

## **II. LES INTRANTS DES SYSTEMES DE SANTE**

Les intrants des systèmes de santé comprennent des ressources à la fois physiques et financières. Les concepts et les mesures liés à ces intrants jouent deux rôles distincts dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000. Tout d'abord, ils sont importants pour l'estimation de l'efficacité des systèmes de santé. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 utilise explicitement les dépenses de santé totales comme intrant global dans ses estimations de l'efficacité, mais les dépenses ont été implicitement utilisées pour faire état de l'utilisation des ressources physiques destinées à améliorer la santé. En deuxième lieu, on a débattu des intrants des systèmes de santé selon les fonctions des systèmes de santé. Dans le cas des intrants physiques, le canevas conceptuel a abordé leur disponibilité (production de ressources) et leur utilisation (dans la prestation de services). Cette section se concentre en particulier dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 sur la partie consacrée aux intrants financiers par le biais des Comptes nationaux de la santé.

### **1. Rapport sur la santé dans le monde 2000**

#### ***Concepts***

Les Comptes nationaux de la santé (CNS) constituent une méthode pour quantifier les flux financiers d'un système de santé d'une façon exhaustive, cohérente et intégrée. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 et le Rapport sur la santé dans le monde 2001, les estimations des dépenses de santé de 191 pays sont présentées et réparties par source. Les principales catégories sont les dépenses privées et publiques, qui sont ensuite subdivisées en dépenses financées par l'impôt, l'assurance sociale, les dépenses directes et celles de l'assurance privée. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a présenté les premières estimations globales des CNS en s'appuyant sur les données de 1997. Ces données ont été révisées à l'aide de sources statistiques supplémentaires. Les données révisées pour 1997 et les nouvelles estimations pour 1998 figurent dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001. Le Rapport sur la santé dans le monde 2001 comprend également une nouvelle sous-catégorie : les dépenses de santé financées de l'extérieur.

#### ***Méthodes***

Un système de santé est très complexe, mais la valeur nominale (et, quand elle n'est pas disponible, la valeur imputée) des ressources financées et dépensées au sein d'un système de santé doit être égale à la somme des valeurs de tous les biens et services fournis. En s'appuyant sur cette égalité pour renforcer leur cohérence, les CNS organisent l'information sur le financement de la santé en sélectionnant un groupe de dimensions qui

servent à analyser la complexité de ce financement. Ces dimensions sont ensuite synthétisées dans une série de matrices qui donnent l'information sur les dépenses par source, les agents de financement, les prestataires et les utilisations. En ayant recours à des classifications communes, il devient possible de tirer des leçons des comparaisons entre les pays et au fil des ans. Des efforts sont déployés pour dresser des rapports sur les dépenses selon la comptabilité d'exercice (c.-à-d. quand les ressources sont utilisées, et non quand les paiements sont effectués) quand c'est possible. (Poullier 2000)

### ***Données/bases factuelles/sources***

On n'a pas pu disposer de données complètes pour tous les pays. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'information s'appuyait sur les rapports des CNS de 67 pays pour différentes années. Parmi ces derniers, 30 suivaient les dépenses par le biais des principaux éléments du financement des soins de santé : mobilisation de ressources, allocation de ressources, et approvisionnement en biens et prestation de services. Les estimations ont dû faire appel à des informations partielles pour 124 pays, pour lesquels on a consulté différentes sources d'information sur les dépenses de santé. Les chiffres présentés dans le *RSM* sont en dollars américains aux taux de change officiels, et en dollars internationaux à parité de pouvoir d'achat (PPA).

## **2. Principaux commentaires et critiques**

### ***Concepts***

Personne n'a remis en question l'utilité des CNS dans l'estimation des dépenses de santé par habitant, conçue comme un indicateur global des intrants disponibles pour un système. Néanmoins, on a émis certains commentaires au sujet des concepts, des méthodes et des données de base utilisés.

Certains analystes se sont inquiétés du fait que le Rapport sur la santé dans le monde 2000 donnait trop d'importance aux données des Comptes nationaux de la santé, en particulier en tant que seul intrant d'importance dans le calcul de l'efficacité des systèmes de santé. Un article affirmait que « les CNS semblent être traités comme une sorte de panacée... dans le but de remettre en état la productivité des systèmes de santé des États Membres » (DfID 2000).

Une autre critique avançait que les CNS ne sont pas totalement compatibles avec la définition du système de santé donnée par l'OMS (McKee 2001). Les données présentées par les CNS se concentrent principalement sur les dépenses consacrées aux services de santé médicaux individuels et non individuels. Les actions intersectorielles et la production de ressources, sur lesquelles le Rapport sur la santé dans le monde 2000 met l'accent en tant que parties intégrantes du système de santé, ne sont pas toujours incluses. Le montant des dépenses de santé de toutes les activités liées aux actions intersectorielles visant à promouvoir la santé « ne se trouve dans aucun

compte national de la santé » (McKee 2001). Par conséquent, recourir aux données des CNS pour mesurer les ressources des systèmes de santé est trompeur dans la mesure où cela impose de comparer les résultats avec les intrants des *services* de santé plutôt qu'avec les intrants du *système* de santé.

### **Méthodes**

De nombreuses critiques ont insisté sur la non-comparabilité des catégories et des définitions attachées aux dépenses. Les divers organismes classent les dépenses différemment, et n'ont pas la même définition des fonctions et des services (Ministry of Health, Lebanon 2000). La comparabilité est difficile en raison de la diversité des normes nationales, en plus des concepts de délimitations, de dimensions et de systèmes de classification qui diffèrent. De plus, il manque des systèmes régionaux normalisés de notification et il est très difficile de parvenir à un consensus auprès des responsables des politiques en ce qui concerne le cadre général et le contenu des CNS (WHO Regional Office for South-East Asia 2001).

En raison du rôle important joué par ces chiffres et des questions liées à la méthodologie et aux sources de données, on a soutenu que le futur rapport doit débattre clairement des niveaux d'incertitude des estimations des dépenses. Cela a été souligné lors des débats entourant le Rapport sur la santé dans le monde 2000 sur l'évaluation des résultats, des intrants et de l'efficacité avec des intervalles d'incertitude très changeants.

### **Données/base factuelle/sources**

Il existe un manque de comparabilité entre les différents ensembles de données. Collecter l'information sur la répartition des dépenses par fonction et mettre en relation les dépenses avec leur utilisation est difficile, vu l'état des données sur le financement de la santé de la plupart des pays. On a critiqué les estimations des CNS en se basant sur le fait que la qualité, la validité et la fiabilité des données disponibles dans ces pays sont variables et souvent mauvaises. Les analystes ont remarqué que des écarts existent entre les données sur les dépenses provenant de différentes sources et ils ont remis en question le processus visant à concilier ces estimations divergentes.

Les sources utilisées pour estimer les dépenses de santé ne sont pas toujours complètes. Elles fournissent parfois des données qui ne concernent que le secteur public alors que d'autres se concentrent sur les dépenses privées. On trouve des doubles emplois tout comme des lacunes dans la couverture. Les estimations des dépenses privées ont été particulièrement touchées par de telles critiques. La qualité et la fiabilité de ces estimations demeurent incertaines en raison de la couverture incomplète, des enquêtes non représentatives et des dépenses qui sont susceptibles d'être comptabilisées deux fois (WHO Regional Office for South-East Asia 2001). Par exemple, certains commentateurs ont soutenu qu'on n'avait pas pu obtenir d'estimations fiables des CNS pour les dépenses directes dans 75 % des pays

## **RAPPORT DU GESI SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

---

(WHO Regional Office for South-East Asia 2001). On a conseillé d'élaborer de meilleures méthodes d'estimation des dépenses privées.

Certains pays étaient en désaccord avec les estimations des dépenses de santé présentées dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, en raison des données périmées, de la source de données insuffisante et des méthodes employées.

Certains pays étaient également en désaccord avec les estimations des taux de change (officiels ou PPA), et on a critiqué les sources donnant les taux de change des PPA utilisés pour convertir les unités de monnaie locale en dollars internationaux.

Des pays ont insisté sur le fait que l'OMS a la responsabilité de fournir l'aide technique nécessaire à la préparation ou à l'amélioration des données des CNS. Ils ont avancé que les efforts de collecte de données de l'OMS doivent s'intégrer plus étroitement au renforcement des capacités des pays. Les activités régionales peuvent être nécessaires pour consolider les CNS dans les pays et bâtir de meilleures bases factuelles pour les politiques.

On a évoqué des problèmes spécifiques dans l'estimation des ressources externes de l'OMS qui sont consacrées à la santé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001. On a relevé de grands écarts entre les enquêtes des CNS et les données sur les dépenses publiques de santé présentées dans les publications nationales et internationales ( *The Health Dime* ). Il est impossible d'ignorer ce problème parce que, dans certains cas, les ressources externes représentent un tiers ou plus des ressources totales dépensées dans la santé. Certaines des lacunes comprennent :

- Les inconvénients du système d'enregistrement existant : les données présentées selon la classification des dépenses par fonction du FMI semblent être plus institutionnelles que fonctionnelles dans de nombreux pays et omettent des dépenses pour des interventions destinées à améliorer la santé provenant de ministères autres que celui de la santé. Elles reflètent souvent des dépenses plus planifiées que réelles.
- Les multiples canaux par lesquels les ressources externes circulent à l'intérieur d'un pays ne sont pas toujours signalés.
- Il existe des problèmes pour repérer et évaluer les flux en nature. Par exemple, les dons d'équipement, les stocks de vaccins et les produits médicaux ne sont pas toujours mentionnés dans les rapports, ou on n'en donne pas toujours la valeur.
- Les subventions et les prêts privés ne sont pas enregistrés.

Dans l'ensemble, on a mis l'accent sur le fait qu'il est important d'expliquer les conclusions et d'en vérifier la validité.

### **3. Les réponses et les propositions de l'OMS**

#### ***Concepts***

L'OMS maintient que le concept utilisé dans les CNS est proche de sa définition du système de santé et insiste sur le fait qu'une grande partie de ce qui figure dans les rapports dépend de la disponibilité des données. L'OMS reconnaît que des imperfections statistiques existent et, afin de répondre à la critique liée aux incohérences de la définition du système de santé, le nouveau canevas destiné aux CNS comporte une décomposition des dépenses plus détaillée.<sup>1</sup>

Le Rapport sur la santé dans le monde 2001 introduit deux catégories de dépenses supplémentaires, les ressources externes, par exemple celles consacrées à la santé en tant que pourcentage des dépenses publiques de santé, ainsi que les dépenses pour l'assurance privée et d'autres dépenses faites en commun. On prévoit un ensemble de données plus étendu pour le Rapport sur la santé dans le monde 2002, qui intégrera un calendrier de mise en œuvre plus général (1995-1999). De même, on procède à l'estimation des tendances pour 1970-2000 (en planifiant de terminer après 2002). L'OMS propose également d'introduire autant que possible une décomposition plus détaillée des dépenses :

- (i) par type de fonction ou de prestataire de soins (patient hospitalisé, non hospitalisé, soins de longue durée) ;
- (ii) par type de ressource (capital, travail, produits consommables) ;
- (iii) par type de prestataire.

En vue d'améliorer la cohérence d'un pays à l'autre et de fournir une aide technique, l'OMS est en train de préparer un *Guide du producteur* qui proposera un canevas commun pour les CNS. L'OMS a également lancé un programme de renforcement des capacités aux niveaux régional et national (Afrique et Europe de l'Est) en même temps que d'autres activités également destinées à répondre aux demandes provenant des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Asie. L'OMS collabore avec d'autres organisations internationales pour mettre au point la méthodologie des CNS et la formation technique.

#### ***Méthodes***

On a mis en route un travail préliminaire pour les CNS en raison de grandes lacunes dans les données (en particulier dans le secteur privé), de la non-disponibilité des ventilations nécessaires, des données de l'encaisse et des données autres que celles de l'exercice. Les délimitations reflètent les

---

<sup>1</sup> Elle paraîtra dans le *Guide du producteur de CNS* actuellement en préparation. Ce guide est co-financé par la Banque Mondiale, l'OMS et USAID, et il est préparé conjointement par ces institutions et une équipe de l'Ecole de santé publique de Harvard.

différents degrés du mélange entre le privé et le public (à la recherche d'une conception commune).

***Données/bases factuelles/sources***

L'OMS a redoublé d'efforts pour communiquer avec les autorités locales et d'autres agences internationales dans le cadre d'un processus continu de mise à jour des estimations. L'OMS a en particulier lancé un processus de consultation auprès de plusieurs pays en vue de valider l'information compilée. Par exemple, les estimations pour 1998 et les révisions pour 1997 ont été envoyées aux pays pour obtenir leurs commentaires, et les changements dont on a convenu avec ces derniers ont été présentés dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001.

Depuis le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS travaille sur une méthode d'amélioration du calcul des parités des pouvoirs d'achat et collabore avec la Banque mondiale pour la prochaine phase du Projet international de comparaison.

Afin de résoudre les problèmes décelés dans l'estimation des ressources externes, l'OMS suggère que :

- les données soient collectées à la fois par des agences externes et les pays visés (par le biais du questionnaire dressant la liste des catégories d'intrants à l'aide des principales classifications fonctionnelles) ;
- la valeur des apports en nature soit calculée selon leur coût de remplacement ;
- les ressources allouées uniquement par l'agence externe directement à la population et aux institutions sanitaires — en nature ou en argent — soient comptabilisées.

**4. Commentaires et recommandations du GESI**

Dans le nouveau cadre des CNS, l'OMS a l'intention d'intégrer les principaux indicateurs se rapportant à l'analyse des intrants pour les besoins de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Cela apparaît clairement dans l'analyse du cadre modifié destiné aux CNS, qui est plus proche des classifications du *Guide du producteur*. L'objectif est d'éclairer (grâce aux CNS) le problème des déséquilibres existant entre les différents types de ressources. Toutefois, les CNS fournissent uniquement les dépenses d'une année, alors que, pour les besoins de la planification des investissements, les immobilisations disponibles sont nécessaires — qui intègre également les décisions d'investissement du passé. La préparation d'une chronologie des CNS indiquera les offres et les demandes changeantes du système de santé au cours du temps.

Les CNS sont fondés sur des principes comptables qui n'offrent pas facilement d'estimations de l'incertitude des données. Il peut s'ensuivre un conflit avec les méthodes statistiques utilisées dans d'autres domaines de

l'évaluation de la performance des systèmes de santé. La disponibilité et l'exactitude des données présentées posent problème. Il n'existe pas d'explication sur les méthodes utilisées pour procéder à l'estimation des données manquantes (quand les valeurs nominales ne sont pas disponibles). On trouve peu ou pas d'informations sur l'approche retenue pour faire des choix parmi les différentes valeurs présentées dans le rapport en fonction des différentes sources, et pour décider du niveau de dépenses quand les informations n'existent pas (p. ex., l'avis des spécialistes; en fonction des modèles internationaux; une sorte de moyenne, etc.). L'OMS doit envisager d'élaborer des méthodes pour donner l'incertitude des données financières.

L'OMS tente d'engager un dialogue avec les pays afin d'améliorer constamment les CNS. Toutefois, on a besoin de plus de transparence. L'OMS consulte les pays pour établir si les séries chiffres sont plausibles et si elle peut combler les lacunes. Des macrovariables de base — comme les dépenses générales totales des États — doivent être révisées et l'information destinée à remplacer les données manquantes doit être obtenue au niveau national. L'OMS doit spécifier les procédures d'analyse de l'exactitude des données des CNS.

Dans le cadre homogénéisé qui sera utilisé au cours du prochain cycle de CNS, on ne sait pas très bien si les dépenses sont comptées ou pas quand les lignes sont vides ou si elles sont simplement comprises dans la catégorie de niveau supérieur (c'est-à-dire intégrées au total supérieur).

Il est extrêmement important que l'OMS cherche à normaliser les classifications. Les classifications habituellement utilisées sont particulières aux pays adaptant la classification internationale des dépenses de santé de l'OCDE à leur situation propre. De même, le nombre et la portée des ventilations présentées diffèrent selon les données disponibles.

En dehors de la normalisation des classifications, les définitions des catégories doivent être uniformes. Différents éléments, qui portent le même nom, peuvent être intégrés aux coûts des soins de santé. Le GESI recommande que, afin de parvenir à uniformiser les dépenses citées de façon identique et afin d'assurer la comparabilité entre les pays, l'OMS clarifie le contenu de chacune des catégories intégrées dans les CNS. On a besoin de définitions explicites. La clarification est également nécessaire pour assurer la cohérence des CNS avec la définition du système de santé de manière à pouvoir établir les intrants du système de santé à partir desquels on évalue les résultats.

La base fragile des estimations des PPA peut grandement influencer la performance d'un pays que l'on mesure. Toutefois, ces dernières demeurent une alternative préférable à la conversion qui a recours aux taux de change officiels. Nous encourageons l'OMS à continuer à travailler activement à l'amélioration des estimations des PPA.

## **RAPPORT DU GESI SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

---

Des enquêtes supplémentaires auprès des ménages sont souvent entreprises afin de connaître les dépenses privées en paiement direct. Malheureusement, on ne prête pas toujours attention à l'investissement en capital dans des installations privées ni aux dépenses de santé encourues par les citoyens d'un pays quand ils se trouvent à l'étranger. Un autre problème provient des dépenses de santé des citoyens des pays limitrophes (en particulier vivant en territoire frontalier) qui travaillent et paient des primes d'assurance maladie dans un pays, mais qui vivent et utilisent les services de santé d'un autre. L'OMS doit déterminer s'il faut intégrer de telles dépenses.

Selon les principes comptables de base, le revenu et les dépenses doivent s'équilibrer dans les CNS. La valeur des ressources qui sont financées et dépensées au sein d'un système de santé doit être égale à la somme des valeurs de tous les biens et services délivrés (Poullier, Hernandez, and Kawabata 2001). Toutefois, les dépenses (consommation et investissement) ne sont pas forcément égales à la somme des valeurs de tous les biens et services fournis. Le montant de l'investissement en production de ressources (pour la formation et la construction) est d'habitude différent du coût des facteurs utilisés, pour les raisons suivantes:

- la migration et le chômage des ressources humaines dans le système de santé ;
- les constructions non terminées ;
- les bâtiments ne sont pas amortis (l'amortissement du capital fixe n'est pas pris en compte) avant d'être terminés.

L'OMS doit examiner plus en détail les solutions les plus appropriées à apporter à ces problèmes.

L'OMS a un rôle extrêmement important à jouer dans le *renforcement des capacités* des pays.

Nous proposons que l'OMS publie le *Guide du producteur* aussi rapidement que possible afin d'améliorer le renforcement des capacités dans les pays ;

- L'OMS doit contribuer à une meilleure harmonisation des agences internationales ;
- L'OMS doit renforcer son aide auprès des réseaux régionaux des CNS et trouver les moyens d'améliorer les interactions entre les utilisateurs des CNS. Cela contribuera aussi au renforcement des capacités ;
- Pour les pays aux capacités limitées, il faut intégrer le processus de mesure des flux de dépenses de santé au Système de comptabilité nationale habituel de l'ONU.

## **5. Références**

WHO. Regional Office for South-East Asia. Report on Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment (New Delhi, June 2001).

[Rapport de la consultation régionale sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé (New Delhi, juin 2001)].

Poullier, J. P. and P. Hernandez Estimates of National Health Accounts for 1997. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers, No. 27. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2000.

Poullier, J.P., Kawabata, K., Hernandez, P. National Health Accounts: concepts and results for 191 countries in 1998. 2001.

Poullier, J.P., Hernandez, P., Kawabata, K., Savedoff, W., Indikadahena, C., Zeramdini, R.. Global and national spending patterns: results from National Health Accounts. 2001.

Poullier, J.P., Hernandez, P. Estimates of National Health Accounts for 1997. GPE Discussion Paper Series: No. 27. Geneva WHO.

Ministry of Health of Lebanon. Lebanon National Health Accounts: Executive Summary (Working Draft). 2000.

Ministry of Health & Institute of Policy Studies. Sri Lanka National Health Accounts: Sri Lanka National Health Expenditures 1990-1999. 2001. Colombo, Institute of Policy Studies of Sri Lanka.

Dorabawila, T. , De Silva, S., Mendis, J., and Rasell, E. WHO Fairness in Financing Study: Estimates for Sri Lanka 1995/96 using WHO Methodology. 2001. Colombo, Sri Lanka, Institute of Policy Studies of Sri Lanka.

Meerding, W.J., Bonneux, L., Polder, J.J., Koopmanschap, M.A., and Van der Maas, P.J. Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ* 317. 11-7-1998.

New template presenting new methodology of NHA – Excel file.

The Health Dime. A liaison bulletin between NHA developers assembled by WHO staff , Vol. 1, Geneva 2000.

DFID Resource Centre for Health Sector Reform, Draft 10 July 2000. World Health Report 2000 – Summary and Comments.

McKee, M. Measuring the efficiency of health systems. The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go. Editorial. *BMJ*, Volume 323, 2001.

