

De nombreux pays dans le monde entier réforment leurs systèmes de santé en vue d'améliorer l'efficacité et la gestion des services de santé ainsi que la distribution de ces services, en particulier pour les pauvres. Comme les systèmes de santé deviennent de plus en plus variés et complexes, les décideurs ont besoin d'outils pour mieux gérer leurs ressources de santé. Les Comptes nationaux de la santé (CNS) sont un outil utilisé pour observer les flux de fonds à travers le secteur de la santé, contribuant ainsi à faire des choix politiques " mieux informés ".

L'utilisation des CNS pour informer le processus de décision politique

Que sont les Comptes nationaux de la santé ?

Les CNS constituent un cadre de travail permettant de mesurer les dépenses nationales de santé totales – comprenant secteur public, secteur privé et bailleurs de fonds. La méthodologie des CNS utilise un format basé sur une série de tableaux standard pour organiser, classer et présenter de façon abordable des informations sur les dépenses de santé. Ce format peut être compris et interprété facilement par les décideurs – y compris ceux qui n'ont pas de connaissances étendues en économie. Les CNS mesurent essentiellement le " pouls financier " d'un système national de santé en répondant 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 ?
- ▲ Qui bénéficie de ces dépenses de santé ?

Pourquoi les CNS sont-ils pertinents pour la prise de décisions ?

Les CNS sont conçus spécifiquement pour aider les décideurs dans leurs efforts visant à comprendre leurs systèmes de santé et à améliorer la performance du système. Les informations des CNS sont utiles pour le processus de prise de décisions parce qu'elles fournissent des informations de grande valeur

aux décideurs, comme des rapports périodiques sur l'emploi réel des ressources financières, le suivi des tendances des dépenses de santé et des indicateurs acceptés dans le monde entier afin de permettre la comparaison des performances des systèmes de santé de divers pays. La méthodologie des CNS peut également être utilisée pour faire des prévisions financières sur les besoins du système de santé d'un pays. De même, les CNS peuvent révéler des déséquilibres et des injustices dans la répartition des dépenses de santé. Essentiellement, les CNS contribuent à prendre des décisions politiques fondées sur des données scientifiques.

Comment les CNS ont-ils déjà permis d'éclairer le processus de choix politiques ?

Les CNS ont été mis en œuvre dans plus de 68 pays du monde.¹ En dépit de leur introduction récente dans de nombreux pays à faible niveau de revenus ou à niveau de revenus intermédiaire, leurs conclusions ont déjà eu un impact sur les politiques du secteur de la santé dans ces pays. En termes généraux, les CNS ont été utilisés pour suivre et évaluer les interventions dans le domaine de la santé, pour contribuer à la conception et la mise en œuvre des politiques et pour fournir des informations utiles au dialogue sur la politique de la santé.

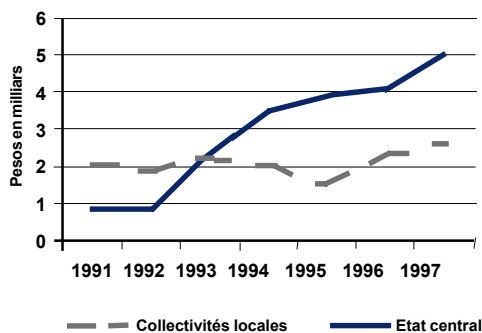
¹Ceci comprend les pays de l'OCDE.

Les CNS ont également été conçus pour cibler des problèmes politiques particuliers, comme les inégalités dans le secteur de la santé en Afrique du Sud et les tendances des dépenses pour les services en rapport avec le VIH/SIDA au Rwanda.

Suivi et évaluation aux Philippines :² Dans les pays où les CNS sont mis en œuvre périodiquement, les comparaisons de tendances aident à évaluer si les stratégies mises en œuvre ont eu l'impact anticipé.

Aux Philippines, les CNS ont été utilisés pour évaluer l'impact de la décentralisation du système de 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, passant de 25 à 35 % du financement de la santé par le secteur public pour ces années (Figure 1). 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.

Figure 1. Philippines : Dépenses de l'État et des collectivités locales pour la santé publique (en prix constants de 1991)



Les CNS ont montré que la décentralisation avait permis aux collectivités locales d'augmenter leurs engagements financiers pour les soins de santé.

Ainsi, les CNS ont révélé que la décentralisation n'avait pas eu de conséquences négatives sur les dépenses de santé publique financées 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.

Conception et mise en œuvre de politiques en Iran :³

Les résultats des CNS ont également été utilisés lors de la formulation de stratégies particulières pour traiter certains problèmes dans le secteur de la santé.

Après la révolution en Iran en 1979, le gouvernement a institué des soins de santé universels. Pour atteindre cet objectif politique, le système national de santé a été développé rapidement. Le gouvernement iranien est devenu le plus grand acheteur de services de santé du pays, gérant le système par le biais du Ministère de la Santé et de l'Éducation médicale.

L'Iran a complété son exercice de CNS en 2000 (basés sur les estimations de 1998). Les résultats des CNS et des données antérieures sur les dépenses ont montré que, bien que les dépenses unitaires des ménages pour les soins de santé soient restées relativement stables pendant les années quatre-vingt dix, les dépenses de l'État par tête d'habitant ont d'abord fluctué, puis elles ont commencé à baisser en 1994 (Figure 2). Le Ministère de la Santé et de l'Éducation Médicale a utilisé ces informations des CNS pour demander – et obtenir – une augmentation de son budget en 2000.⁴

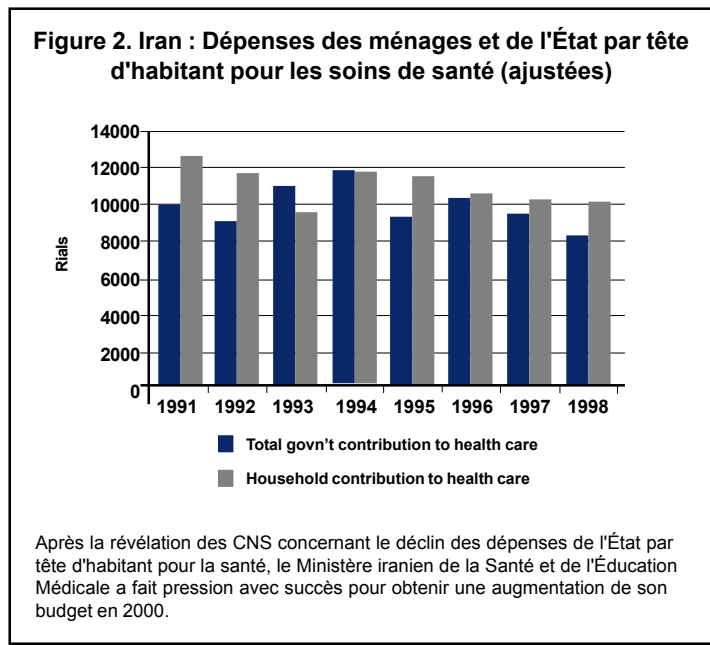
Les CNS ne fournissent pas seulement des informations sur les tendances des dépenses publiques par tête d'habitant pour la santé ; ils ont aussi démontré que les dépenses pour les hôpitaux privés étaient plus élevées que pour n'importe quel autre type de prestataire de soins. En 1998, les dépenses des hôpitaux privés pour les hospitalisations totalisaient près de 3,5 millions de rials iraniens, soit près d'un quart de plus que les dépenses correspondantes des hôpitaux publics. De plus, tandis que les ménages ne représentaient que 12 % des dépenses des hôpitaux publics, ils représentaient 88 % des dépenses payées aux hôpitaux privés. De telles conclusions

²Sur la base de Schwartz, J.B., R. Racelis et D.K. Guilkey. Novembre 2000. Decentralization and local government health expenditures in the Philippines. Document de travail 0136. Projet MEASURE Evaluation. <http://www.cpu.unc.edu/measurement/publications/workingpapers/wp0136/>

³Contribué par le Dr Hossein Salehi, ancien membre de l'équipe des CNS d'Iran.

⁴L'augmentation a été facilitée par l'accroissement des revenus résultant de la hausse du prix du pétrole.

suggèrent que les ménages préfèrent les soins hospitaliers dans les hôpitaux privés malgré le coût plus élevé. À la suite de cette conclusion, le gouvernement iranien a commencé une enquête sur les raisons des dépenses importantes dans les hôpitaux privés. En général, le gouvernement va utiliser les CNS pour éclairer les discussions et adopter des stratégies permettant de lancer une grande initiative de réforme de la santé dans un avenir proche.



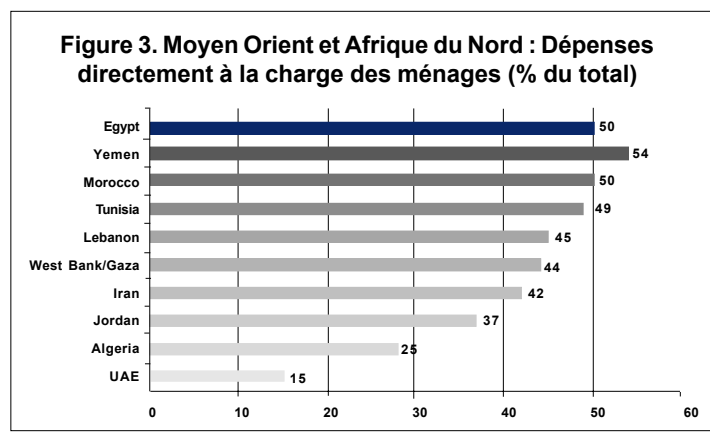
Dialogue sur les politiques en Égypte :⁵ Au stade du dialogue, les résultats des CNS ont été utilisés pour 1) identifier les problèmes ; 2) servir de catalyseur pour le changement en indiquant l'ampleur d'un problème ; et 3) lancer un plaidoyer pour stimuler l'action.

Le Ministère égyptien de la Santé et de la Population et les agences internationales collaboratrices (Banque mondiale, U.S. Agency for International Development et Commission européenne) ont utilisé les résultats des CNS ainsi que des données non financières pour entamer un dialogue sur les politiques qui a conduit à la conception et à la mise en œuvre institutionnalisée d'une initiative de restructuration des soins de santé primaires.

Les CNS ont contribué à la promotion de cette initiative en démontrant que l'Égypte dépensait près de 4 % de son PIB pour la santé, les dépenses directement à la charge des ménages représentant près de 50 % des dépenses totales, tandis que les dépenses totales du Ministère de la Santé et de la Population représentaient moins de 20 % des dépenses totales. Malgré le fait que la somme totale dépensée en soins primaires aurait dû être adéquate pour offrir des services de base à toute la population, la plus grande partie du financement n'a pas été organisée ou allouée efficacement.

De plus, le fardeau des dépenses pour les ménages était réparti de manière inéquitable, les pauvres dépensant la plus grande partie de leurs revenus pour la santé. Ceci a causé une baisse du niveau d'accès aux soins pour les pauvres et les personnes vivant en milieu rural.

De tels résultats ont fourni au Ministre de la Santé et de la Population les informations nécessaires pour convaincre l'Assemblée du Peuple, le public et les fonctionnaires du Ministère du besoin de restructuration substantielle de la façon dont les soins de santé primaires étaient organisés et financés en Égypte. Les CNS ont également communiqué des informations utiles aux bailleurs étrangers pour les aider dans leurs discussions avec le gouvernement. En conséquence, le Ministre et les bailleurs de fonds ont tenu une série de discussions qui leur ont permis de parvenir à un programme de réforme mutuellement acceptable ainsi qu'à un soutien financier.



⁵Conclusions des CNS de Rannan-Eliya, R., K.H. Nada, A.M. Kamal et A.I. Ali. Octobre 1997. Egypt National Health Accounts, 1994-95. Special Initiatives Report 3. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Les CNS ont révélé que malgré l'existence d'une substantielle infrastructure de santé du secteur public, l'Égypte était l'un des trois pays du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord où les paiements directs des ménages pour la santé étaient les plus élevés.

Atteinte de l'équité en Afrique du Sud : peu après la fin de l'apartheid en Afrique du Sud, l'un des principaux objectifs politiques du gouvernement a été de produire une distribution plus équitable des ressources de santé. Par conséquent, le gouvernement a adapté les CNS de façon à révéler comment les fonds affectés à la santé étaient utilisés, et par qui.

L'analyse des CNS en Afrique du Sud a révélé que les sommes investies dans les services publics de santé administrés dans les districts les plus pauvres étaient inférieures à celles qui l'étaient dans les districts plus fortunés. Les dépenses de santé publique moyennes par personne étaient 3,6 fois plus élevées dans les districts les plus riches que dans les districts les plus pauvres. En outre, les districts les plus pauvres - qui avaient tendance à être les districts confrontés aux problèmes de santé les plus graves - avaient le pire accès géographique

au personnel médical, aux hôpitaux et aux cliniques (Tableau 1). Typiquement, les districts les plus riches employaient 4,5 fois plus de médecins et 2,4 fois plus d'infirmiers diplômés que les districts les plus pauvres.

Les résultats des CNS ont stimulé la formulation de nouvelles politiques visant à redistribuer géographiquement les ressources de santé de l'Afrique du Sud d'une manière plus équitable. Par exemple, dans le but d'atteindre l'équité en matière d'infrastructure de santé, le gouvernement a imposé un moratoire sur la construction d'hôpitaux. Jusqu'alors, les hôpitaux étaient habituellement construits dans les quartiers les plus riches qui avaient déjà le meilleur accès aux soins. Le gouvernement a utilisé la période du moratoire pour faire voter une loi stipulant une évaluation du besoin d'un hôpital avant que sa construction ne soit autorisée. Ce moratoire a illustré le désir du gouvernement de jouer un rôle plus actif en ce qui concerne la coordination et la réglementation des façons dont les ressources publiques et privées sont utilisées pour mieux répondre aux besoins de santé des populations. Les questions d'équité également révélées par l'étude des CNS ont également

Tableau 1. Distribution des ressources en soins de santé en Afrique du Sud 1992/93⁶

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

Source : McIntyre et al. 1995

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 : McIntyre et al. 1995, Bureau of Market Research 2000

En Afrique du Sud, les CNS ont contribué de façon significative à la formulation de politiques visant à améliorer l'équité en fournissant des informations sur la mesure dans laquelle les divers niveaux de revenus et provinces ont absorbé les ressources de soins de santé du pays.

⁶Bureau of Market Research. 2002. The South African Provinces: Population and Economic Welfare Levels, 2000. UNISA. [http:// www.unisa.ac.za/dept/brm/](http://www.unisa.ac.za/dept/brm/)
McIntyre, D. et al. 1995. Health Expenditure and Finance in South Africa. Health Systems Trust and the World Bank, Afrique du Sud.

contribué à l'engagement du gouvernement de transférer des fonds de santé publique aux services et infrastructures de soins primaires, en particulier dans les régions pauvres et rurales du pays.

VIH/SIDA au Rwanda : Le Rwanda a commencé son activité de CNS en 1999, et il a élargi ce cadre pour inclure une analyse spécifique des CNS pour les dépenses en rapport avec le VIH/SIDA. Les résultats de cette analyse ont permis au Ministère de la Santé de concevoir et de mettre en œuvre des interventions politiques ciblées visant à améliorer le financement des activités de prévention et à augmenter l'accès aux services de soins de santé de base pour les séropositifs/sidéens. Le taux de prévalence au Rwanda pour les gens âgés de 14 à 49 ans est de 8,9 %. En raison de la gravité de l'impact de la maladie sur la population, la compréhension des sources de financement disponibles et la façon dont les fonds sont utilisés étaient essentielles pour pouvoir formuler des interventions efficaces contre la pandémie.

Les résultats de l'analyse des CNS pour les dépenses en rapport avec le VIH/SIDA ont démontré que les ménages étaient la source primaire – 93 % – du financement pour les coûts des soins de santé en rapport avec le VIH/SIDA. Cette contribution proportionnellement élevée correspond à 29 % des dépenses totales des ménages pour la santé, ce qui révèle l'impact financier important de la maladie. Les résultats combinés des analyses des CNS ont exposé un certain nombre de faiblesses en termes d'équité et d'efficacité du financement de la lutte contre le VIH/SIDA, ce qui a incité les décideurs à réexaminer de façon plus adéquate le flux des dépenses en rapport avec le VIH/SIDA. Par exemple, seulement 10 % de toutes les sommes affectées à la santé étaient utilisées pour cibler la prévention et le traitement du virus VIH en 1999, face à une maladie qui affecte 11,2 % de la population adulte, soit environ 370 000 personnes. De plus, les résultats des CNS ont révélé l'insuffisance de financement des bailleurs pour les programmes traitant le VIH/SIDA, ce qui a incité la communauté des bailleurs à augmenter les contributions ciblant spécifiquement le VIH/SIDA de 0,5 million de \$ en 1998 à plus de 1,6 million de \$ en 2000.⁷

Le Rwanda a incorporé les tableaux de données des CNS pour le VIH/SIDA dans le livre des Indicateurs du développement national. Cette étape en direction de l'institutionnalisation des CNS encouragera la poursuite de la contribution de l'outil aux politiques en fournissant des informations régulièrement mises à jour pour augmenter l'efficacité des programmes de santé ciblés.

Réseaux régionaux de CNS

Des réseaux de CNS ont été créés dans diverses régions du monde. Les réseaux comprennent des pays ayant des contextes socioéconomiques similaires, une langue commune et des problèmes de santé partagés. Un réseau régional se réunit généralement plusieurs fois par an pour rassembler les équipes de CNS et les décideurs des pays concernés. Ces réunions offrent des occasions de formation et d'échange d'expériences des CNS et des leçons apprises entre les pays. Les forums permettent aux participants de collaborer et de trouver des solutions à des problèmes communs en rapport avec la mise en œuvre des CNS. Quatre grands réseaux régionaux existent actuellement : 1) Moyen Orient et Afrique du Nord (MOAN), 2) Afrique orientale, centrale et australe (AOCA), 3) Amérique latine et Antilles (ALA) et 4) le Réseau d'économie de la santé Asie-Pacifique (RESAP). Au fur et à mesure de l'augmentation de popularité des CNS, de nouveaux réseaux sont créés, comme le réseau Europe et Asie centrale (EAC) et le réseau des CNS pour l'Afrique francophone. (Pour plus de détails sur les réseaux de CNS, veuillez contacter *PHRplus* ou *AWARE*.)

Qu'est-ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre des CNS ?

Un engagement prolongé des décideurs de haut niveau est essentiel pour le succès de la mise en œuvre des CNS. Leur support se manifeste politiquement, comme dans le cas des plaidoyers pour l'adoption des CNS et, plus concrètement, pour le maintien des affectations de spécialistes et de ressources financières aux CNS, ainsi que pour la création d'un environnement légal qui permet d'échanger des informations.

La mise en œuvre des CNS nécessite également une interaction permanente entre les décideurs et l'équipe technique des CNS d'un pays. Cette interaction permet à

⁷Barnett, C., M. Bhawalkar, A.K. Nandakumar et P. Schneider. Février 2001. The Application of the National Health Accounts Framework to HIV/AIDS in Rwanda. Special Initiatives Report No. 31. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project. Abt Associates Inc.

l'équipe de réagir spécifiquement à des préoccupations politiques distincts, par exemple, par le biais d'analyses de sous-secteurs, comme l'étude du VIH/SIDA au Rwanda. Il informe également les décideurs des besoins de l'équipe, ainsi qu'une infrastructure légale qui encourage transparence et coopération, permettant à l'équipe de recueillir chaque année des données de diverses administrations. Les équipes elles-mêmes doivent représenter tout le secteur national de la santé, y compris le secteur privé, le secteur public et les entités semi-publiques. Les membres doivent démontrer des compétences qui permettent à l'équipe de recueillir des données, de définir des limites pour les dépenses, d'analyser des données et d'interpréter les résultats de façon compréhensible par les décideurs et pertinente pour la formulation des politiques.

Une autre mesure du succès est l'institutionnalisation des CNS, lorsque l'activité est produite périodiquement et financé en totalité par le gouvernement, et quand l'emploi des CNS sert à mettre en œuvre une réforme effective du système de santé. Au fil des ans, les données permettront également d'analyser

les tendances et de contrôler l'impact des interventions pour la réforme.

Pour qu'il soit possible de compter sur les CNS afin de pouvoir prendre des décisions politiques bénéfiques pour un pays, ce pays doit s'assurer que les données employées sont aussi complètes, exactes et uniformes que possible. Pour que les pays puissent utiliser les résultats des CNS afin de se comparer à d'autres pays, les données doivent aussi se conformer aux normes et définitions internationales. Ces questions nécessitent à la fois la transparence de l'information discutée plus haut et des investissements dans le développement de systèmes de suivi et de communication des données, de systèmes comptables et d'activités associées, telles que les enquêtes auprès des ménages.

Plus les CNS démontrent leur utilité, plus ils continuent à gagner des adhérents. Sur les 68 pays du monde qui ont réalisé des CNS, seulement un tiers calcule des CNS régulièrement et périodiquement. Cependant, ce pourcentage est en hausse car de nombreux pays s'engagent désormais sérieusement sur la voie de l'institutionnalisation.



Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane
Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

Tel: 301-913-0500

Fax: 301-652-3916

URL: www.PHRproject.com

E-mail:

PHR-InfoCenter@abtassoc.com



Le projet PHRplus est financé par U.S. Agency for International Development en vertu du 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

University Research Co., LLC