaux et administratifs des assureurs. Les compagnies d'assurances privées peuvent être réticentes à communiquer certaines de leurs informations, en particulier leurs taux de sinistres et leurs bénéficiaires. En outre, les dossiers des assureurs peuvent exclure une composante importante des données, comme les paiements versés directement par les ménages au prestataire de soins de santé (ticket modérateur et franchises).

▲ *Dossiers des prestataires de soins.* Les statistiques correspondantes peuvent être obtenues en s'adressant aux prestataires eux-mêmes ou aux organismes réglementaires et financiers, tels que les autorités fiscales ou les organismes chargés d'octroyer les agréments. Souvent, une association professionnelle recueille également des données pour ses propres raisons. Comme c'est le cas avec les compagnies d'assurances privées, les prestataires privés hésitent souvent à révéler leurs informations financières pour des raisons fiscales ou autres, et une injonction administrative peut être nécessaire pour les forcer à le faire. Un autre problème en puissance est que, dans certains pays, il peut être difficile d'obtenir le nombre exact des prestataires afin d'obtenir un échantillon représentatif pour une enquête. De plus, en raison de la présence d'un grand secteur informel (guérisseurs traditionnels), il peut être presque impossible de capturer des données fiables et exactes sur les dépenses.

▲ *Enquête auprès des ménages.* Les enquêtes auprès des ménages sont sans aucun doute la source la plus importante d'informations sur les dépenses à la charge directe des ménages (privés). Les données sur les ménages sont également essentielles



pour pouvoir réaliser une analyse de l'équité étant donné qu'elles sont liées aux caractéristiques socio-économiques et démographiques. Des enquêtes auprès des ménages consacrées spécialement aux questions de santé ne sont pas organisées fréquemment parce qu'elles coûtent cher. Il est possible d'utiliser des données d'enquêtes auprès des ménages d'une année pour estimer d'autres années, mais cette extrapolation peut être problématique. Des enquêtes plus générales auprès des ménages sont organisées plus fréquemment, mais elles n'incluent pas nécessairement toutes les questions nécessaires pour capturer les dépenses d'obtention de soins de santé.

- ▲ *Assistance des bailleurs.* Les enquêtes annuelles et les rapports périodiques sur toute l'assistance des bailleurs dans un pays (produits par le Programme de Développement des Nations unies, l'Organisation Mondiale de la Santé ou le Ministère de la Santé) fournissent souvent une grande partie des données nécessaires. Néanmoins, des problèmes se posent avec les dépenses de santé des bailleurs : l'un de ces problèmes est qu'il est difficile de déterminer la valeur monétaire des dons en nature (médicaments, fournitures cliniques, vaccins). Un autre problème est la différence entre les montants de débours communiqués par le bailleur et les montants de dépenses communiqués par le MdS. De plus, quand les bailleurs font des dons directs à une ONG ou à une entité locale sans passer par le Ministère, les données sur le financement seront vraisemblablement ignorées.

Voici des moyens d'éviter ou de surmonter les problèmes courants de collecte des données discutés plus haut.

- ▲ Identifiez des sources de données indépendantes qui peuvent être utilisées à des fins de validation/vérification.

- ▲ Essayez d'obtenir la même estimation d'au moins deux sources.
- ▲ En cas de contradiction entre deux estimations, déterminez les « grandes » différences et ne perdez pas de temps à essayer de réconcilier les petites différences. Utilisez les données provenant de la source et du document les plus fiables, et documentez la divergence.
- ▲ Quand les contradictions entre les estimations semblent importantes, examinez les estimations plus soigneusement. Est-ce que la même chose a été mesurée dans les deux cas ? Est-ce que les limites sont les mêmes ? Est-ce que la période était la même ? Est-ce qu'un compte a été calculé selon la méthode de la comptabilité de caisse tandis que l'autre l'a été selon la méthode de la comptabilité d'exercice ?

Interprétation des données à des fins de choix politiques

L'estimation des dépenses et des flux de financement par les CNS fournit un indicateur fiable de la « santé financière » d'un système de santé, et ceci peut être utilisé comme outil de planification stratégique. La valeur des CNS ne réside pas dans les conclusions en elles-mêmes, mais dans les questions du type « en quoi est-ce important ? » auxquelles les conclusions peuvent répondre. Par exemple, la Jordanie dépense 9,2 pour cent de son PIB pour des soins de santé.⁴ Cette information en elle-même n'est pas aussi significative que la réponse à la question « en quoi est-ce important que la Jordanie dépense tellement dans le secteur de la santé ? » Quand on compare ce niveau de dépenses aux résultats pour la santé en Jordanie, ou à d'autres pays dans la même catégorie socioéconomique, la réponse à la question « En quoi est-ce important ? » devient apparente – Ce niveau



de dépenses peut être trop élevé à long terme pour un pays dont la croissance économique est lente. L'implication des CNS pour les choix politiques est donc de limiter les coûts dans le système de santé. En d'autres termes, les résultats des CNS doivent être analysés en termes du contexte politique plus général.

La valeur totale des CNS est réalisée à l'issue d'un processus à trois étapes – obtention des résultats des CNS, interprétation des résultats et mise en œuvre d'une politique appropriée. L'équipe des CNS, le comité de pilotage et la législature du pays, respectivement, sont responsables de ces tâches. L'équipe technique des CNS doit recueillir et analyser les données ; ses membres ne sont pas nécessairement en mesure d'interpréter les implications politiques de leurs conclusions. Le comité de pilotage, qui est composé de décideurs et d'autres personnes regardant la situation « de plus haut », répond à la question « En quoi est-ce important ? » et sert de liaison entre l'équipe technocratique des CNS et la législature. Le Comité interprète les résultats en termes d'implications pour les choix politiques. En raison de ce rôle crucial, il est impératif que les membres de ce comité soient choisis judicieusement. Enfin, il incombe à la législature d'adopter et de mettre en œuvre une politique basée sur ces résultats.

Institutionnalisation des CNS

Bien que de nombreux pays à faible niveau de revenus ou à niveau de revenus intermédiaire aient commencé à utiliser les CNS pour estimer les dépenses de santé, relativement peu de pays ont pris les mesures nécessaires pour calculer les CNS de façon régulière et périodique – un processus appelé institutionnalisation.

L'institutionnalisation est un processus permanent dans le cadre duquel les activités, structures et valeurs des CNS sont intégrées aux opérations récurrentes de l'État. Avec l'institutionnalisation, un département ou une autre structure est responsable de la supervision de la collecte, l'analyse et la communication des données sur les dépenses de santé de façon routinière et systématique, avec le soutien total du gouvernement. Ce processus complexe peut prendre des années et de multiples estimations avant d'être complètement intégré à la structure officielle du pays, mais pour assurer que les CNS continuent à être un outil politique efficace à l'avenir, l'institutionnalisation doit être un objectif dès la mise en place des CNS.

Quatre étapes sont essentielles au processus d'institutionnalisation des CNS.

- ▲ Créer un besoin d'institutionnalisation chez les décideurs ;
- ▲ Rechercher une structure physique d'accueil des CNS ;
- ▲ Établir des normes pour la collecte et l'analyse des données ; et
- ▲ Instituer des stipulations relatives au report des données.

Création d'un besoin

Pour que les décideurs soient prêts à investir du temps et des ressources dans les CNS, il faut que les avantages d'un tel investissement soient visibles. La production d'estimations de CNS n'est qu'une partie du processus ; cette activité à elle toute seule ne peut garantir ses décisions « basées sur des évidences ». Les CNS doivent être canalisées vers les destinataires appropriés, pour atteindre les personnes qui ont le pouvoir et la capacité d'influencer les décisions. Les rapports des CNS doivent être disséminés dans des formats faciles à comprendre, comme des présentations orales et des sommaires écrits

⁴ Shehata, Ibrahim, Hani Brosk, A.K. Nandakumar, Dwayne Banks, et al. *Mars 2000*. Jordan National Health Accounts. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc.

très clairs, qui mettent en lumière les aspects des résultats qui peuvent intéresser les décideurs. Dans l'idéal, une telle dissémination devrait se dérouler peu après l'atteinte des conclusions, mais elle devrait aussi intervenir au moment opportun, parce que cela est important pour susciter une demande d'informations. Par exemple, la dissémination doit être coordonnée avec le calendrier législatif. La dissémination initiale doit être suivie par des mises à jour et des résumés périodiques. En établissant une relation mutuellement bénéfique entre les estimations des CNS et les décideurs qui les utiliseront, l'équipe des CNS pourra jeter les fondations de l'institutionnalisation.

Recherche d'une structure d'accueil

Les données des CNS doivent être conservées à un endroit qui encouragera son emploi par les décideurs. Les endroits traditionnels sont : le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances, l'office central des statistiques, une université locale ou la banque centrale. La décision quant à la structure d'accueil des CNS dépend souvent de la façon dont les conclusions des CNS seront disséminées et utilisées. Cet endroit doit également servir à encourager une coordination entre les diverses institutions concernées. Il est également utile de conserver les CNS à un endroit très visible afin d'obtenir un soutien politique et de faire prendre conscience de l'importance des CNS. Les CNS doivent aussi avoir leur propre poste comptable dans le cadre du budget de l'État pour confirmer la reconnaissance de leur statut indépendant et systématisé.

Normalisation de la collecte et de la comptabilisation des données

L'institutionnalisation signifie également que les données et les mécanismes de production de rapports sont normalisés dans un format uniforme ; ceci permet de faire des comparaisons d'une année sur l'autre. Les procédures et les protocoles doivent être intégrés à un système en conséquence de la création ou du renforcement du système d'information de santé du pays. De plus, l'équipe des CNS est encouragée à rester fidèle à la méthodologie d'origine et à noter tous les problèmes qui se sont posés au début de la mise en œuvre des CNS. Le maintien d'archives aide à rationaliser les activités liées aux CNS et augmente l'utilité des résultats. De plus, la conservation d'archives est une protection contre la « perte de mémoire » au cas où l'équipe des CNS perdrait certains de ses membres les plus importants. La protection du processus des CNS et la normalisation des données sont des composantes cruciales du processus d'institutionnalisation.

Stipulations relatives à la communication de rapports

L'institutionnalisation des CNS nécessite une mise à jour constante des données. À son tour, ceci nécessite un soutien officiel pour le partage des données – ce qui est parfois un problème plus important que la pénurie générale de données – des données pertinentes pour les CNS et provenant à la fois du secteur public et du secteur privé. Le processus de production de rapports sera renforcé et intégré davantage à la structure des CNS si les diverses entités concernées sont obligées de communiquer les données pertinentes à l'équipe des CNS, ou au moins à un endroit central. Les stipulations relatives au report des données sont probablement la composante la plus importante d'une institutionnalisation réussie des CNS.



Partners for Health Reformplus (PHRplus) est financé par l'USAID sous le contrat N° HRN-C-00-00-00019-00 et mis en œuvre par Abt Associates Inc. et ses partenaires Development Associates, Inc. ; Emory University Rollins School of Public Health ; Program for Appropriate Technology in Health ; Social Sectors Development Strategies, Inc. ; Training Resources Group ; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ; et University Research Co., LLC.



La série de guides élémentaires **PHRplus Primer series** est une référence aidant à orienter les décideurs et autres parties intéressées vers la terminologie, les concepts et les résultats de la réforme de la santé de façon à les aider à participer efficacement au dialogue politique et à la prise de décisions.

Ce Guide élémentaire à l'intention des décideurs utilise la méthodologie recommandée par *A Guide to Producing National Health Accounts with Special Applications for Low-income and Middle-income Countries* (Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale, United States Agency for International Development, 2003. Genève : Organisation Mondiale de la Santé) ainsi que la propre expérience du projet PHRplus en ce qui concerne la mise en œuvre de la méthodologie. L'équipe des CNS à PHRplus (M. Bhawalkar, S. De, M. Maier, R. Martinez, A.K. Nandakumar et M. Tien) a compilé ce Guide élémentaire en utilisant ces ressources. Le Guide a été soumis à l'examen de Dan Waldo (Consultant auprès de l'OMS), Kei Kawabata (OMS), Jean-Pierre Poullier (OMS) et Jack Langenbrunner (Banque mondiale) pour obtenir des points de vue extérieurs. La série des Guides élémentaires à l'intention des décideurs est éditée par Linda Moll (PHRplus) et Zuheir Al-Faqih (PHRplus), et elle est conçue et produite par Maria Claudia De Valdenebro (PHRplus).



PHRplus Resource Center
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Tel 301-913-0500
Fax 301-652-3916
Email PHR-InfoCenter@abtassoc.com
URL www.PHRplus.org