

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**



**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE**

**Regional Office for the Western Pacific
Bureau régional du Pacifique occidental**

COMITE REGIONAL

WPR/RC40/INF.DOC./2

**Quarantième session
Manille
19-25 septembre 1989**

17 septembre 1989

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 16 de l'ordre du jour provisoire

**PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES
FINANCIÈRES POUR LA SANTÉ**

Les trois études de cas qui suivent, soumises pour information au Comité régional, constituent un complément au document WPR/RC40/12, "Planification et gestion des ressources financières pour la santé".

I. PLANIFICATION ET GESTION FINANCIÈRES EN PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE

1. INTRODUCTION

Le revenu national de la Papouasie-Nouvelle-Guinée provient pour une large part de l'exportation de produits de base tels que le café, le cuivre et l'or. Aussi la récession mondiale des années 80 a-t-elle particulièrement affecté la planification financière des pouvoirs publics. En 1985, le Gouvernement a mis sur pied une nouvelle stratégie économique qui devait canaliser les ressources publiques vers les secteurs producteurs de recettes et réduire ainsi les ressources allouées aux secteurs sociaux. Le budget de la santé a ainsi subi une réduction annuelle de 5% en termes réels. Le Département de la santé a alors compris qu'il était indispensable d'améliorer la planification et la gestion financières dans le secteur de la santé.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée est une île du Pacifique qui, en 1986, comptait 3,4 millions d'habitants. L'accroissement démographique est de 2,3%, l'espérance de vie de 50 ans et le taux de mortalité infantile de 72 pour 1 000 naissances vivantes. Les principales causes de morbidité et de mortalité sont notamment les suivantes : infections des voies respiratoires supérieures, paludisme, diarrhée et morbidité périnatale. Le produit intérieur brut par habitant est légèrement supérieur à US\$ 700, dont 5% environ (US\$ 35) sont consacrés aux dépenses de santé.

2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

En 1983, la gestion des services de santé a été largement décentralisée. Les services décentralisés sont financés à la fois par des subventions directes des pouvoirs publics nationaux et par des allocations versées par les autorités provinciales. Les recettes à l'échelon provincial sont constituées par les allocations nationales et les impôts perçus au niveau de la province. Les services de santé fonctionnent selon un plan de santé national quinquennal. L'accent, dans le plan en vigueur (1986-1990), est placé sur :

- 1) la fourniture de services de santé primaires au plus grand nombre;
- 2) un mode de vie sain;
- 3) le développement des hôpitaux à l'appui des soins de santé primaires;
- 4) une gestion décentralisée.

Le plan indique en outre qu'un grand effort doit être fait pour que les zones les moins bien desservies bénéficient des ressources disponibles, de façon à améliorer l'égalité d'accès aux services.

Les services de santé sont dispensés par les postes de soins de premiers secours, les centres et les centres auxiliaires de santé et les hôpitaux. Il existe un hôpital dans toutes les provinces, sauf deux, et un hôpital national d'orientation-recours dans la capitale. Le système rural de soins de santé primaires assure l'essentiel de la prestation des soins de santé, 87% de la population vivant en zone rurale. Les missions chrétiennes jouent un grand rôle dans la fourniture des services de santé ruraux.

3. INITIATIVES

Plusieurs études ont été prévues pour obtenir les renseignements nécessaires au renforcement des activités de planification et de gestion financières de Papouasie-Nouvelle-Guinée, et notamment les suivantes :

- 1) inventaire des services de santé ruraux;
- 2) étude sur le financement et les dépenses du secteur de la santé;
- 3) étude du coût des services de santé ruraux;
- 4) étude du coût des hôpitaux;
- 5) mise au point d'un modèle d'allocation des ressources sanitaires;
- 6) étude sur d'autres moyens de financer le secteur de la santé;
- 7) étude détaillée sur d'autres moyens de financement;
- 8) préparation d'un plan cadre financier pour compléter le prochain plan de santé national.

La plupart de ces études ont été menées à bien et elles ont fourni aux responsables de la gestion des informations fondamentales pour l'élaboration des politiques, la planification des programmes et la gestion opérationnelle. Elles ont aidé à renforcer l'efficacité du système de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Le principal apport de ces initiatives est brièvement résumé ci-après.

3.1 Inventaire des services de santé ruraux

Ce travail a fourni une description et une évaluation complète de tous les services de santé ruraux du pays. L'inventaire précise l'emplacement, le type d'installation, l'accessibilité, le matériel disponible et l'état d'entretien des installations pour chaque district de chaque province. Les informations sont saisies sur ordinateur pour en faciliter l'analyse et la mise à jour. Elles sont utiles pour la planification des services, la gestion du programme et la prise des décisions relatives à l'allocation des ressources.

3.2 Etude sur le financement et les dépenses du secteur de la santé

L'étude sur le financement et les dépenses du secteur de la santé a porté sur la manière dont sont utilisées les ressources financières existantes dans le secteur de la santé. Elle fournit, aux planificateurs et aux décideurs politiques, des renseignements essentiels pour la prise des décisions. Elle fait apparaître :

- a) l'ensemble des finances consacrées à la santé (1986) par source : publique, privée ou étrangère;
- b) les dépenses (investissement initial et dépenses de fonctionnement);
- c) les dépenses par type de service, primaire ou secondaire;
- d) les dépenses par zone géographique;
- e) les dépenses pour la formation des personnels.

L'étude analyse également ces informations sous l'angle de leurs incidences pour l'utilisation équitable et efficace des ressources et la réalisation des objectifs du développement sanitaire national de 1986 à 1990.

3.3 Etude du coût des services de santé ruraux

L'étude du coût des services de santé ruraux soutenue par la Banque asiatique pour le développement (ADB) a pris fin en 1988. Elle décrit et analyse la dotation du personnel, l'efficacité du fonctionnement ainsi que les investissements initiaux et les dépenses de fonctionnement des centres et centres auxiliaires de santé dans tout le pays. L'étude fait apparaître :

- a) le coût de la prestation de divers services au niveau des centres et centres auxiliaires de santé et des postes de premier secours;
- b) l'écart des coûts globaux et moyens 1) entre les régions, 2) entre les districts et les différents types de services et 3) entre les services publics et confessionnels;
- c) les facteurs responsables des écarts dans la productivité des services tels que : personnel, situation géographique, densité de population, gestion, encadrement et utilisation des services;
- d) les prestations des divers services par rapport à leur coût.

Une étude complémentaire du coût des services hospitaliers sera effectuée en 1989.

3.4 Modèle d'allocation des ressources sanitaires

Le projet de modèle d'allocation des ressources sanitaires visait à recenser les facteurs prioritaires devant entrer en ligne de compte dans les décisions relatives à l'allocation des ressources au niveau national. Il s'agissait de trouver une formule objective pour décider de l'utilisation optimale des fonds disponibles pour améliorer la santé au maximum.

Le champ d'application initial du projet s'est révélé trop complexe. Toutefois, le principe de l'utilisation d'un outil rationnel pour la prise des décisions concernant l'allocation des ressources a été appliqué pour la première fois cette année dans la préparation du budget pour 1990.

3.5 Autres moyens de financer le secteur de la santé

Cette étude avait pour objet de présenter divers autres moyens pour le financement des services de santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée. L'étude examine l'état actuel du système de santé et son niveau de financement et envisage la possibilité de recourir à d'autres moyens pour accroître les fonds disponibles pour le maintien et l'amélioration du niveau des services de santé. L'étude a examiné les possibilités suivantes : subventions, organismes philanthropiques et de bienfaisance, paiement des services, assurance maladie privée, privatisation et financement par la communauté. Cette étude sert de base à un examen plus détaillé de certaines méthodes de financement du secteur de la santé prévu pour 1989.

4. ÉVALUATION

Sur la base de ces études, et dans le cadre des buts généraux de son développement sanitaire, la Papouasie-Nouvelle-Guinée s'est fixé les objectifs suivants pour sa politique financière :

- 1) accroître l'égalité en matière de soins de santé entre les provinces;
- 2) accroître l'efficacité de l'aide étrangère;
- 3) accroître le rôle du secteur privé et la contribution directe des usagers;
- 4) réduire les dépenses de personnel;
- 5) multiplier les centres de santé urbains.

Ces études ont également fourni quantité d'informations utiles sur la situation financière actuelle du système de santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée. L'information applicable au cadre financier pourra aussi servir pour les étapes suivantes (Fig. 1, Annexe 1).

La figure 1 montre le cadre analytique pouvant être utilisé pour décrire le secteur de la santé sur la base du rapport entre le financement et la prestation des services.

4.1 Allocation intersectorielle des ressources

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, les dépenses publiques représentent 35% du produit national brut. La part de la santé dépassant déjà 9% des dépenses publiques, on peut penser que ce pourcentage ne sera pas augmenté.

<i>Dépenses du secteur public</i>	<i>Pourcentage</i>
Santé	9,4
Défense	4,5
Education	17,0
Développement économique	18,6
Autres dépenses publiques	50,5

4.2 Structure et orientation des services de soins de santé

<i>Dépenses des services publics</i>	<i>Pourcentage</i>
Secondaires	38,0
Primaires	47,0
Formation	9,0
Autres	6,0

<i>Dépenses des services privés¹</i>	<i>Pourcentage</i>
Médicaments	42,0
Médecins	21,0
Hôpitaux	28,0
Soins dentaires	6,0
Autres	3,0

¹ Services achetés dans le secteur privé.

<i>Dépenses des services provinciaux¹</i>	<i>Pourcentage</i>
Préventifs	12,0
Curatifs	88,0

Le rapport soins primaires/soins secondaires en Papouasie-Nouvelle-Guinée a toujours été à l'avantage des services primaires. C'est à l'évidence un indicateur à suivre de près. Toutefois, la répartition des dépenses de santé est préoccupante car il existe un écart de près de 1 à 3 selon les provinces.

Pour ce qui est du secteur privé, la distribution est très voisine de celle des autres pays, un fort pourcentage étant consacré aux médicaments. L'efficacité à cet égard pourrait sans doute être améliorée. Si le rôle du secteur privé dans les soins de santé est étendu, il faudra s'efforcer d'améliorer la distribution des services élargis et non simplement reproduire le même schéma.

La grande diversité des dépenses de santé entre les provinces traduit un problème profond. Seule une politique nationale ferme pourra réduire sensiblement cette inégalité.

4.3 Composition des ressources des services de soins de santé

Les dépenses des services publics sont réparties comme suit :

<i>Dépenses des services publics</i>	<i>Pourcentage</i>
Personnel	71,0
Fournitures	9,0
Médicaments	8,0
Transports	7,0
Autres	5,0

Les pouvoirs publics s'inquiètent du fort pourcentage des dépenses de personnel (71%). La santé, par définition, est une industrie qui nécessite une main-d'oeuvre importante. Si l'on fait une comparaison à l'échelle mondiale, la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'est pas un cas particulièrement alarmant. Ainsi, le chiffre correspondant pour les îles du Pacifique Sud est d'environ 65% tandis qu'en Malaisie les dépenses de personnel sont aussi de 71%. Il y a peut-être lieu d'intervenir, mais le véritable test sera de savoir si l'on parvient à accroître la productivité en conservant le même pourcentage. Un certain équilibre doit être atteint. Il se peut, par exemple, que les bas salaires entraînent un important roulement de personnel, aux dépens de l'efficacité. On cherche aussi à endiguer l'augmentation des salaires, qui sont indexés sur l'inflation. Or, ce lien se traduit souvent par une augmentation automatique des salaires.

¹ Comment les fonds sont utilisés au niveau de la province.

4.4 Organisation du secteur de la santé

<i>Fourniture de services</i>	<i>Pourcentage</i>
Pouvoirs publics	55,0
Missions	43,0
Secteur privé	2,0

<i>Financement des services</i>	<i>Pourcentage</i>
Secteur public	89,0
Secteur privé ¹	9,0
Aide étrangère	2,0

Le Gouvernement n'est pas le seul grand fournisseur de services de santé, ce qui a des incidences à la fois positives et négatives en ce qui concerne les changements à apporter en faveur du développement. D'autre part, pour ce qui est d'élargir le secteur privé, la base des services étant très restreinte, la croissance absolue sera très lente.

Le système de santé est essentiellement financé par le secteur public. Treize pour cent seulement de la population économiquement active sont salariés; c'est pourquoi le développement des dépenses du secteur privé sera nécessairement assez lent.

5. CONCLUSION

La Papouasie-Nouvelle-Guinée apparaît comme l'exemple type de pays où il n'existe pas de solution unique à tous les problèmes de financement. Sous certains aspects, cela est positif car il est généralement plus facile, politiquement et techniquement, d'obtenir des accords sur des solutions progressives que sur de grands changements révolutionnaires. Par ailleurs, cette stratégie pose de nombreux problèmes aux responsables de la gestion car chaque changement affectera de nombreuses parties du système. Et comme les changements interviennent simultanément, les instruments de surveillance et d'évaluation et les processus de gestion devront être en harmonie étroite avec les buts, et les mécanismes nécessaires prêts à apporter des corrections dès l'identification de problèmes.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée a fourni une grande quantité d'informations utiles, elle s'est fixé des objectifs financiers précis et a introduit certains changements pour remédier aux problèmes identifiés. Les problèmes financiers préoccupaient les responsables de la santé qui ont fait des efforts concertés pour s'assurer que les informations financières soient prises en compte dans les décisions politiques et opérationnelles importantes.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Newbrander et Thomason, *Alternatives for Financing Health Services in Papua New Guinea*, Government report, 1987.

¹ 7% des fonds privés correspondent à des dépenses personnelles directes.

2. Newbrander et Thomason, *A Survey of Papua New Guinea's Health Sector Financing and Expenditure*, Government report, 1988.
3. Donaldson, Mitchell et Thomason, *Rural Health Services Cost Study*, Government report, 1988.
4. *World Development Report 1988*, World Bank.

II. LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ AUX PHILIPPINES : BILAN ET NOUVELLES ORIENTATIONS

Le présent document se propose de décrire, dans ses grandes lignes, le fonctionnement du secteur de la santé par le passé aux Philippines ainsi que les politiques actuellement mises en oeuvre pour améliorer l'efficacité du secteur et l'équité. La section 1 explique le rôle de facteurs liés ou non aux soins de santé dans l'évolution de la situation sanitaire. La section 2 décrit les changements d'affectation des ressources entre les différents secteurs à l'intérieur du secteur public. La section 3 analyse la structure des services de santé compte tenu des tendances observées au début des années 1980 et des changements intervenus depuis l'entrée en fonction du nouveau Gouvernement en 1986. La section 4 décrit les mesures qui ont une incidence sur la répartition des ressources sanitaires. La section 5 aborde la question du financement et les initiatives prises en la matière.

1. SITUATION SANITAIRE : TENDANCES ET DÉTERMINANTS

D'après les estimations récentes de la mortalité, il semblerait que l'on assiste à un ralentissement des progrès accomplis en matière de santé depuis 1975. L'espérance de vie à la naissance a augmenté plus lentement que prévu, passant de 61,3 ans en 1975 à 62,3 ans en 1980 et à 62,9 en 1984. D'autre part, alors que le taux de mortalité infantile était tombé de 60,3 pour 1 000 naissances vivantes en 1975 à 56,9 pour 1 000 en 1980, il est remonté à 62,8 pour 1 000 en 1984 (de Guzman, 1989). Bien que surprenante, l'augmentation des taux de mortalité infantile dans la première moitié des années 1980 n'est pas inexplicable, si l'on considère les mauvais résultats économiques d'ensemble, l'augmentation de la pauvreté et les réductions des dépenses publiques en matière de santé et de services sociaux qui ont caractérisé cette période (Herrin et Paquco, 1985).

Les maladies transmissibles demeurent la principale cause de mortalité pour tous les âges. En 1984, 11% des décès notifiés étaient imputables à la tuberculose; la diarrhée, les carences nutritionnelles et la rougeole représentaient également 11%. L'ensemble de ces maladies facilement évitables était responsable de 41% des décès notifiés. Les maladies dégénératives représentaient quant à elles 28% des décès notifiés.

Les décès infantiles représentaient environ 20% de l'ensemble des décès notifiés. Parmi les principales causes de mortalité infantile, la pneumonie semble être la plus importante et rien n'indique qu'elle ait enregistré de diminution sensible entre 1978 et 1984. En 1984, 24% des décès infantiles étaient imputables à cette maladie. Les autres maladies respiratoires représentaient 16% des décès, tandis que la diarrhée, les carences nutritionnelles et la rougeole en représentaient 17%. Ensemble, ces maladies liées entre elles représentaient plus de la moitié (57%) des décès infantiles.

L'absence de progrès notables dans l'amélioration de l'état de santé est due non seulement au très faible taux d'utilisation des services de santé mais aussi à d'autres facteurs. Parmi ceux-ci figurent la baisse plus lente de la fécondité depuis 1975, la lenteur des progrès en matière d'assainissement, et les taux élevés de malnutrition des nourrissons et des enfants, qui ne font que se confirmer et qui sont en partie associés à l'abandon ou à la durée moins longue de l'allaitement au sein. Outre ces facteurs qui ont une incidence directe sur l'état de santé, il existe des facteurs socio-économiques, à savoir l'augmentation de la pauvreté associée au ralentissement de l'activité économique au début des années 1980 et la lenteur des progrès

de la lutte contre l'analphabétisme, notamment chez les femmes en milieu rural (Banque mondiale, 1988).

Ainsi, de nombreux facteurs ont fait obstacle à l'amélioration de la situation sanitaire. Ces facteurs sont liés non seulement au secteur de la santé mais à d'autres secteurs, notamment en ce qui concerne la croissance démographique, l'alimentation et la nutrition, l'eau et l'assainissement, l'enseignement, l'emploi et les autres secteurs générateurs de revenus de l'économie.

2. ALLOCATION INTERSECTORIELLE DES RESSOURCES

Ayant constaté l'échec des politiques et des priorités établies par ses prédécesseurs, le Gouvernement actuel a entrepris une série de réformes politiques majeures visant à favoriser la reprise économique et une croissance soutenue dans un esprit d'équité et de justice sociale. La réforme qui a les répercussions les plus immédiates sur l'état de santé est la priorité accrue accordée, dans l'allocation des ressources publiques, aux services sociaux, et en particulier la santé et l'éducation. Ainsi la part du budget national affectée au Département de la santé est-elle passée de 4,2% en 1985 à 5,9% en 1989. Quant à la part du budget national affectée au Département de l'éducation, de la culture et des sports, elle est passée de 10,5% en 1985 à 20,2% en 1989.

3. STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ

Compte tenu du tableau de la morbidité que nous venons de décrire et qui ne semble pas évoluer, on s'attendrait à voir privilégier dans la structure des services de santé les programmes de promotion et de prévention tels que la planification familiale, la vaccination, l'assainissement, la nutrition et l'allaitement au sein, ainsi que les soins curatifs de base, en particulier pour lutter contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. De plus, ces services devraient être davantage axés sur les zones rurales, où vit près de 70% de la population. Or, la structure des services de santé publics et privés a évolué en faisant une place prépondérante aux soins curatifs dispensés par les hôpitaux et les médecins, c'est-à-dire concentrés essentiellement dans les centres urbains. Le secteur public, dont on aurait été en droit d'attendre qu'il corrige ce déséquilibre, l'a en réalité aggravé ces dernières années. Les données disponibles concernant les dépenses publiques dans le secteur de la santé au début des années 1980 accusent un glissement de plus en plus marqué des soins préventifs aux soins curatifs, une part croissante des ressources publiques étant consacrées au financement des hôpitaux publics.

Les données ci-après illustrent la nature des choix publics opérés dans le secteur de la santé ces dernières années. Entre 1981 et 1985, 57% en moyenne des dépenses publiques en matière de santé ont servi à financer des soins curatifs, contre 33% pour les soins préventifs (voir tableau 1, page 15). Le reste est allé aux frais d'administration et de formation. A partir de 1982, la part des dépenses publiques consacrées aux soins préventifs a baissé. De 37% en 1982, elle est tombée à 28% en 1985, alors que les dépenses publiques en soins curatifs sont passées dans le même temps de 54% à 63%. Entre 1981 et 1985, 65% en moyenne des dépenses publiques sont allées au Département de la santé, 35% allant aux départements chargés des services sociaux ou autres. Une analyse plus attentive des dépenses du Département de la santé montre qu'en moyenne 22% sont allés aux soins préventifs et 69% aux soins curatifs.

Conscient du déséquilibre existant entre la structure des services de santé et les besoins en matière de santé de la grande majorité de la population, le Gouvernement actuel a adopté une approche plus énergique de la prévention et de la promotion de la santé. On ne dispose cependant pas de données récentes indiquant la ventilation des dépenses comparables à celles qui figurent au tableau 1. Aussi est-il encore difficile d'apprécier l'ampleur du mouvement des dépenses publiques en faveur des soins préventifs. Mais, si le Gouvernement accorde désormais une plus large place aux soins préventifs, la structure des services de santé dans son ensemble conserve essentiellement une orientation curative, du fait que les dépenses du secteur privé, qui représentent 75% des dépenses de santé totales, sont essentiellement axées sur les services curatifs.

4. COMPOSITION DES RESSOURCES DESTINÉES AUX SERVICES DE SANTÉ

Afin de rentabiliser la prestation des services de santé, on a étudié diverses possibilités de substitution des intrants, le but étant d'en abaisser le coût pour le même résultat. On peut citer à cet égard deux initiatives récentes visant à modifier la structure des intrants destinés aux services de santé pour en accroître l'efficacité. Il s'agit d'un nouveau programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës et de la loi sur les médicaments génériques, entrée en vigueur en 1988. De plus, les renseignements dont on dispose sur les dépenses du Département de la santé par principales catégories d'intrants révèlent des modifications de structure qui ont des répercussions sur la rentabilité.

4.1 Lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires

Le Département de la santé a élaboré un programme national de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires (IRA) chez les nourrissons et les enfants. Celui-ci s'inspire d'un projet mis en oeuvre dans la province de Bohol en 1983. Le projet a montré que l'on pouvait apprendre aux sages-femmes des postes de santé de *barangay* à dépister et à traiter les cas d'IRA moyennement graves en prescrivant des antibiotiques par voie orale associés à une prise en charge à domicile et que leur intervention n'avait pas d'impact défavorable sur le taux de mortalité des enfants par IRA. Cette approche novatrice repose sur une modification des protocoles de traitement des cas moyennement graves, puisqu'au traitement hospitalier coûteux impliquant des médecins, des infirmières, des tests de diagnostic sophistiqués et des médicaments chers (pénicilline par voie intraveineuse), on préfère un traitement plus économique, basé sur les postes de santé, faisant intervenir les sages-femmes, des méthodes de diagnostic simples et des médicaments moins coûteux (antibiotiques par voie orale).

Bien que les données dont on dispose ne soient pas complètes, les calculs effectués par une équipe d'évaluation extérieure en utilisant les renseignements fournis par des informateurs sur le terrain en 1987 laissent supposer que la nouvelle composition des ressources revient moins cher que la solution précédente pour produire des résultats équivalents. Le résultat pris en compte est le nombre de cas d'IRA moyennement graves traités dans la zone d'étude. Pendant la période d'observation d'un an (juillet 1985-juin 1986), 1 694 cas d'IRA moyennement graves ont été traités dans les postes de santé de *barangay* par des sages-femmes qui ont utilisé le nouveau protocole de prise en charge des cas. Le coût total du traitement d'un cas a été estimé à environ 106 pesos, constitués à 75% par des intrants pris en charge par l'Etat (médicaments, temps de travail des sages-femmes, fournitures, matériel et formation), contre 25% pour les ménages (prix de revient du déplacement et de l'attente au poste de santé et du traitement à domicile). Si ces mêmes cas moyennement graves d'IRA avaient été traités à l'hôpital au moyen du protocole standard, le coût par cas

aurait été d'environ 700 pesos, dont 72% à la charge de l'Etat (médicaments, temps de médecin et d'infirmière, coût de la chambre d'hôpital, examens radiographiques et autres, fournitures et matériel) et 28% à la charge du ménage (frais de transport à l'hôpital, temps d'attente des moyens de transport, temps du membre adulte de la famille resté auprès du patient à l'hôpital). Ainsi, le nouveau protocole, qui témoigne du choix d'une combinaison d'intrants moins coûteuse, permet-il d'économiser 85% des frais de traitement.

Ces estimations de coûts ne sont qu'approximatives faute de renseignements plus détaillés (malheureusement, il n'entraîne pas dans les activités du projet de recueillir des informations relatives aux coûts). Elles donnent toutefois une idée de l'ordre de grandeur des avantages à escompter d'une telle restructuration des intrants. Les économies réalisées seront en réalité plus importantes car de nombreux cas moyennement graves, désormais traités sans difficultés au niveau des postes de santé de *barangay*, ne dégèneront pas en cas graves, plus coûteux à traiter.

4.2 Médicaments génériques

En 1985, les médicaments représentaient environ 33% du total des dépenses du secteur privé en matière de santé. Les dépenses privées représentaient à leur tour 75% du total des dépenses de santé (voir tableau 1). On devait donc pouvoir réduire sensiblement les dépenses en médicaments en contrôlant l'utilisation de ceux-ci et leur prix. Puisque les médicaments vendus sous leur nom de marque sont normalement plus chers que les médicaments génériques, on a adopté les médicaments génériques afin de réduire le coût des médicaments et de libérer ainsi des ressources à d'autres usages.

En 1988, le Gouvernement philippin a adopté la loi sur les médicaments génériques qui impose l'utilisation des noms génériques pour la fabrication, la commercialisation et la distribution des médicaments essentiels. Cette orientation en faveur des médicaments génériques devrait réduire le coût des médicaments essentiels.

4.3 Dépenses du Département de la santé par catégories d'intrants

La production de services de santé consomme une forte proportion de main-d'oeuvre. Cette force de travail doit cependant être complétée par d'autres facteurs de production. Le tableau 2, page 16, montre qu'entre 1981 et 1985 les dépenses du Département de la santé en frais d'entretien et d'exploitation sont passées de 63% du total des dépenses à 51%. En sous-équipant la force de travail, cela a entraîné une réduction de l'efficacité de l'ensemble des facteurs de production de services de santé. Les nouveaux dirigeants ont pris conscience de ce problème en 1986 et, les années suivantes, la proportion des dépenses allouées aux frais d'entretien et d'exploitation a été augmentée dans la mesure jugée raisonnable compte tenu du budget global.

Il est intéressant de noter que la proportion des dépenses consacrées à l'entretien et à l'exploitation a nettement diminué lorsque le budget global du Département de la santé a lui-même diminué pendant les années de crise, entre 1983 et 1985. Lorsque le budget de la santé doit être réduit, il est souvent difficile de comprimer le personnel, aussi réduit-on de préférence les dépenses d'entretien et d'exploitation. Or, ce faisant, on réduit normalement la capacité du personnel d'assurer des services de qualité.

5. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Les dépenses du secteur public, qui représentaient grosso modo 25% du total des dépenses de santé en 1985, étaient financées essentiellement par les revenus des impôts. La facturation à l'utilisateur dans les hôpitaux publics est limitée et la récupération des coûts auprès des usagers est inférieure à 10%. Par contre, les dépenses du secteur privé sont essentiellement financées par les usagers, directement ou en partie, grâce à un système d'assurances sociales d'Etat (MEDICARE). Les systèmes d'assurances privées facultatives sont très restreints et couvrent moins de 5% de la population.

Le principal problème en matière d'assurance-maladie est que la couche de population qui en aurait le plus besoin n'est pas couverte. Les systèmes d'assurance-maladie obligatoire et facultative couvrent environ 42% de la population. Ces systèmes étant réservés aux salariés, les personnes couvertes sont généralement plus riches que la majorité de celles qui ne sont pas couvertes, à savoir les chômeurs et les personnes travaillant pour leur compte. On étudie actuellement des solutions visant à élargir les systèmes d'assurance-maladie au reste de la population.

Le programme Medicare offre des prestations sanitaires à près de 21 millions d'employés du secteur public et du secteur privé et à leurs ayants droit. Le taux de couverture des dépenses par Medicare est toutefois tombé de 70% en 1972 (l'assureur payait 70% et l'assuré 30%) à 30% en 1988 (l'assuré paye désormais 70% de ses factures médicales). Les principales raisons de cette baisse du taux de couverture de Medicare sont le coût croissant des soins de santé, la structure des primes étant restée inchangée, les demandes de remboursement abusives et une mauvaise gestion des fonds. L'augmentation du coût des soins de santé est due à une demande croissante (en partie suscitée par le système d'assurance lui-même), à l'augmentation du coût de la main-d'oeuvre, à la proportion croissante de maladies dégénératives coûteuses à traiter et à l'augmentation du coût de la vie en général.

Pour mettre un terme à la chute du taux de couverture de Medicare et rétablir le taux de couverture initial, les pouvoirs publics ont décidé de porter le taux de couverture à 90% sur la base des prix de 1987. Compte tenu des augmentations de prix entre 1987 et 1989, ce taux de couverture devrait représenter actuellement au minimum 70% à 80% des frais d'hospitalisation. Cette augmentation du taux de couverture sera financée dans un premier temps par le fonds de réserve de Medicare et par des subventions des pouvoirs publics. En 1991, l'augmentation des prestations sera financée par une augmentation des cotisations payées par les personnes affiliées à Medicare. Pour s'assurer que l'augmentation des cotisations se traduira par une augmentation des prestations, la Commission Medicare s'efforce par ailleurs de contrôler les abus et d'encourager une meilleure gestion financière des fonds afin d'accroître ses revenus nets.

Le Département de la santé, qui voulait accroître le taux de couverture de Medicare sans accroître les cotisations, a expérimenté un nouveau système de financement et de prestation de services. Ce système a consisté à rattacher Medicare à une organisation de protection de la santé composée d'un groupe d'hôpitaux et autres dispensateurs de soins agréés. Les membres de Medicare qui choisissent d'adhérer à ce système reçoivent des soins dans les établissements de cette organisation, qui est financée par Medicare pour un montant équivalent à leurs cotisations. De cette façon, l'organisation partage les risques avec Medicare et est donc incitée à dispenser des soins de santé de façon efficiente. Outre les soins hospitaliers, cette organisation assure les soins ambulatoires, aussi l'hospitalisation peut-elle autant que possible être évitée.

L'expérience se poursuit depuis environ neuf mois. En mai 1989, on comptait 12 567 membres affiliés appartenant à 32 organismes publics et 125 sociétés privées. Ce chiffre ne représente que 0,6% des personnes assurées par Medicare; jusqu'à présent le système n'est appliqué qu'à Manille. D'après les renseignements disponibles, il semblerait qu'en utilisant les mêmes ressources l'organisation de protection de la santé soit parvenue à assurer un taux de couverture de 44%, soit une amélioration de 14% par rapport au plan Medicare avant que son taux de couverture n'ait été porté à 90%. Ce dispositif financier semble donc être en mesure d'assurer de meilleures prestations sanitaires à ses membres pour le même niveau de ressources financières.

Comme nous l'avons déjà dit, le plan Medicare ne couvre que les fonctionnaires et les salariés du secteur privé. Le reste de la population n'est toujours pas couvert par une forme quelconque d'assurance-maladie. Des réformes et des expériences sont actuellement mises en oeuvre dans le cadre du plan Medicare tandis qu'une importante étude devrait être entreprise prochainement pour envisager différents systèmes d'assurance destinés au reste de la population.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. De Guzman, E.A., *Fertility and Mortality in the Philippines: Estimates from Recent Data*, University of the Philippines Center for Integrative and Development Studies, 1989.
2. *Health Care Financing: Philippines*, Report prepared for Regional Seminar on Health Care Financing, Manila Department of Health, Philippines, 1987.
3. Florencio, C.A., *Nutritional Welfare of Filipinos and the Philippine Food and Nutrition Program*, University of the Philippines Center for Integrative and Development Studies, 1989.
4. *Second Nationwide Nutrition Survey, Philippines, 1982*, Food and Nutrition Research Institute, 1984.
5. Herrin, A.N. et Paquico, V.B., "Demographic Trends, Population Policy and the Economic Crisis", *Transactions of the National Academy of Science and Technology* 7:335-357, Philippines, 1985.
6. *Health Care Financing in the Philippines: A Country Study*, Report prepared for the Asian Development Bank, Integrated Health Care Services, Inc. (INTERCARE), 1987.
7. *Compendium of Philippine Social Statistics*, National Economic and Development Authority, 1986.
8. *Medium-Term Philippine Development Plan, 1987-1992*, National Economic and Development Authority, 1986.
9. *The Philippines: The Challenges of Poverty*, World Bank, 1988.

Tableau I. DÉPENSES TOTALES EN SOINS DE SANTÉ
(en millions de dollars US)

	1981		1982		1983		1984		1985	
	Montant	(%)	Montant	(%)	Montant	(%)	Montant	(%)	Montant	(%)
Total des dépenses nationales en soins de santé en % du PNB	984,9		1 035,9		842,0		686,4		762,9	
	2,6		2,8		2,9		2,3		2,4	
Ventilation										
Secteur public	342,0	(34,7)	367,7	(35,5)	301,6	(35,8)	199,8	(29,1)	198,9	(26,1)
Secteur privé	642,9	(65,3)	668,2	(64,6)	540,4	(64,2)	486,7	(70,9)	564,0	(73,9)
(Secteur public seulement)										
Soins préventifs	119,2	(34,9)	134,7	(36,6)	97,2	(32,2)	68,6	(34,3)	56,4	(28,4)
Soins curatifs	187,9	(54,9)	198,5	(54,0)	178,1	(59,1)	112,1	(56,1)	125,8	(63,2)
Administration/formation	34,9	(10,2)	34,5	(9,4)	26,3	(8,7)	19,1	(9,6)	16,7	(8,6)
(Département de la santé seul)										
Soins préventifs	54,7	(24,3)	61,5	(25,7)	47,4	(23,2)	31,1	(24,6)	17,8	(13,9)
Soins curatifs	147,5	(65,5)	155,8	(65,2)	140,7	(68,9)	82,9	(65,7)	100,1	(78,4)
Administration/formation	23,1	(10,2)	21,6	(9,1)	16,6	(7,9)	12,2	(9,7)	9,8	(7,7)

Source : Intercare, 1987.

Tableau 2. DÉPENSES DU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ

Catégorie	1981	1982	1983	1984	1985	1987	1988
Dépenses totales du Département de la santé (millions de US\$)	191,4	211,9	154,6	108,5	130,9	218,9	245,1
Répartition en pourcentage des dépenses du Département de la santé (%) :							
Personnel	35,3	35,0	35,6	44,1	43,2	39,4	33,9
Dépenses d'entretien et d'exploitation	62,9	59,4	58,7	51,1	50,9	51,5	56,2
Dépenses d'équipement	1,8	5,6	5,7	4,8	5,9	9,1	9,9

Sources : Données pour 1981 à 1985 : Département de la santé (DOII), "Health Care Financing: Philippines". Rapport établi pour un séminaire régional sur le financement des soins de santé, juillet 1987.
Données pour 1987 et 1988 : matériel d'information du Département de la santé.

III. ÉTUDE FINANCIÈRE NATIONALE SUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU VANUATU

1. INTRODUCTION

La République du Vanuatu se compose d'un chapelet d'îles - environ 80 - disséminées au sud-ouest de l'Océan Pacifique, et compte 145 000 habitants. Le taux de croissance démographique est de 3,1%, l'espérance de vie moyenne de 55 ans et le taux de mortalité infantile de 94 pour 1 000 naissances vivantes. Les principales causes de morbidité et de mortalité sont les infections des voies respiratoires et le paludisme. Quelque 80% de la population vivent en zone rurale, et leur principale source de revenu est le coprah. Sur un produit national brut estimé à plus de US\$800 par habitant, 5,5% (\$45) de ce PNB sont consacrés aux dépenses de santé.

Le Vanuatu a connu jusqu'en 1985 la croissance économique, les revenus de l'Etat augmentant rapidement tandis que les dépenses demeuraient sous contrôle. Mais, en 1986, les rentrées du secteur public ont commencé à diminuer de façon spectaculaire par suite de la baisse des recettes provenant des taxes sur le commerce international et le tourisme. Le Gouvernement a donc dû prendre des mesures pour contenir les coûts.

2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

En 1980, deux puissances coloniales laissaient à ce pays, qui venait d'accéder à l'indépendance, des services publics de santé relativement développés et coûteux. A l'époque, ces services étaient entièrement financés par des subventions, alors qu'aujourd'hui l'aide extérieure ne représente plus que 20% des dépenses ordinaires. On s'inquiète quelque peu de ce que les services publics n'aient pas été en mesure de se développer au même rythme que la population.

En 1986, le financement des dépenses ordinaires de santé avait été assuré par diverses sources dans les proportions suivantes :

Ministère de la santé	61%
Autres ministères	4%
Autorités locales	2%
Versements privés ¹	11%
Aide étrangère	21%
Autres	11%
Total	100%

Les dépenses du Ministère de la santé représentaient régulièrement environ 60% du total des sommes consacrées aux soins de santé. Sur l'ensemble des dépenses pour 1986 (707 millions de vatu), on estime que 47% ont été consacrés aux activités de soins de santé primaires, et les 53% restants aux hôpitaux.

¹ A l'exclusion des sommes versées aux tradipraticiens.

Les dépenses de soins de santé primaires se répartissent ainsi :

Centres de santé ruraux	33%
Postes de secours	12%
Médicaments	13%
Assainissement	10%
Lutte antipaludique	7%
Approvisionnement rural en eau	7%
Autres	18%
Total	100%

Pour les hôpitaux, la répartition est la suivante :

Hôpital central	52%
Hôpitaux de district	44%
Hôpitaux ruraux	4%
Total	100%

Les services de santé relèvent essentiellement du secteur public; le secteur privé est peu important. La prestation des services de santé, organisés en cinq districts, est assurée par des conseils locaux par l'intermédiaire de postes de secours, de dispensaires, de centres de santé et d'équipes mobiles de santé maternelle et infantile.

3. INITIATIVES

Le Ministère de la santé entend voir les ressources utilisées efficacement et tout le secteur de la santé fonctionner avec efficience. Il a donc décidé de procéder à un examen des dépenses de santé antérieures et de préparer un plan financier pour l'avenir. En 1987 a été entrepris un examen financier complet du secteur de la santé.

Depuis 1986, la situation économique générale se détériore régulièrement. En 1986 et en 1987, le Gouvernement a lancé un emprunt pour financer le déficit budgétaire. Bien que l'exécution du budget en 1987 et 1988 ait été considérée comme satisfaisante en ce qui concerne le Ministère de la santé, celui-ci a néanmoins été prié de faire, à partir de 1989, des coupes importantes dans ses dépenses ordinaires. Cette situation devrait durer jusqu'à la fin de 1991 au moins.

4. RECOMMANDATIONS

Une étude a été menée en 1988 sur le secteur de la santé au Vanuatu.¹ Elle a débouché sur des recommandations que l'on peut classer en deux catégories principales : augmenter le financement, et obtenir plus en retour des sommes dépensées. Pour augmenter le financement, il faudrait trouver et mobiliser d'autres sources, par exemple :

¹ *National Study of Health Sector Expenditure and Financing and National Financial Master Plan for Health, 1978-1991*, Coordinated and edited by Mach, E.P. and Small, O.R.

4.1 Les autorités locales et les communautés villageoises

Selon la politique adoptée par le Gouvernement, les autorités locales devraient prendre en charge le coût du fonctionnement des services de santé périphériques. A l'heure actuelle, ces autorités fournissent des fonds pour les postes de secours et les services d'assainissement des villages. Certains dispensaires du Ministère de la santé possèdent des comités de gestion actifs chargés de réunir des fonds. Il faudrait encourager et soutenir des dispositions de ce genre; c'est là une tâche qui revient aux administrateurs sanitaires de district et aux autorités locales.

4.2 Missions

Avant la création d'un système national de santé intégré, les Eglises assuraient le fonctionnement de deux hôpitaux de district et de deux hôpitaux ruraux, de 14 centres de santé et de 31 dispensaires. On pourrait économiser un peu plus de 20% du budget annuel de la santé si l'on parvenait à conclure des accords mettant à nouveau ces hôpitaux, centres et dispensaires sous le contrôle des Eglises.

4.3 Financement extérieur

Le Ministère de la santé devrait régulièrement s'efforcer de ramener la part du financement extérieur au niveau de 1983-1984. A l'époque, le financement extérieur couvrait 26% de toutes les dépenses ordinaires de santé, contre à peu près 21% actuellement. Il faudrait saisir toutes les occasions d'insister auprès des donateurs sur la nécessité de payer les coûts de fonctionnement, et de les persuader de prendre entièrement en charge la rétribution des agents de santé expatriés, sans que Vanuatu ait à verser une contrepartie.

A l'heure actuelle, la répartition de l'aide étrangère est la suivante :

Hôpital central	19%
Autres hôpitaux	6%
Administration centrale	9%
Santé publique	37%
Formation	9%
Autres	20%
Total	100%

Le nombre de projets de formation de personnel, pour l'instant excessif, devrait être ramené à un niveau assurant une dotation raisonnable en personnel. Les économies que cela permettrait de faire pourraient être utilisées pour financer d'autres priorités de santé.

4.4 Prêt à long terme à conditions intéressantes consenti par des sources extérieures

Selon la politique du Gouvernement, les prêts étrangers devraient servir à financer les dépenses publiques renouvelables. En cas de changement de cette politique, on pourrait envisager un prêt, structuré de la même façon que celui qui a été accordé à un autre pays par la Banque mondiale pour un projet de santé maternelle et infantile : le prêt s'étend sur 30 ans,

les remboursements ne commençant qu'après la dixième année. Les intérêts, dont le taux est très faible, doivent être servis sur les revenus générés par les services publics de santé.

En ce qui concerne les dépenses, les mesures suivantes ont été recommandées :

1) S'il devient inévitable d'opérer des coupes dans le budget, on distribuera à chaque unité du Ministère de la santé une liste des salaires moyens par grande catégorie de personnel, en indiquant en même temps à l'unité le montant des économies qu'elle doit réaliser. La direction du Ministère de la santé préparera alors, avec les chefs des unités, des recommandations détaillées.

2) On pourrait introduire le travail à mi-temps - et à mi-traitement - pour un certain nombre de postes.

3) Il conviendra de mener des études de rentabilité dans certains établissements de santé.

Le Ministère de la santé a prévu d'allouer 95% du budget aux dépenses renouvelables et 5% aux dépenses de capital. Les dépenses renouvelables se répartissent ainsi :

Personnel	70%
Médicaments	11%
Transports	5%
Locaux	5%
Autres	9%
Total	<hr/> 100%

En plus de ces mesures, on devra prévoir pour 1989 un examen "à mi-parcours" du plan-cadre financier pour la santé, et en profiter pour évaluer l'impact de la réduction du financement sur les services de santé. Les projections devront être revues et adaptées à la situation. Le travail devra être mené en collaboration avec le Bureau national de la planification et des statistiques.

5. ÉVALUATION

Le plan financier préparé par le Vanuatu a contribué à mieux faire comprendre la situation dans le secteur de la santé. Il a permis aussi au Ministère de la santé d'envisager certaines options face aux difficultés financières auxquelles celui-ci s'est vu confronté depuis quelques années.

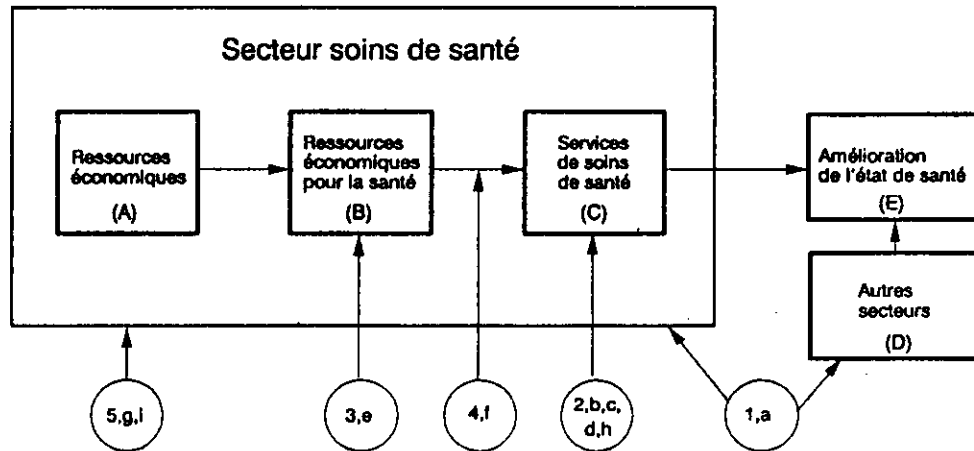
Le système de santé du Vanuatu présente certaines caractéristiques structurelles qui exerceront une influence décisive sur le développement du système; on citera notamment :

- 1) Le Ministère de la santé assumant 60% ou un peu plus de l'ensemble des dépenses de santé, une proportion appréciable du financement vient donc d'autres sources.
- 2) Les soins de santé primaires représentaient 46% des dépenses de santé.

- 3) L'aide étrangère semble contribuer aux soins de santé primaires pour moins de 46%.
- 4) Les frais de personnel représentent 70% des dépenses du Ministère de la santé.
- 5) Le pourcentage global du produit national brut consacré à la santé n'augmentera probablement pas à moyen terme.

Parmi les secteurs qui n'ont pas été examinés à fond et qui peuvent intervenir dans l'évaluation de l'impact des interventions actuelles figurent l'efficience dans l'utilisation des ressources et l'équité dans la prestation des services. Jusqu'à ce que ces points aient pu être étudiés, la seule façon de mesurer l'impact principal du Ministère de la santé est de savoir si le budget reste dans les limites fixées par le Ministère, et s'il est politiquement acceptable pour la population.

Fig. 1. Cadre pour l'analyse du secteur sanitaire



Source : Schéma tiré de *Economic support for health for all*, document préparé à l'intention de l'OMS par le Dr Ralph Andreano et le Dr Thomas Helminiak, Université du Wisconsin, Etats-Unis d'Amérique.

Cadre

- A. Terrains, personnels, capital, technologie
- B. Médecins, infirmières, agents de santé primaires, hôpitaux, centres de santé, produits pharmaceutiques
- C. Consultations, examens diagnostiques, soins hospitaliers, information
- D. Comprend des produits d'autres secteurs apparentés à la santé, par exemple approvisionnement en eau, environnement, agriculture
- E. Mortalité, morbidité et autres indicateurs de santé

Problèmes fondamentaux

- 1) Allocation intersectorielle de ressources
- 2) Structure et cibles des services de santé
- 3) Combinaison des ressources pour les services de santé
- 4) Structures et méthodes de gestion
- 5) Organisation du secteur sanitaire

Indicateurs de rendement économique

- a) Efficacité de l'allocation intersectorielle
- b) Efficacité de la structure
- c) Efficacité du ciblage des services
- d) Efficacité de l'utilisation des services
- e) Efficacité de l'allocation des ressources en matière de santé
- f) Efficacité de la gestion
- g) Efficacité financière