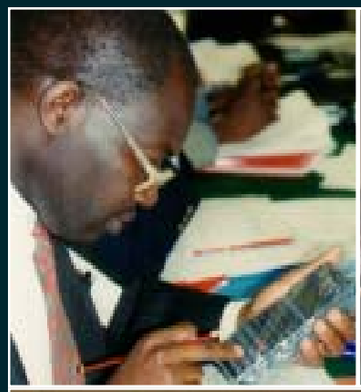


Comptes nationaux de la santé

Manuel de formation

Guide des formateurs

PHRplus

USAID

Comptes nationaux de la santé
Manuel de formation

Ce document a été produit par PHR*plus* sur financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) dans le cadre du Projet No. 9368-5914.13 Contrat No. HRN-C-00-00-00019-00 ; il appartient au domaine public. Les idées et les opinions contenues dans ce document émanent des auteurs et ne représente pas nécessairement celles de l'USAID ou celles de ces employés. Les personnes intéressées peuvent utiliser ce rapport en partie ou en intégralité pourvu qu'elles respectent l'intégralité du rapport et n'en déforme pas les résultats ou ne le présentent pas comme leur propre travail. On peut avoir accès ou télécharger ce document ainsi que d'autres documents d HFS, PHR, et PHR*plus* au site Web www.PHRplus.org.

Decembre 2005

Cher futur formateur des Comptes Nationaux de la Santé,

Le projet Partenaires pour la Reforme de la Santé*plus* (PHR*plus*) a le plaisir de vous présenter le manuel de formation des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). L'objectif de court terme de ce manuel, comme son nom l'indique, est de former des formateurs en CNS. En temps que tel, il répond au besoin, exprimé par de nombreuses équipes des CNS, d'avoir des directives sur l'enseignement de la méthodologie des CNS. Le but à long terme est de contribuer à la création d'un groupe d'experts académiques et techniques en CNS et d'accroître l'accessibilité et l'utilisation de la méthodologie à travers le monde. Le manuel – un outil compréhensif incluant des exposés, des présentations PowerPoint, des exercices interactifs et des lectures complémentaires - a été produit par l'équipe des CNS du projet PHR*plus* financé par l'Agence de Développement International des Etats-Unis (USAID). Le manuel suit de près la méthodologie présentée dans le *Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé* qui a été publié récemment, avec une emphase particulière sur les pays à faible et moyen revenu.

De nombreux pays ont entrepris de réformer leur système de santé pour améliorer l'efficacité et la gestion des services de santé, ainsi que pour assurer une distribution plus équitable de ces services, en particulier parmi les populations pauvres. Les CNS sont un outil essentiel pour optimiser l'allocation des ressources. Il est conçu spécifiquement pour aider les décideurs dans leurs efforts de comprendre leur système de santé et d'améliorer la performance du système par l'identification des inefficacités dans le système, le contrôle des dépenses de santé, et l'utilisation d'indicateurs universellement reconnus pour comparer la performance de leur système à celui d'autres pays.

PHR*plus* et ses partenaires ont été au premier plan de l'utilisation des CNS dans le monde entier et dans l'adaptation de la méthodologie au contexte des pays en voie de développement. Le projet a coordonné des formations régionales et nationales dans plus de 45 pays à moyen ou faible revenu. Ce faisant, PHR*plus* a acquis une grande expérience et connaissance des défis et des difficultés qui se présentent lors de la mise en oeuvre des CNS dans les pays en voie de développement. Bâtissant sur cette expérience, et en utilisant le *Guide,* l'équipe CNS du projet a intégré ses outils de formation à ce manuel. Nous espérons que le manuel aide les équipes existantes et futures des CNS, ainsi que les chercheurs dans le monde entier, à apprendre et à enseigner la méthodologie, et de ce fait favoriser l'institutionnalisation et la réplication des CNS dans d'autres pays.

Au nom de PHR*plus*, j'espère que vous trouverez ce manuel utile dans vos efforts d'inculquer la méthodologie à d'autres.

Cordialement,

Nancy R Pielmeier

Nancy Pielmeier, DrPH,
Directrice de Projet

Remerciements

Ce manuel de formation a été rédigé par Susna De, Manjiri Bhawalkar et Marie Tien de l'équipe des CNS du projet USAID/PHR*plus*.

La création de ce manuel s'est étendue sur une longue période de temps, car il a été testé sur le terrain dans de nombreuses formations régionales et nationales en Afrique anglophone et francophone, au Moyen Orient, en Afrique du Nord, en Amérique Latine et aux Caraïbes. Les participants à ces formations sont trop nombreux pour être tous nommés, mais les auteurs remercient chacun d'entre eux pour leurs commentaires et apports instructifs, desquels le manuel a énormément bénéficié.

Les auteurs ont aussi apprécié les observations et suggestions des formateurs, incluant Takondwa Mwase, Hossein Salehi, Magdalena Rathe, M. Driss Zine-Eddine el-Idrissi et Steven Muchiri, qui représentent des agences techniques des Nations Unies, des agences publiques et des organisations privées dans les pays qui soutiennent la mise en oeuvre de la méthodologie des CNS.

Les auteurs tiennent aussi à remercier les membres de l'équipe du projet PHR*plus,* dont AK Nandakumar, Catherine Connor, Tania Dmytraczenko, Yann Derriennic, Kathleen Novak, Janet Edmond, et Lonna Milburn, qui ont fourni des commentaires compréhensifs et exhaustifs pour la conceptualisation et la révision de ce manuel.

Le manuel a été traduit en espagnol, français, et russe et a été soumis à des essais pratiques dans ces langues. Les remerciements les plus sincères vont à ces personnes qui ont longuement et patiemment travaillé et révisé les traductions pour assurer une claire communication des concepts. Ces personnes incluent M Driss Zine-Eddine el-Idrissi, Nathalie van de Maele, Najib Oubnichou, Yann Derriennic, Rafael, Martinez, Lisa Phillips, Ann Vaughan, Francisco Vallejo et Roselyn Ramos.

Finalement, les auteurs sont extrêmement reconnaissants envers Linda Moll de PHR*plus* qui a édité le manuel. Nous remercions aussi Michelle Munro et Maria Claudia De Valdenebro qui ont fait un excellent travail de mise en page de l'outil et de perfectionnement des difficiles tableaux CNS.

Bientôt, le manuel de formation sera accompagné de lignes directrices pour la formation spécifique aux sous-analyses VIH/sida et paludisme.

Nous espérons que ce manuel sera utilisé, non seulement par le projet PHR*plus,* mais aussi par les partenaires internationaux dans la promotion des CNS et par les équipes CNS des pays même.

Table des Matieres

Remerciments v

Introduction au Manuel de formation au Système national de comptes de la santé I.1
- Le besoin de documents de formation pour les Comptes nationaux de la santé I.1
- Utilisation du manuel I.2
- Objectif de la formation I.2
- Approche de la formation I.3
- Contenu I.3
- Structure du manuel I.4
- Enseignement de chaque module I.5
- Documents nécessaires à la formation pour les CNS I.5
- Durée des ateliers I.6

Fiche d'information à l'intention des participants I.7

Exemples d'ordre du jour I.9
- Exemple d'ordre du jour pour un atelier régional des CNS I.9
- Exemple d'ordre du jour pour un atelier national de CNS I.13

Test préliminaire des connaissances pour la formation aux Comptes nationaux de la santé I.17
- Le concept de CNS I.17
- Limites et dépenses I.18
- Classifications I.19
- Alimentation en données des tableaux des CNS I.20

Post Test pour la formation aux Comptes nationaux de la santé I.21
- Le concept de CNS I.21
- Limites et dépenses I.22
- Classifications I.23
- Alimentation en données des tableaux des CNS I.24

Post test des connaissances pour la formation aux Comptes nationaux de la santé - Réponses I.25
- Le concept de CNS I.25
- Limites et dépenses I.27
- Classifications I.28
- Alimentation en données des tableaux des CNS I.29

Évaluation de la formation CNS I.31

Module 1 : Aperçu conceptuel des Comptes nationaux de la santé 1.1
I. Présentation du contexte pour les CNS 1.2
II. Concept et définition des CNS 1.5
III. Le but des CNS 1.6
IV. Cadre de base des CNS 1.7
V. Développement de la méthodologie des CNS 1.9
VI. Système de comptes de santé : comparaisons avec les CNS 1.10
Module 1 – Diapositives associées à la présentation 1.13
Module 1 – Exercices 1.23
Module 1 – Réponses 1.25

Module 2 : Planification des activités en rapport avec les CNS 2.27
I. Les principales étapes de la planification du processus d'établissement des CNS 2.28
II. Promotion des CNS et accroissement de la demande pour les CNS 2.29
III. Mise en place de l'équipe des CNS 2.29
IV. Domiciliation des CNS 2.33
V. Organisation du Comité de pilotage et définition de ses rapports avec l'équipe des CNS ... 2.34
VI. Mise en place du plan de travail 2.36
VII. Application de ce module 2.40
Module 2 – Diapositives associées à la présentation 2.41
Module 2 – Exercices 2.53
Module 2 – Réponses 2.57

Module 3 : Définition des dépenses et de leurs limites dans le cadre des CNS 3.59
I. Définition de termes critiques : « Dépenses », « Dépenses de santé » et « Santé » 3.60
II. Définition des limites 3.63
III. Critères d'inclusion des dépenses de santé 3.66
IV. Questions à prendre en compte lors de la détermination des dépenses de santé 3.68
V. Dépenses en rapport avec les soins de santé 3.71
VI. Application de ce module 3.73
Module 3 – Diapositives associées à la présentation 3.81
Module 3 – Exercices 3.93
Module 3 – Réponses 3.103

Module 4 : Compréhension des classifications et du cadre de travail des CNS 4.113
I. La Classification internationale des comptes de santé 4.115
II. L'approche des CNS vis-à-vis des classifications 4.116
III. Identification et classifications pour les sources de financement 4.118
IV. Identification et classifications des agents de financement 4.120
V. Identification et classifications des prestataires de soins de santé 4.124
VI. Classifications des fonctions 4.127
VII. Dépenses ne pouvant pas être classées 4.130
VIII. Application de ce module : comment travailler avec les tableaux des CNS 4.131
Module 4 – Diapositives associées à la présentation 4.135
Module 4 – Exercices 4.167
Module 4 – Réponses 4.173

Module 5 : Colleacte des données 5.179
I. Le processus de collecte des données 5.181
II. Conseils pour la collecte de données exactes et pertinentes 5.183
III. Avantages et inconvénients des sources de données 5.185
IV. Comment aller au-delà des limitations des données 5.189
V. Collecte des données primaires : principaux éléments des questionnaires d'enquête 5.190
VI. Application de ce module 5.194
Module 5 – Diapositives associées à la présentation 5.197
Module 5 – Exercices 5.213
Module 5 – Réponses 5.219

Module 6 : Organisation des données pour alimenter les tableaux des CNS 6.221
I. Approche générale de l'alimentation des tableaux en données 6.222
II. Comment alimenter les tableaux en données 6.223
III. Résolution des contradictions entre données 6.231
IV. Application de ce module 6.232
Module 6 – Diapositives associées à la présentation 6.233
Module 6 – Exercices 6.251
Module 6 – Réponses 6.253

Module 7 : Études de cas sur la Susmanie : Application de la méthodologie 7.255
I. Présentation générale du pays 7.257
7a. Étude de cas sur la Susmanie I – Alimentation en données du tableau FS x HF 7.260
7b. Étude de cas sur la Susmanie II – Interprétation des données pour compléter le 7. tableau HF x HP 7.272
7c. Étude de cas sur la Susmanie III – Alimentation en données des tableaux HF x F et HP x F . 7.282
Module 7 – Diapositives associées à la présentation 7.295
Module 7 – Exercices 7.329
Module 7 – Réponses 7.365

Module 8 : Interprétation des résultats et implications pour les choix politiques 8.401
I. Augmentation de la valeur des CNS pour l'élaboration des choix politiques : combinaison des résultats des CNS avec d'autres données 8.402
II. Exemples de façons dont les CNS informent les choix politiques 8.404
III. Stratégie de dissémination 8.412
IV. Application de ce module : interprétation des données à des fins d'élaboration des politiques 8.413
Module 8 – Diapositives associées à la présentation 8.417
Module 8 – Exercices 8.429
Module 8 – Réponses 8.433

Module 9 : Institutionnalisation des CNS 9.437
I. Le concept et les principales composantes de l'institutionnalisation 9.438
II. Les obstacles à l'institutionnalisation des CNS 9.439
III. Comment surmonter les obstacles : les principales étapes de l'institutionnalisation 9.440
IV. Exemple : l'approche du Kenya pour le processus d'institutionnalisation 9.444
V. Application de ce module 9.445
Module 9 – Diapositives associées à la présentation 9.447
Module 9 – Exercices 9.459
Module 9 – Réponses 9.461

I

Introduction au Manuel de formation des Comptes nationaux de la santé

Le besoin de documents de formation pour les Comptes nationaux de la santé

Comme les systèmes de santé deviennent de plus en plus complexes et se développent toujours davantage, les décideurs ont besoin d'outils tels que les Comptes nationaux de la santé (CNS) pour gérer leurs ressources en matière de soins de santé. Les CNS constituent une approche et un cadre de travail acceptés dans le monde entier pour mesurer les dépenses de santé totales – les dépenses publiques et privées, ainsi que les dépenses des bailleurs – d'un pays. La construction de CNS fournit des informations financières cruciales pour les décideurs dans le domaine de la santé parce que les CNS répondent à des questions importantes telles que : Qui finance les services de santé dans le pays ? Combien d'argent est dépensé pour la santé ? Pour quels types de services ? Qui bénéficie de ces dépenses de santé ?

Jusqu'à présent, plus de 68 pays dans le monde entier ont mis en œuvre la méthodologie des CNS, et de nombreux autres pays vont faire de même prochainement. Bien que certains de ces pays soient les pays à haut niveau de revenus de l'Organisation de la Coopération et du Développement Économique (OCDE), les CNS sont adoptés de plus en plus par des pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires dans le monde entier pour emploi comme un outil essentiel pour la formulation de politiques. La méthodologie des CNS est particulièrement appropriée pour les environnements uniques du secteur de la santé et pour les défis à relever dans ces pays, où les systèmes d'informations financières ne sont pas toujours suffisamment développés, les données du secteur privé sont parfois inadéquates et l'envergure globale du système de santé n'a peut-être pas encore fait l'objet d'une évaluation appropriée.

Afin de faciliter l'adoption des CNS, le projet Partenaires pour la reforme du secteur de la santé (PHR*plus*), financé par la Agence de développement des Etats-Unis d'Amérique (USAID) a rédigé ce manuel pour aider les formateurs des CNS des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires à concevoir et à conduire des formations relatives aux CNS à la fois dans leurs propres pays et dans le cadre d'ateliers régionaux où des représentants de multiples pays reçoivent une formation commune.

Le manuel est conçu pour accompagner le *Guide pour l'élaboration de Comptes nationaux de la Santé avec application spéciale pour les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires* (Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international -USAID 2003), un livre de référence expliquant les développements techniques les plus récents ayant été acceptés à l'échelle internationale à l'intention des personnes qui produisent des comptes de santé dans les pays en développement. Le manuel vise à répondre aux besoins mondiaux de conseils pour l'enseignement de la méthodologie des CNS. Il a été utilisé de façon expérimentale lors de quatre sessions de formation multinationales et nationales, et le feed-back des participants aux ateliers de formation ainsi que des formateurs a été incorporé dans ce manuel.

Utilisation du manuel

Publics ciblés

Le manuel aide les formateurs à communiquer des connaissances théoriques complètes ainsi qu'une expérience pratique en salle de classe pour ce qui est des CNS aux participants aux ateliers. Il contient des documents de formation pour les formateurs et pour les stagiaires.

Formateurs

Dans l'idéal, un formateur en CNS a reçu une formation théorique en méthodologie des CNS et a eu au moins une expérience pratique de l'analyse des CNS.

Stagiaires

Il est attendu que les participants soient principalement des membres potentiels de l'équipe des CNS et/ou des chercheurs qui auront besoin des informations théoriques et pratiques qui sont présentées dans ce manuel. De plus, le manuel pourra être adapté de manière à fournir un aperçu des CNS à l'intention des décideurs, du personnel du Ministère de la Santé et d'autres publics qui pourraient tirer parti de la compréhension des CNS même s'ils ne sont pas les personnes qui effectueront l'analyse.

Objectif de la formation

À la fin de ces ateliers de formation, le formateur aura préparé les participants qui sont des membres potentiels de l'équipe des CNS et/ou des chercheurs qui travailleraient avec une équipe de CNS. Les décideurs de haut

niveau possèderont des connaissances suffisantes des CNS pour pouvoir utiliser les résultats présentés par l'équipe de CNS pour prendre des décisions en matière de politiques de la santé.

Approche de la formation

Le manuel présente, d'une manière qui est facile à comprendre, une introduction en termes généraux des concepts et de la méthodologie des CNS. Mais il est suffisamment flexible pour permettre au formateur de modifier les documents afin de les adapter en fonction du niveau de technicité approprié pour le public ciblé et pour lui permettre également d'incorporer des problèmes propres au pays ou à la région qui pourront être traités dans le cadre d'un programme de formation individualisé. Le manuel suggère une approche interactive qui simule des scénarios de la vie réelle et des thèmes méthodologiques qui facilitent la compréhension des CNS.

Le contenu du manuel a été préparé de façon à faciliter la tâche du formateur en ce qui concerne à la fois les informations techniques et la méthodologie pédagogique. Les lectures et les exposés introduisent des documents techniques ; les exercices, les questions à discuter et les études de cas formulés à partir d'expériences de CNS tirées de la vie réelle présentent des problèmes visant à susciter des discussions en groupe et à examiner un document technique de divers points de vue. Cet apprentissage concret et pratique renforce la compréhension des CNS par les participants en leur demandant d'utiliser les connaissances qu'ils viennent d'acquérir et d'anticiper les défis qu'ils devront confronter lors de l'analyse de CNS.

Contenu

Le contenu technique et les exercices sont présentés en neuf modules :

1. Aperçu conceptuel des CNS
2. Planification des activités des CNS
3. Définition des dépenses et des limites
4. Compréhension des classifications et du cadre de travail des CNS
5. Collecte des données
6. Organisation des données pour alimenter les tableaux
7. Études de cas sur la Susmanie : application de la méthodologie
8. Interprétation des résultats et implications pour les choix politiques
9. Institutionnalisation des CNS

En plus de la présentation et de la pratique de la méthodologie, le contenu permet au formateur d'aider les équipes de chaque pays à passer immédiatement à la mise en œuvre des CNS en leur fournissant l'assistance nécessaire pour qu'elles puissent atteindre un consensus en ce qui concerne la formulation d'un plan de travail ; en éclaircissant l'organigramme de l'équipe des CNS et de son comité de pilotage ; en définissant une série de limites, des classifications et un cadre de travail ; et, pour terminer, en formulant un plan de collecte des données.

Les modules sont organisés de façon à suivre la chronologie des activités en des CNS. Comme on pourra le voir dans les exemples d'ordres du jour pour des ateliers qui sont présentés plus loin dans cette section d'orientation, il n'est pas obligatoire que les modules soient enseignés dans cet ordre. Il est recommandé de les enseigner en tenant compte des besoins et des niveaux de compétences des participants aux ateliers. Par exemple, bien que les implications pour les choix politiques soient le sujet du module 8 parce qu'elles sont liées aux résultats des CNS, un formateur pourra juger approprié de parler des implications pour les choix politiques lors d'une partie antérieure de la formation si les participants ne sont pas conscients de cette utilisation ultime des résultats de CNS.

Structure du manuel

Il est recommandé que le formateur commence par passer en revue les documents techniques et les grandes lignes de chaque module spécifique. Ces dernières suggèrent comment chaque sujet doit être présenté aux participants. Les modules contiennent également une discussion et des questions dans le cadre d'exercices conçus pour aider les participants à mieux comprendre les concepts techniques. Le formateur peut personnaliser le programme d'enseignement en fonction de l'auditoire.

Les diapositives en PowerPoint et les notes jointes à chaque module ont pour but d'aider les formateurs pendant la présentation des thèmes. Le formateur a la faculté de modifier les présentations.

Le formateur doit donner à chaque participant à un atelier un Cahier du participant avec des exercices et des études de cas conçus pour renforcer les concepts qui ont été introduits pendant les présentations et donner aux participants un avant-goût des scénarios méthodologiques de la vie réelle auxquels ils seront probablement confrontés lors de leur mise en œuvre des CNS.

Un cédérom contenant des ressources relatives aux CNS et toutes les présentations en PowerPoint est joint au présent manuel.

Les modules 1-9 contiennent des références au Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé avec application spéciale pour les pays à faible revenues et à revenues intermédiaires (GE) susmentionné. Les références, qui citent les numéros de pages et les numéros de sections GE (version langue Française), serve à documenter les informations présentés dans ce manuel de formation. De plus, les formateurs peuvent utiliser ces parties du GE comme lectures supplémentaire et documents pédagogiques.

Enseignement de chaque module

Le manuel recommande que le formateur commence chaque module par une présentation interactive soutenue par les diapositives en PowerPoint et suivie par l'administration de l'exercice ou des exercices aux stagiaires. Pour terminer, le formateur passera en revue les réponses aux exercices et mènera une discussion de groupe.

Documents nécessaires à la formation pour les CNS

Manuel du participant :

- Classeurs
- Documentation en PowerPoint distribuée aux participants (deux par page)
- Copies des documents distribués
- Étiquettes préparées pour la couverture du classeur, sa tranche et le CD
- Séparateurs munis de poches (nombre de séparateurs nécessaires = nombre de jours de formation – 1)
- Copie de l'ordre du jour
- Copie de la liste des participants
- CD

Autres documents pour les participants :

- Calculettes
- Crayons
- Stylos
- Bloc-notes pour les participants

Articles divers pour la formation

- Marqueurs et tableaux de conférence, et supports de tableau pour la documentation des discussions et des exercices
- Rétroprojecteur pour les études de cas
- Projecteur à affichage à cristaux liquides pour les présentations en PowerPoint
- Transparents photocopiés des tableaux initiaux pour les études de cas
- Badges
- Scotch
- Poinçon
- Agrafeuse
- Certificats de participation
- Autocollants Post-It
- Rames de papier supplémentaires (photocopieur, ordinateurs en location pour accès à Internet)

Durée des ateliers

L'expérience acquise lors des ateliers qui ont déjà été organisés révèle qu'une durée de cinq à sept jours est idéale pour enseigner tous les modules de ce manuel. La durée exacte dépend de la connaissance préalable de la méthodologie des CNS par les participants, de leurs styles d'apprentissage et de la taille de la classe.

Deux exemples d'ordres du jour pour des programmes de formation sont joints : un pour un atelier régional auquel participent des ressortissants de multiples pays, et l'autre pour un atelier concernant un seul pays, où la plupart des participants seront des membres potentiels de l'équipe de CNS de ce pays et/ou des chercheurs nationaux.

Le formateur doit noter que les exemples d'ordres du jour ne sont pas basés sur un enseignement des sections dans l'ordre où elles sont arrangées dans le module 1, c. à d., selon la chronologie des activités en rapport avec les CNS. À titre d'exemple de la flexibilité du programme d'enseignement des CNS, ils sont arrangés en fonction des besoins, des intérêts et du niveau des connaissances préalables des participants.

Fiche d'information à l'intention des participants

1) Quels sont les sujets au sein des CNS que vous souhaiteriez le plus apprendre ? Veuillez cocher autant de cases que nécessaire.
   - ☐ Cadre conceptuel général des CNS
   - ☐ Planification pour les CNS
   - ☐ Compréhension des principaux composants
   - ☐ Sources de financement
   - ☐ Agents de financement
   - ☐ Emplois
   - ☐ Classification et limites des définitions des dépenses de santé
   - ☐ Analyse détaillée des principaux tableaux
   - ☐ Identification des sources d'informations pour les données (collecte des données)
   - ☐ Identification des pénuries de données et moyens d'y remédier
   - ☐ Alimentation en données des tableaux
   - ☐ Implications pour les choix politiques
   - ☐ Sous-analyses de politiques (p. ex., VIH/sida, comptes régionaux de santé)
   - ☐ Institutionnalisation

2) Que savez-vous sur les CNS ? Veuillez expliquer brièvement l'étendue de vos connaissances à ce sujet.

3) Quel est votre domaine de compétence sur le plan professionnel (p. ex., comptabilité du secteur public, financement de la santé, épidémiologie, médecine) ?

I Exemples d'ordre du jour

Exemple d'ordre du jour pour un atelier régional des CNS

Cet exemple de programme présente l'ordre du jour pour un atelier de cinq jours. Cette période de travail peut être prolongée si le formateur fait des présentations supplémentaires, par exemple des analyses de politiques particulières dans le cadre des CNS.

Premier jour

9h00 – 9h30	Introduction et test préliminaire Les objectifs de la formation : Passage en revue de l'ordre du jour
9h30 – 10h30	Aperçu conceptuel des CNS (*Module 1*) ◆ Définition ◆ Objectif politique ◆ Présentation générale des tableaux
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 12h30	Utilisation des CNS pour les choix politiques (*Module 8*) ◆ « Impact » des CNS sur les choix politiques dans divers pays du monde ◆ Interprétation des résultats des CNS ◆ Conception des CNS pour répondre aux besoins politiques *Exercices en groupe*
12h30 – 13h30	Pause pour le déjeuner
13h30 – 14h30	Continuation des exercices concernant les implications politiques (communication du travail de groupe et discussion) (*Module 8*)
14h30 – 15h00	Pause pour le thé ou le café
15h00 – 17h00	Statut des CNS dans la région et principaux problèmes dans la région en termes de choix politiques (les participants à l'atelier devraient faire ces présentations)

Deuxième jour

9h00 – 10h30	Concepts d'une dépense (*Module 3*) ◆ Que constitue une « dépense » ? ◆ Quelles sont les limites des dépenses de santé ? ◆ Critères de détermination des limites ◆ Limites spatiales ◆ Limites fonctionnelles ◆ Limites temporelles ◆ Définitions fonctionnelles de la santé *Comprend des exercices en groupe*
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 11h30	Continuation des exercices sur les limites de dépenses (communication du travail de groupe et discussion) (*Module 3*)
11h30 – 12h30	Classifications : la classification CICS et la flexibilité des CNS
12h30 – 13h30	Pause pour le déjeuner
13h30 – 15h00	Classification des sources de financement et des agents de financement (*Module 4*) ◆ Sources de financement ◆ Agents de financement ◆ Préparation du tableau des sources de financement des agents de financement *Comprend des exercices (pouvant inclure également la classification des entités administrant des soins de santé dans les pays n'utilisant pas encore les CNS)*
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
15h30 – 17h00	Classifications : prestataires de services et fonctions ; lecture des tableaux (*Module 4*) ◆ Prestataires ◆ Fonctions ◆ Préparation et lecture des principaux tableaux des CNS et de tableaux supplémentaires *Comprend des exercices (pouvant inclure également la classification des entités administrant des soins de santé dans les pays n'utilisant pas encore les CNS)*

Troisième jour

9h00 – 10h30	Continuation des exercices de classification pour les prestataires et les fonctions (*Module 4*)
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 12h30	Planification des activités des CNS (*Module 2*) ◆ Construction de la fondation des CNS ◆ Constitution de l'équipe ◆ Organisation de l'équipe principale et du comité de pilotages ◆ Formulation du plan de travail *Comprend des exercices : chaque pays doit rédiger un projet de plan de travail et un organigramme de son équipe*
12h30 – 13h30	Pause pour le déjeuner
13h30 – 15h00	Continuation des exercices pour la planification des CNS (*Module 2*)
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
15h30 – 17h00	Collecte des données (*Module 5*) ◆ Sources (avantages et désavantages) ◆ Sources primaires et secondaires ◆ Éléments à inclure dans certaines enquêtes ◆ Préparation d'un plan de collecte des données

Quatrième jour

9h00 – 10h30	Organisation des données pour alimenter les tableaux des CNS (*Module 6*) ◆ Approche générale concernant l'alimentation des tableaux en données ◆ Étapes de l'alimentation en données du tableau FS x HF ◆ Étapes de l'alimentation en données du tableau HF x HP ◆ Résolution des contradictions entre les données ◆ Comment éviter de compter deux fois les mêmes données
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 12h00	Continuation de la discussion sur l'alimentation des tableaux en données (*Module 6*)
12h00 – 13h00	Pause pour le déjeuner
13h00 – 15 h00	Présentation du contexte de la Susmanie (*Module 7*) ◆ Étude de cas 1 sur la Susmanie : alimentation en données du tableau FS x HF
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
15h30 – 17h00	Étude de cas 2 sur la Susmanie : interprétation des données pour le tableau HF x HP (*Module 7*)

Cinquième jour

9h00 – 10h30	Alimentation en données des tableaux HF x Fonctions et HP x Fonctions (*Module 7*)
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 13h00	Étude de cas 3 sur la Susmanie : alimentation en données des tableaux HF x Fonctions et HP x Fonctions (*Module 7*)
13h00 – 14h00	Pause pour le déjeuner
14h00 – 15h30	Institutionnalisation (*Module 9*) ◆ Étapes nécessaires à l'institutionnalisation ◆ Systématisation des procédures pour la collecte des données ◆ Problèmes auxquels sont confrontés les pays de la région pour institutionnaliser les CNS
15h30 – 16h00	Post-test
16h00 – 16h30	Évaluation de la formation
16h30 – 17h00	Fin de la formation

Exemple d'ordre du jour pour un atelier national de CNS

Cet exemple de programme présente l'ordre du jour pour un atelier de cinq jours. Cette période de travail peut être prolongée si le formateur fait des présentations supplémentaires, par exemple des analyses de politiques particulières dans le cadre des CNS.

Premier jour

9h00 – 9h30	Introduction et test préliminaire
9h30 – 10h30	Aperçu conceptuel des CNS (*Module 1*) ◆ Définition et objectif ◆ Présentation générale des tableaux
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 12h30	Utilisation des CNS pour les choix politiques (*Module 8*) ◆ « Impact » des CNS sur les choix politiques dans divers pays du monde ◆ Interprétation des résultats des CNS *Comprend des exercices en groupe*
12h00 – 13h00	Pause pour le déjeuner
13h00 – 14h00	Continuation des exercices concernant les implications politiques (communication du travail de groupe et discussion) (*Module 8*)
14h00 – 14h30	Pause pour le thé ou le café
14h30 – 17h00	Conception de politiques pour les CNS du pays (présentations effectuées par les participants du pays) ◆ Déterminations de la conférence de lancement des parties prenantes (*doit se dérouler avant la formation*) ◆ Conception des CNS du pays pour tenir compte des priorités politiques ◆ Rôle du comité de pilotage : maintien des communications

Deuxième jour

9h00 – 10h30	Concepts de dépenses (*Module 3*) ◆ Que constitue une « dépense » ? ◆ Quelles sont les limites des dépenses de santé ? ◆ Critères de détermination des limites ◆ Limites spatiales ◆ Limites fonctionnelles ◆ Limites temporelles ◆ Définitions fonctionnelles de la santé *Comprend des exercices en groupe*
10h30 – 11h00	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 11h30	Continuation des exercices sur les limites de dépenses (communication des rapports élaborés et discussion) (*Module 3*)
11h30 – 12h30	Classifications : la classification CICS et la flexibilité des CNS (*Module 4*)
12h30 – 13h30	Pause pour le déjeuner
13h30 – 15h00	Classification des sources de financement et des agents de financement (*Module 4*) ◆ Sources de financement ◆ Agents de financement ◆ Préparation du tableau des sources de financement des agents de financement *Comprend des exercices : classification des entités dans le pays en fonction des sources de financement et des agents de financement*
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
15h30 – 17h00	Continuation de l'exercice de classification en groupe : identification et codification des sources de financement et des agents de financement du pays (*Module 4*)

Troisième jour

9h00 – 10h00	Classifications : prestataires et fonctions, lecture des tableaux (*Module 4*) ◆ Prestataires ◆ Fonctions ◆ Préparation et lecture des principaux tableaux des CNS et de tableaux supplémentaires *Comprend des exercices : classification des prestataires de services et des fonctions*
10h00 – 10h30	Pause pour le thé ou le café
10h30 – 12h00	Continuation de la classification des prestataires et des fonctions (*Module 4*)
12h00 – 13h00	Pause pour le déjeuner
13h00 – 14h30	Planification des activités des CNS (*Module 2*) ◆ Construction de la fondation des CNS ◆ Constitution de l'équipe ◆ Organisation de l'équipe principale et du comité de pilotage ◆ Formulation du plan de travail *Comprend des exercices : rédaction d'un projet de plan de travail et d'un organigramme de l'équipe*
14h30 – 15h00	Pause pour le thé ou le café
15h00 – 17h00	Continuation des exercices de planification des CNS (*Module 2*)

Quatrième jour

9h00 – 10h00	Collecte des données (*Module 5*) ◆ Sources (avantages et inconvénients) ◆ Sources primaires et secondaires ◆ Éléments à inclure dans certaines enquêtes ◆ Rédaction d'un plan de collecte des données
10h00 – 10h30	Pause pour le thé ou le café
10h30 – 12h30	Rédaction du plan de collecte des données du pays
12h30 – 13h30	Pause pour le déjeuner
13h30 – 15h00	Organisation des données pour alimenter les tableaux des CNS *(Module 6)* ◆ Approche générale pour alimenter les tableaux en données ◆ Étapes de l'alimentation en données des tableaux FS x HF ◆ Étapes de l'alimentation en données des tableaux FA x HP ◆ Résolution des contradictions entre les données ◆ Comment éviter de compter deux fois les mêmes données
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
15h30 -17h00	Étude de cas sur la Susmanie : présentation du contexte pour la Susmanie et alimentation en données du tableau FS x FA (*Module 7*)

Cinquième jour

9h00 – 10h30	Étude de cas sur la Susmanie : interprétation des données pour le tableau HF x HP (*Module 7*)
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
11h00 – 12h30	Étude de cas sur la Susmanie : alimentation en données des tableaux HF x Fonctions et HP x Fonctions (*Module 7*)
12h30 – 13h30	Pause pour le déjeuner
13h30 – 15h00	Étude de cas sur la Susmanie : alimentation en données des tableaux FA x Fonctions et HP x Fonctions (*Module 7*)
15h00 – 15h30	Pause pour le thé ou le café
15h30 – 16h30	Institutionnalisation (*Module 9*) ◆ Étapes nécessaires à l'institutionnalisation ◆ Systématisation des procédures pour la collecte des données ◆ Que fait le pays pour favoriser l'institutionnalisation ?
16h30 – 17h00	Post-test
17h00 – 17h15	Évaluation de la formation

I

Test préliminaire des connaissances pour la formation aux Comptes nationaux de la santé

Instructions : veuillez répondre aux questions suivantes. Les réponses sous forme de liste ou sans phrases complètes sont acceptables.

Le concept de CNS

Question 1

Quel est l'objectif des CNS ?

Réponse

Question 2

Veuillez expliquer les termes suivants : source de financement, agent de financement, prestataire de soins et fonction. Donnez un exemple de chacun.

Réponse

Limites et dépenses

Exercice

Rahim, qui est employé dans le secteur formel et est membre de la Commission de Sécurité sociale (CSS) subit une blessure extrêmement grave au travail. Cette blessure nécessite son hospitalisation à l'hôpital Al Basheer. Pendant son séjour à l'hôpital, Rahim reçoit une certaine indemnité du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail. En plus de la somme que lui verse le Fonds, il reçoit également un certain soutien financier (au titre du bien-être social) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MdS). Après une hospitalisation prolongée, pendant laquelle des dépenses substantielles sont encourues par le MdS, la famille de Rahim (à la fois en espèces et en nature, en veillant sur lui pendant la nuit) et son ancien employeur, Rahim meurt. Les membres de sa famille et la CSS paient les frais funéraires.

- Lorsque vous calculez les CNS, lesquelles des dépenses suivantes incluez-vous ? (Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes, mais veuillez justifier vos réponses.)

- Indemnité reçue du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail ?

Réponse

- Versements du MdS au titre du bien-être social ?

Réponse

- Dépenses d'hospitalisation ?

Réponse

- Frais funéraires ?

Réponse

Question 4

Comment classeriez-vous les charmes des guérisseurs traditionnels qui sont achetés dans l'intention d'améliorer la santé ? (Servez-vous du tableau ci-dessous si nécessaire.)

Code	Description
HC.1	Services de soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostics courants
HC.1.3.2	Soins dentaires ambulatoires
HC.2	Services de réadaptation
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.4	Services auxiliaires
HC.4.1	Laboratoires d'analyses médicales
HC.4.2	Imagerie diagnostique
HC.4.3	Transports sanitaires et secours d'urgence
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration générale de la santé et sécurité sociale
HC.*n.s.k*	*Dépenses de santé non spécifiées par catégorie*
HCR.1-5	Fonctions sanitaires connexes
HCR.1	Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé
HCR.2	Éducation et formation du personnel de santé
HCR.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HCR.4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HCR.5	Hygiène du milieu
HCR.n.s.k	*Dépenses sanitaires connexes non spécifiées par catégorie*

Nota : HC = soins de santé, HCR = fonctions sanitaires connexes

Alimentation en données des tableaux des CNS

Question 4a

Lors de l'alimentation en données des tableaux, par quelle « dimension » (FS, HF, HP ou Fonction) l'équipe devrait-elle commencer ?

Réponse

Question 4b

Quel tableau devrait être préparé en premier ?

Réponse

Question 5

Vous travaillez sur le tableau FS x HF et vous avez le scénario suivant :

Le MdS rembourse aux collectivités locales (pas aux hôpitaux gérés par les collectivités locales) le coût de services que les collectivités locales coordonnent et fournissent aux pauvres. Quelle entité serait considérée comme la « source des fonds » et quelle entité serait considérée comme l'« agent de financement » ? Pourquoi ?

Réponse

I

Post Test pour la formation aux Comptes nationaux de la santé

Instructions : veuillez répondre aux questions suivantes. Les réponses sous forme de liste ou sans phrases complètes sont acceptables.

Le concept de CNS

Question 1

Quel est l'objectif des CNS ?

Réponse

Question 2

Veuillez expliquer les termes suivants : source de financement, agent de financement, prestataire de soins et fonction. Donnez un exemple de chacun.

Réponse

Exercice

Rahim, qui est employé dans le secteur formel et est membre de la Commission de Sécurité sociale (CSS) subit une blessure extrêmement grave au travail. Cette blessure nécessite son hospitalisation à l'hôpital Al Basheer. Pendant son séjour à l'hôpital, Rahim reçoit une certaine indemnité du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail. En plus de la somme que lui verse le Fonds, il reçoit également un certain soutien financier (au titre du bien-être social) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MdS). Après une hospitalisation prolongée, pendant laquelle des dépenses substantielles sont encourues par le MdS, la famille de Rahim (à la fois en espèces et en nature, en veillant sur lui pendant la nuit) et son ancien employeur, Rahim meurt. Les membres de sa famille et la CSS paient les frais funéraires.

- Lorsque vous calculez les CNS, lesquelles des dépenses suivantes incluez-vous ? (Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes, mais veuillez justifier vos réponses.)

- Indemnité reçue du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail ?

Réponse

- Versements du MdS au titre du bien-être social ?

Réponse

- Dépenses d'hospitalisation ?

Réponse

- Frais funéraires ?

Réponse

Question 4

Comment classeriez-vous les charmes des guérisseurs traditionnels qui sont achetés dans l'intention d'améliorer la santé ? (Servez-vous du tableau ci-dessous si nécessaire.)

Code	Description
HC.1	Services de soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostics courants
HC.1.3.2	Soins dentaires ambulatoires
HC.2	Services de réadaptation
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.4	Services auxiliaires
HC.4.1	Laboratoires d'analyses médicales
HC.4.2	Imagerie diagnostique
HC.4.3	Transports sanitaires et secours d'urgence
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration générale de la santé et sécurité sociale
HC.*n.s.k*	*Dépenses de santé non spécifiées par catégorie*
HCR.1-5	Fonctions sanitaires connexes
HCR.1	Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé
HCR.2	Éducation et formation du personnel de santé
HCR.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HCR.4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HCR.5	Hygiène du milieu
HCR.n.s.k	*Dépenses sanitaires connexes non spécifiées par catégorie*

Réponse

Nota : HC = soins de santé, HCR = fonctions sanitaires connexes

Alimentation en données des tableaux des CNS

Question 4a

Lors de l'alimentation en données des tableaux, par quelle « dimension » (FS, HF, HP ou Fonction) l'équipe devrait-elle commencer ?

Réponse

Question 4b

Quel tableau devrait être préparé en premier ?

Réponse

Question 5

Vous travaillez sur le tableau FS x HF et vous avez le scénario suivant :

Le MdS rembourse aux collectivités locales (pas aux hôpitaux gérés par les collectivités locales) le coût de services que les collectivités locales coordonnent et fournissent aux pauvres. Quelle entité serait considérée comme la « source des fonds » et quelle entité serait considérée comme l'« agent de financement » ? Pourquoi ?

Réponse

I

Post test des connaissances pour la formation aux Comptes nationaux de la santé - Réponses

Instructions : veuillez répondre aux questions suivantes. Les réponses sous forme de liste ou sans phrases complètes sont acceptables.

Le concept de CNS

Question 1

Quel est l'objectif des CNS ?

Réponse

Utilisation : méthodologie utilisée pour déterminer les caractéristiques de gestion des dépenses de santé dans un pays.

Décrit le FLUX des fonds à travers un système de santé. Les CNS permettent de répondre aux questions suivantes :

- Qui finance les soins de santé ?
- Combien d'argent est dépensé en soins de santé ?
- Où vont leurs fonds de santé, c. à d., quelle est la répartition entre les prestataires de soins et, en fin de compte, entre les services fournis ?
- Qui bénéficie d'un tel système de gestion des dépenses de santé ?

Objectif : LE PLUS IMPORTANT – contribuer au processus de choix politiques en matière de santé. Les CNS peuvent permettre de prendre des décisions mieux informées dans le domaine de la politique de santé et éviter de prendre des décisions politiques pouvant avoir des conséquences nuisibles. La méthodologie normalisée bénéficie également aux bailleurs (pour informer leurs décisions d'assignation des fonds) et aux chercheurs internationaux (pour élargir le champ du développement international)

Question 2

Veuillez expliquer les termes suivants : source de financement, agent de financement, prestataire de soins et fonction. Donnez un exemple de chacun.

Réponse

Sources de financement : entités qui fournissent des fonds pour la santé

Réponses : « D'où vient l'argent ? »

Exemples : MdF, ménages, bailleurs

Agents de financement : ils contrôlent la façon dont les fonds sont utilisés et ont les pouvoirs nécessaires à cet égard, c. à d., RESPONSABILITÉS PROGRAMMATIQUES

Réponses : « Comment les fonds sont-ils organisés et gérés ? Connus auparavant sous le nom de « intermédiaires de financement », ils reçoivent des fonds des sources de financement et les utilisent pour payer pour les services de santé et les activités ou produits associés (p. ex., produits pharmaceutiques).

Exemples : MdS, compagnies d'assurances

Prestataires de soins : entités qui fournissent ou administrent des soins de santé et des services sanitaires connexes.

Réponses : « Qui/où » fournit les services ?

Exemples : hôpitaux, cliniques, pharmacies

Fonctions : activités ou services réels fournis par des prestataires de soins

Réponses : « Quel type de service, de produit ou d'activité a réellement été fourni ? »

Exemples : soins curatifs, produits pharmaceutiques, soins ambulatoires, programmes de prévention

Exercice

Rahim, qui est employé dans le secteur formel et est membre de la Commission de Sécurité sociale (CSS) subit une blessure extrêmement grave au travail. Cette blessure nécessite son hospitalisation à l'hôpital Al Basheer. Pendant son séjour à l'hôpital, Rahim reçoit une certaine indemnité du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail. En plus de la somme que lui verse le Fonds, il reçoit également un certain soutien financier (au titre du bien-être social) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MdS). Après une hospitalisation prolongée, pendant laquelle des dépenses substantielles sont encourues par le MdS, la famille de Rahim (à la fois en espèces et en nature, en veillant sur lui pendant la nuit) et son ancien employeur, Rahim meurt. Les membres de sa famille et la CSS paient les frais funéraires.

- Lorsque vous calculez les CNS, lesquelles des dépenses suivantes incluez-vous ? (Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes, mais veuillez justifier vos réponses.)

- Indemnité reçue du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail ?

Réponse

Lorsque vous calculez les CNS, lesquelles des dépenses suivantes incluez-vous ? Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes, mais veuillez justifier vos réponses.

- Incluez-vous : indemnité reçue du Fonds d'indemnisation pour les accidents du travail ?

  Non – parce que les pertes de salaire ne sont pas des dépenses de santé. De toute façon, les indemnités pour les accidents du travail sont généralement exclues parce qu'il est difficile de déterminer la proportion qui est utilisée pour payer le coût de soins de santé. Si la proportion est connue, dans ce cas, oui, elles peuvent être incluses.

- Les versements au titre du bien-être social

  Non – parce que ce soutien financier sert à couvrir les dépenses quotidiennes générales (p. ex., subsides alimentaires) quelle que soit l'entité qui paie. Les CNS n'incluent que les fonds dont l'objectif principal est de payer pour des dépenses de santé. Vous inclurez tous les fonds qui servent directement à payer pour des services de soins de santé.

- Les dépenses encourues pendant l'hospitalisation ?

  Oui.

- Les frais funéraires ?

  Généralement, non. Cependant, dans les régions où le VIH/sida ou d'autres épidémies ont des conséquences financières non négligeables, certains pays ont voté d'inclure ces dépenses dans la catégorie « dépenses de santé ». En outre, dans de tels pays, de nombreuses compagnies d'assurances couvriront ces coûts.

Question 4

Comment classeriez-vous les charmes des guérisseurs traditionnels qui sont achetés dans l'intention d'améliorer la santé ? (Servez-vous du tableau ci-dessous si nécessaire.)

Code	Description
HC.1	Services de soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostics courants
HC.1.3.2	Soins dentaires ambulatoires
HC.2	Services de réadaptation
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.4	Services auxiliaires
HC.4.1	Laboratoires d'analyses médicales
HC.4.2	Imagerie diagnostique
HC.4.3	Transports sanitaires et secours d'urgence
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration générale de la santé et sécurité sociale
HC.*n.s.k*	*Dépenses de santé non spécifiées par catégorie*
HCR.1-5	Fonctions sanitaires connexes
HCR.1	Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé
HCR.2	Éducation et formation du personnel de santé
HCR.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HCR.4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HCR.5	Hygiène du milieu
HCR.n.s.k	*Dépenses sanitaires connexes non spécifiées par catégorie*

HC 5.1.3 autres biens médicaux non durables ou HC 5.1.4 charmes (le dernier code vient d'être créé).

Alimentation en données des tableaux des CNS

Question 4a

Lors de l'alimentation en données des tableaux, par quelle « dimension » (FS, HF, HP ou Fonction) l'équipe devrait-elle commencer ?

Réponse

HF – commencez au milieu

Question 4b

Quel tableau devrait être préparé en premier ?

Réponse

FS x HF

Question 5

Vous travaillez sur le tableau FS x HF et vous avez le scénario suivant :

Le MdS rembourse aux collectivités locales (pas aux hôpitaux gérés par les collectivités locales) le coût de services que les collectivités locales coordonnent et fournissent aux pauvres. Quelle entité serait considérée comme la « source des fonds » et quelle entité serait considérée comme l'« agent de financement » ? Pourquoi ?

Réponse

Le MdS est une SOURCE DE FINANCEMENT et la collectivité locale est un AGENT DE FINANCEMENT. Ceci est différent de si le MdS remboursait directement les prestataires de soins de la collectivité locale, auquel cas le MdS serait l'agent de financement (étant donné que les prestataires de soins ne sont que des « contractants » intermédiaires de services du MdS). Si la collectivité locale gère les services fournis aux pauvres, c. à d., si elle reçoit les factures des hôpitaux, détermine les critères pour décider qui est « pauvre », etc., dans ce cas la collectivité locale joue un rôle plus important et est censée être un agent de financement

Évaluation de la formation CNS

Veuillez écrire vos commentaires ou faire des suggestions pour améliorer le cours dans le tableau suivant

Sujets des séances de travail	Quelles séances de travail et quels exercices avez-vous trouvés LES PLUS utiles ? Pourquoi ?	Quelles séances de travail pourraient être améliorées ? Quelles sont vos suggestions ?
Aperçu conceptuel des CNS		
Définition des dépenses et des limites		
Exercices portant sur les dépenses et les limites		
Utilisation des CNS pour informer les choix politiques		
Exercices portant sur l'interprétation des données des CNS		
Classifications – ICHA et la flexibilité rendue possible par les CNS		
Classification des sources de financement et des agents de financement		
Identification et classification des sources de financement et des agents de financement		
Classification des prestataires de soins et des fonctions		
Classification des fournisseurs de financement et des fonctions		

Sujets des séances de travail	Quelles séances de travail et quels exercices avez-vous trouvés LES PLUS utiles ? Pourquoi ?	Quelles séances de travail pourraient être améliorées ? Quelles sont vos suggestions ?
Préparation et lecture des tableaux		
Planification des activités CNS		
Exercice portant sur la formulation d'un projet de plan de travail et d'un organigramme de l'équipe		
Collecte des données Exercice portant sur la formulation d'un projet de plan de collecte des données		
Organisation des données pour alimenter les tableaux		
Étude de cas sur la Susmanie I – alimentation en données du tableau FS x FA		
Étude de cas sur la Susmanie II – alimentation en données du tableau FA x P		
Étude de cas sur la Susmanie III – alimentation en données des tableaux FA x F et P x Fonctions		
Institutionnalisation des CNS		

1

Module 1

Aperçu conceptuel des Comptes nationaux de la santé

Durée

60 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- comprendront le contexte et les raisons du développement de la méthodologie des CNS
- seront en mesure de communiquer le concept de base des CNS, ce qu'il mesure et son rôle en tant qu'outil d'élaboration des politiques
- reconnaîtront les différences et les similitudes des divers outils pour mesurer les dépenses de santé

Objectifs de la présentation

- Comprendre le contexte et les raisons du développement de la méthodologie des CNS
- Communiquer le concept de base des CNS, ce qu'il mesure et son rôle en tant qu'outil d'élaboration des politiques
- Reconnaître les différences et les similitudes des divers outils de travail pour mesurer les dépenses de santé

Note pour les formateurs

Commencez cette première séance de travail de l'atelier par un exercice de mise en route qui permettra aux participants de faire connaissance et créera une atmosphère décontracté propice à l'apprentissage. Présentez le contenu technique de la séance de travail en utilisant la présentation de diapositives

Contenu

- Présentation du contexte :
  - Aperçu du financement des soins de santé
  - Importance d'une méthodologie *normalisée* pour faire des comparaisons entre les pays et pour en tirer des leçons
- Définition des CNS
- Buts des CNS
- Cadre de base des CNS
- Développement de la méthodologie des CNS
- SCN/CNS : comparaisons

Exercices

- Questions à discuter

I. Présentation du contexte pour les CNS

A. Le besoin de meilleures informations sur le financement des soins de santé

Pour permettre aux participants de comprendre le besoin de meilleures informations sur le financement des soins de santé, il est utile de discuter l'importance de données financières précises, complètes et ponctuelles en rapport avec le but des CNS qui est la fourniture de soins de santé de qualité. Le formateur peut commencer en demandant aux participants pourquoi de telles informations sont utiles pour les décideurs dans leurs efforts visant à maximiser l'efficacité de leurs secteurs de la santé. Dans le cadre de cette discussion, le formateur doit s'assurer que les points suivants seront discutés.

Note pour les formateurs

Commencez en demandant aux participants pourquoi le financement des soins de santé est important, puis discutez le problème en n'oubliant pas d'inclure les éléments de discussion du texte et de projeter la diapositive 3 du Module 1.

Le financement des soins de santé est un problème d'importance cruciale pour de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Dans beaucoup de ces pays, les populations demandent la fourniture de plus de soins de santé – et de soins de santé de meilleure qualité – malgré le fait que leurs budgets nationaux pour les soins de santé sont constants ou même parfois en déclin. La connexion entre le financement et les soins de santé est donc claire – **les ressources financières sont un moyen d'atteindre un but**. Dans ce cas précis, le but est l'entretien et l'amélioration de l'état de santé d'une population. La mobilisation de fonds et leur distribution de façon efficace et productive sont des éléments essentiels pour assurer la satisfaction des besoins en soins de santé et, par conséquent, le succès de tout système de santé.

Les CNS fournissent des informations très complètes sur la santé financière d'un système de santé

- Pourquoi la santé financière est–elle tellement importante?
  - « Les ressources financières constituent un moyen d'atteindre un but », c'est-à-dire l'objectif du secteur de la santé, qui est de maintenir et d'améliorer l'état de santé d'une population
  - Sans données financières, les décideurs du secteur de la santé sont moins informés et risquent par conséquent de prendre des décisions basées sur des suppositions erronées
  - L'OMS et autre partenaires recommande vivement de recueillir et d'utiliser des données financières afin de renforcer les politiques dans le secteur de la santé

PF-R*plus*

Cependant, la mobilisation des ressources et l'attribution des fonds – à destination des programmes de santé prioritaires, de groupes démographiques particuliers, etc. – nécessitent des données financières qui permettent une estimation précise des besoins de financement et de l'affectation des ressources. De nombreux pays en développement ne disposent pas de telles données. Par conséquent, **les décideurs ne sont pas suffisamment informés de l'état financier de leurs secteurs de la santé, et ils risquent de prendre des décisions politiques basées sur des suppositions erronées** qui continuent ou même exacerbent les erreurs d'affectation et les blocages dans le secteur de la santé. Comme l'indique le rapport sur la santé dans le monde en 2000 (Organisation Mondiale de la Santé - 2000), « **…des informations sur le financement du secteur de la santé sont nécessaires pour renforcer les politiques afin d'améliorer le fonctionnement des systèmes de santé.** »

De plus, les données sur le financement des soins de santé obtenues traditionnellement par les décideurs dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires sont limitées à la contribution de l'État au secteur de la santé. **Ces pays ne sont souvent pas parvenus à mesurer de façon précise d'autres sources très importantes de financement des soins de santé provenant de secteurs non gouvernementaux**. Par exemple, ils ont ignoré dans une large mesure la contribution du secteur privé, bien qu'il s'agisse de la source la plus importante de financement du système de santé.

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 3, posez des questions et animez la discussion.

Question 1 à discuter

Afin d'obtenir un aperçu complet de l'état financier d'un système de santé, quel type d'information devrait être recueilli : informations sur les dépenses ou informations sur le budget ? Pourquoi ?

Réponses possibles

Informations sur les dépenses. Ceci permet une évaluation plus précise des dépenses de santé d'un pays. Bien que des fonds puissent être affectés à certaines fonctions, ils ne sont pas forcément dépensés comme prévu. De plus, des informations budgétaires ne peuvent être recueillies que pour les grandes institutions, généralement les gouvernements, et non pour d'autres entités apportant une contribution importante au financement de la santé, comme les ménages. Les données sur les dépenses peuvent refléter le coût financier des fardeaux représentés par les grandes maladies ou épidémies, alors que les informations budgétaires estiment simplement les futurs besoins. En fin de compte, le processus budgétaire peut être considérablement facilité par la connaissance des sommes déjà dépensées pour fournir le service x.

B. Importance d'une méthodologie « standardisée » pour faire des comparaisons internationales et en tirer des leçons

Le formateur doit continuer sa présentation du contexte pour les CNS en expliquant à quel point il a été difficile jusqu'à présent de recueillir des données comparables d'un pays à l'autre. La présentation doit couvrir les points suivants :

Les estimations des dépenses de santé de divers pays par des publications et des organisations internationales manquaient traditionnellement d'uniformité (GE : page 6, 1.22-1.25). La raison en était dans une large mesure que les institutions concernées s'étaient appuyées sur des estimations dérivées de méthodologies très variées pour la collecte et la communication des données. Ce manque de standardisation en ce qui concerne quelles données étaient recueillies, ainsi que quand et comment elles l'avaient été, contribuait à la production de données de mauvaise qualité et de communications

irrégulières d'informations, non seulement entre organisations, mais dans les pays eux-mêmes. L'importance du rôle du secteur privé dans le financement des soins de santé, en particulier la mesure des dépenses des ménages, était sous-estimée ou même complètement ignorée en raison du manque d'informations à ce sujet.Dans certains cas, les dépenses publiques elles-mêmes pouvaient avoir été sous-estimées étant donné que les pays ne comptabilisaient que les données communiquées par les institutions de santé traditionnelles, telles que le Ministère de la Santé, et pas nécessairement d'autres entités appropriées, telles que le Ministère de l'Éducation, qui finance souvent la formation médicale et des centres hospitaliers universitaires, ainsi que les services d'assurance maladie et d'assurances sociales, qui ont un budget séparé de celui du MdS dans certains pays. L'absence de mises à jour périodiques était également un problème. Les pays ne pouvaient pas comparer les caractéristiques de leurs dépenses de santé à celles des autres pays. Il leur était donc difficile de déterminer si leurs dépenses de santé étaient raisonnables. Les institutions internationales se servaient souvent de données anciennes, datant parfois d'une vingtaine d'années, pour estimer les tendances de dépenses actuelles.

L'importance d'une méthodologie « standardisée » pour effectuer la collecte des données concernant les dépenses de santé – Exemple d'estimations différentes

Dépenses de santé en % du PIB						
	Rapport sur la santé dans le monde en 2000 (OMS)			Rapport sur le développement dans le monde en 2000 (BM)		
Pays	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé
Djibouti	**2.8**	2.0	0.8	**ND**	ND	ND
Égypte	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Iran	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordanie	5.2	3.5	1.7	ND	ND	ND
Liban	10.1	3.0	7.1	10	3	7
Maroc	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Tunisie	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yémen	**3.4**	**1.3**	2.1	**5**	**2.1**	2.9

PFR*plus*

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 5, qui compare les estimations de dépenses entre l'OMS et la Banque mondiale

Note pour les formateurs

Présentez le contexte pour les CNS en expliquant à quel point il a été difficile jusqu'à présent de recueillir des données comparables et significatives.

Question 2 à discuter

Quels types de problèmes ou de préoccupations résultent de la communication inexacte et non normalisée d'informations sur les dépenses utilisées par des organisations internationales ?

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 5 du module 1. Posez la question 2 et animez la discussion.

Réponses possibles

Pendant la discussion de cette question, les participants doivent mentionner les points suivants :

Souvent, les donateurs utilisent des estimations publiées à l'échelle internationale pour prendre des décisions sur les montants à attribuer aux divers pays et secteurs. Des estimations inexactes ou contradictoires peuvent causer des décisions malencontreuses concernant l'affectation des fonds des donateurs.

Les estimations recueillies en utilisant diverses méthodologies empêchent également des comparaisons des dépenses entre pays. Les décideurs ne peuvent pas comparer les tendances de dépenses de leur pays à celles d'autres pays et certaines leçons utiles – par exemple, comment un pays peut dépenser moins pour la santé tout en ayant une population en meilleure santé – risquent de ne pas être partagées avec d'autres pays. L'impossibilité d'effectuer des comparaisons entre pays a aussi des implications négatives pour les chercheurs

internationaux et leurs efforts visant à offrir aux pays une assistance technique de grande valeur pour les aider à améliorer la performance de leur système de santé.

II. Concept et définition des CNS

La présentation commence par la définition des CNS. Les CNS sont une méthodologie internationalement acceptée qui est utilisée pour déterminer les caractéristiques des dépenses de santé totales d'un pays, ce qui comprend les dépenses publiques, les dépenses privées et les dépenses des bailleurs. Le formateur doit répéter que les CNS recueillent les informations sur les dépenses pour les raisons identifiées plus haut.

Il est également important d'expliquer que les CNS consistent essentiellement en une série de tableaux standard qui organisent, classent et présentent des informations sur les dépenses de santé dans un format tabulaire simple. Ils ont été conçus pour être logiques et **faciles à comprendre par les décideurs, y compris ceux qui n'ont pas de connaissances de sciences économiques.**

L'utilité des CNS est démontrée par les questions auxquelles les données qu'ils contiennent permettent de répondre (GE : page 3 -4). Ces questions sont notamment :

- Qui finance les soins de santé ?
- Combien d'argent est dépensé par ces sources de financement ?
- Quelle est la destination de ces fonds pour la santé (à quels prestataires de soins et à quels services sont-ils destinés) ?
- Qui bénéficie de la distribution existante des dépenses de santé ?

Une autre caractéristique des CNS que le formateur ne doit pas manquer de communiquer est le fait que les tableaux des CNS montrent les **flux des fonds de santé** à travers tout le secteur de la santé. En d'autres termes, les CNS permettent de suivre tout l'argent présent dans le secteur de la santé et sa circulation depuis une source particulière (p. ex., un ménage) jusqu'à son emploi final exact (p. ex., une pharmacie),

Le concept de CNS

- ▲ Il utilise une approche globale et examine le montant total des dépenses de santé au niveau nationale, y compris les contributions du secteur public, du secteur privé et des donateurs
- ▲ Il incorpore des tableaux standard classant l'information d'une manière facile à comprendre
- ▲ Il est facilement compris par les décideurs, y compris ceux n'ayant pas de formation en économie

PHRplus

En quoi consistent les Comptes nationaux de la santé ?

- ▲ Une méthodologie servant à déterminer les tendances en ce qui concerne les dépenses de santé d'un pays
- ▲ Ils décrivent les FLUX de fonds à travers un système de santé
  - ▲ Qui finance le secteur de la santé ?
  - ▲ Quel est le montant des dépenses ?
  - ▲ Où sont acheminés les fonds destinés à la santé ? En d'autres termes, comment sont-ils répartis (entre les prestataires de services et également entre les prestations fournies)
  - ▲ Qui tire profit de cette répartition des dépenses de santé ?

PHRplus

Note pour les formateurs

Animez une discussion sur la base des diapositives 6 et 7 du module 1.

Expliquez que les CNS consistent essentiellement en une série standard de tableaux qui organisent, classent et présentent des informations sur les dépenses de santé dans un format tabulaire simple.

en passant par un intermédiaire donné (p. ex., une compagnie d'assurances). Les CNS révèlent les transactions financières et donnent tous les détails – qui verse des fonds à qui ; par exemple, les ménages transfèrent 85 pour cent de leurs fonds de santé directement aux prestataires de soins de santé du secteur privé tertiaire.

III. Le but des CNS

La raison la plus importante pour l'existence des CNS est de contribuer au processus d'élaboration des choix politiques dans le domaine de la santé ; les utilisateurs des CNS sont, en fin de compte, les décideurs.

Pourquoi les CNS sont – ils particulièrement appropriés comme outils d'élaboration des politiques ?

1. Ils incluent toutes les parties jouant un rôle dans le financement : sources de financement publiques, semi – publiques, privées et internationales

Par conséquent, les décideurs sont mieux informés sur tout le secteur de la santé – pas seulement sur les fonds publics

Le formateur doit souligner le fait que les tableaux des CNS ne sont pas simplement des déclarations descriptives produites par des comptables et des experts financiers comme un exercice comptable, mais qu'ils sont des outils conçus pour être employés dans le but d'améliorer la capacité des planificateurs de gérer le secteur de la santé. Les informations complètes sur les dépenses de santé qui sont présentées dans les tableaux peuvent permettre de prendre des décisions en connaissance de cause dans le secteur de la santé et contribuer ainsi à éviter de faire des choix politiques pouvant avoir des conséquences néfastes. Par exemple, les tableaux permettent d'examiner l'attribution des ressources et de prendre des décisions quant à la préservation ou à la modification de cette attribution. Lorsqu'ils sont combinés aux données relatives à l'état de santé, les CNS permettent de mesurer l'efficacité économique des décisions d'affectation des dépenses (GE : page 4 1.15). Pour prendre un exemple, les CNS peuvent permettre de déterminer qu'un pays affecte trop de ressources aux soins curatifs et pas suffisamment aux services préventifs. Les CNS permettent également de contrôler la mise en œuvre de nouvelles politiques. Par exemple, ils peuvent révéler qu'à la suite de la décentralisation du secteur de la santé, les dépenses des ménages ont augmenté davantage que les dépenses du secteur public. (Les implications des résultats des CNS pour l'élaboration de politiques seront explorées de façon plus détaillée dans le module 8.)

Le formateur doit faire remarquer que, bien que les CNS contribuent au processus d'élaboration des politiques, ils **ne sont pas le seul outil** à le faire. En fait, lors des discussions d'élaboration des politiques, les décideurs doivent examiner les données des CNS conjointement avec des données non financières, telles que les taux de prévalence des maladies et les données

NOTE POUR LES FORMATEURS

Animez une discussion sur la base de la diapositive 8 du module 1.

Soulignez le fait que les tableaux des CNS sont des outils conçus pour être employés dans le but d'améliorer la capacité des planificateurs de gérer le secteur de la santé.

concernant le degré auquel la population s'adresse aux différentes catégories de prestataires de soins.

Bien que les CNS soient conçus principalement à l'intention des décideurs, **les informations présentées par les CNS bénéficient également aux bailleurs** en les aidants à décider comment allouer les fonds disponibles et **aux chercheurs et économistes internationaux** dans le cadre de leurs efforts visant à étudier les tendances des dépenses et les meilleures pratiques.

Comparaison entre les CNS et les « estimations approximatives »

Pays	Conclusions des CNS			Rapport sur le santé dans le monde en 2000 (OMS)			Rapport sur le développement dans le monde en 2000 (BM)		
	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé
Djibouti	**5.1**	2.9	2.2	**2.8**	2.0	0.8	ND	ND	ND
Égypte	3.7	1.6	**2.1**	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Iran	5.7	1.7	4	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordanie	**9.1**	4.6	4.5	**5.2**	3.5	1.7	**ND**	ND	ND
Liban	**12.3**	2.4	**9.9**	**10.1**	3.0	**7.1**	10	3	**7**
Maroc	4.5	**1.6**	2.9	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Tunisie	5.9	3	2.9	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yémen	5	2.1	2.9	3.4	1.3	2.1	5	2.1	2.9

PFRplus

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 13 du module 1, et animez la discussion.

Bien qu'il existe d'autres outils de comptabilisation des dépenses de santé, comme les examens périodiques des dépenses publiques, les CNS sont particulièrement utiles en tant qu'outil pour l'élaboration de politiques. Pourquoi ? Les CNS produisent une **standardisation internationale des informations relatives aux dépenses de santé**. Ceci permet aux décideurs de comparer les dépenses de santé de leur pays à celles d'autres pays, en particulier les pays ayant des contextes socio-économiques similaires. Les leçons apprises dans un pays peuvent être utiles pour un autre pays. Par exemple, un pays peut dépenser moins en soins de santé tout en obtenant de meilleurs résultats en matière de santé que d'autres pays. Les raisons de cette contradiction apparente devraient alors faire l'objet d'une enquête dont les résultats pourraient aider tous les systèmes de santé à améliorer leurs résultats.

Enfin, **les CNS présentent des chiffres qui couvrent tous les acteurs participant au financement des soins de santé**, y compris le secteur public, le secteur privé et les bailleurs. Par conséquent, les décideurs sont mieux informés sur tout le secteur de la santé – pas seulement sur les dépenses publiques dans ce secteur.

IV. Cadre de base des CNS

Le formateur doit commencer par préciser que, à leur niveau le plus large, les CNS fournissent des informations concernant l'indicateur suivant : **dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)**.

Question 3 à discuter

Quels indicateurs –en dehors des dépenses pour les soins de santé en pourcentage du PIB d'un pays– peuvent être produits par le CNS et de quelle manière sont-ils pertinents ?

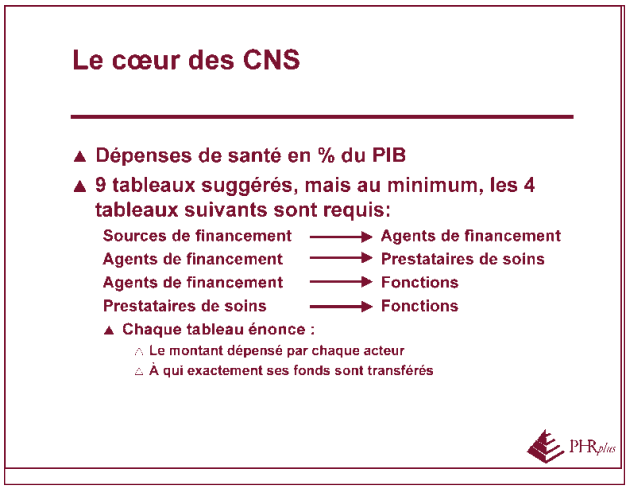
Réponses possibles

Par exemple,

les dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé – pour déterminer le rôle du gouvernement dans l'administration de services de santé à sa population

les dépenses des ménages en pourcentage du total des dépenses de santé – pour estimer le fardeau du frais médicaux, hors remboursement des ménages

les dépenses des donateurs en pourcentage du total des dépenses de santé – pour évaluer combien le gouvernement devra affecter à l'avenir après la cessation de l'aide des donateurs



Le formateur doit alors présenter les **quatre premiers des neuf tableaux possibles** qui doivent être utilisés pour produire tous les rapports des CNS. Les tableaux montrent quatre types d'acteurs – ou « dimensions » - du secteur des soins de santé qui apparaîtront à maintes reprises dans une estimation des CNS.

Le premier tableau montre les fonds transférés des Sources de financement aux Agents de financement (GE : page 62).

- **Les Sources de financement (FS)** sont les entités qui fournissent les fonds pour les soins de santé (GE : page 42. Elles répondent à la question : « D'où vient l'argent ? » Le Ministère des Finances, les ménages et les bailleurs en sont des exemples.
- **Les Agents de financement (HF)** reçoivent des fonds des sources de financement et utilisent ces fonds pour payer/acheter des soins de santé (GE : page 38, 4.03). Les agents de financement sont importants parce qu'ils ont des responsabilités programmatiques, c. à d. qu'ils contrôlent la façon dont les fonds sont utilisés. Cette catégorie répond à la question : « Qui gère et organise les fonds ? » Le Ministère des Finances et les compagnies d'assurances en sont des exemples.

Le deuxième tableau montre des fonds transférés depuis des Agents de financement à destination de Prestataires de soins (GE : page 59).

- **Les Prestataires de soins (HP)** sont les utilisateurs réels des fonds destinés aux soins de santé. Ce sont les entités qui fournissent le service de santé (GE : page 41, 4.10). Elles représentent la réponse à la question « Où va l'argent ? » Les hôpitaux privés et publics, les cliniques, les dispensaires de soins de santé et les pharmacies en sont des exemples.

Note pour les formateurs

Présentez les quatre premiers des neuf tableaux possibles qui doivent être utilisés pour produire tous les rapports des CNS.

Le troisième tableau montre des fonds transférés depuis des Agents de financement à destination de Fonctions (GE : page 61). Un quatrième tableau pourrait montrer des fonds transférés depuis des Prestataires de soins à destination de Fonctions (GE : page 60).

- **Les Fonctions (HC)** font référence aux services des prestataires de soins qui sont payés avec les fonds du secteur de la santé (GE : page 25-26, 3.15-3.20). Les informations à ce niveau répondent à la question : « Quel type de service a réellement été produit ? ». Les soins préventifs et curatifs, les soins de longue durée, l'administration des centres de soins et les biens médicaux tels que les produits pharmaceutiques en sont des exemples.

Avant de conclure cette section, le formateur doit passer en revue les quatre types de dimensions des soins de santé. Les définitions seront répétées plus tard, pendant d'autres présentations ; ceci est utile et aide les participants à mieux se souvenir des noms donnés par les CNS aux divers acteurs du secteur de la santé.

V. Développement de la méthodologie des CNS

Le formateur constatera qu'il est plus facile de présenter le développement historique des CNS après avoir présenté à la classe le concept, le but et les tableaux des CNS. Voici un bref résumé de l'évolution de la méthodologie des CNS :

La méthodologie a été développée sur la base de la méthode d'estimation des dépenses de santé qui était utilisée par l'OCDE. Cette nouvelle méthode d'analyse financière avait été formulée pour permettre de recueillir des données sur les dépenses de santé d'une façon plus désagrégé exigée par un système pluraliste de financement et d'administration des soins de santé, dans lequel les prestataires de soins peuvent recevoir des paiements de plusieurs sources différentes, et ou des paiements peuvent être versés à un grand nombre de prestataires de soins différents. Les CNS ont permis une meilleure ventilation des sources de dépenses publiques et privées, y compris les dépenses des ménages. Leur analyse intègre les dépenses de ces nombreux secteurs pour créer une image unifiée de l'économie de la santé dans le pays.

Une collecte comparative internationale des données pour les CNS a commencé sérieusement vers le milieu des années quatre-vingt-dix.

VI. Système de comptes de santé : comparaisons avec les CNS

SCS et CNS :

- SCS (Systèmes de comptes de santé)
  - Schéma de classification développé par l'OCDE
  - Ils couvrent trois catégories d'entités dans le secteur de la santé : les agents de financement, les prestataires de soins, les fonctions
- CNS (extension des SCS)
  - Ce sont des « SCS pour les pays en voie de développement »
  - Ils étendent les classifications des SCS pour les dépenses de santé au contexte des pays en voie de développement en ajoutant des sous-catégories
  - Ils ajoutent une quatrième catégorie d'entités dans le secteur de la santé : les sources de financement

PHRplus

Le système de comptes de santé (SCS) fait référence au plan de classification de l'OCDE pour suivre les dépenses de santé. Le SCS est considéré comme le « père » des CNS ; ou, pour être plus correct, **les CNS sont une extension du SCS**. (GE : page 7, encadré 1.1).

- Le SCS mesure les dépenses de santé et avait été conçu à l'origine à l'intention des pays membres de l'OCDE, ou d'autres pays dont le secteur de la santé n'est pas de nature pluraliste.
- Le SCS couvre trois dimensions des soins de santé : les agents de financement, les prestataires de soins et les fonctions.

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 19 du module 1, et animez la discussion.

Les CNS sont essentiellement des « SCS pour les pays en voie de développement ». Ils utilisent la classification des dépenses du SCS, mais ils désagrègent davantage les dépenses afin de tenir compte des secteurs de santé pluralistes des pays en développement. Plus précisément, les CNS ont un niveau supplémentaire dans les dimensions de la santé, à savoir les « sources de financement ». Toutes les classifications des CNS ont leur place dans le plan comptable du SCS. Ceci est montré très clairement dans le *Guide pour l'élaboration des Comptes nationaux de la santé* et sera communiqué aux participants tout au long de ce cours de formation.

Ce qu'il convient de retenir…

- Les CNS produisent des données financières compréhensibles des secteurs de la santé des pays concernés
  - Ils décrivent les FLUX de fonds et répondent aux questions suivantes :
    - Qui dépense dans le secteur de la santé ?
    - Combien d'argent est dépensé par chaque acteur ?
    - Quels types de services de santé sont achetés ?
- Pour les raisons indiquées plus haut, le format facilement compréhensible des CNS et sa méthodologie acceptée à l'échelle internationale, les CNS *apportent un appui* en matière de développement des politiques
- Les CNS correspondent aux « SCS pour les pays en voie de développement »

PHRplus

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 20 du module 1, et animez la discussion.

Références

Berman, HP, 1996. *National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications*. Cambridge, MA : S=Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. (Sur le CD des ressources pour les CNS)

Lazenby, H.C., K.R. Levit, D.R. Waldo, G.S. Adler, S.W. Letsch et C.A. Cowan. 1992. «National Health Accounts: Lessons from the U.S. Experience.» *Health Care Financing Review* 13(4): 89-103.

PHR*plus*. 2002. *Issues and Results: Using National Health Accounts to Make Policy Decisions*. Bethesda, MD: PHR*plus*, Abt Associates Inc.

PHR*plus*. 2002. *Informing the Policy Process: Global Experiences of NHA*. Bethesda, MD:PHR*plus*, Abt Associates Inc. (septembre)

Rannan-Eliya, R.P., P.A. Berman et A. Somanathan. 1997. *Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches*. Special Initiative Report 4. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. (sur le CD des ressources pour les CNS)

Organisation Mondiale de la Santé, Banque mondiale et United States Agency for International Development. 2003. *Guide pour la production de comptes nationaux de la santé avec application spéciale pour les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé, 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 ; Systèmes de santé : Amélioration des performances*, Chapitres 4, 5. Genève, Suisse : OMS. (sur le CD des ressources pour les CNS)

Module 1 – Diapositives associées à la présentation

1

PHRplus

Module 1 :
Vue conceptuelle des comptes nationaux de la santé

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp., Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives associées à la présentation. Pour chaque diapositive, discutez avec les participants les idées mises en valeur. Utilisez des informations contextuelles, des exemples, etc. figurant dans les Notes pour les présentateurs afin d'élargir la discussion.

2

Objectifs de la présentation

- Comprendre le contexte et les raisons du développement de la méthodologie des CNS
- Communiquer le concept de base des CNS, ce qu'il mesure et son rôle en tant qu'outil d'élaboration des politiques
- Reconnaître les différences et les similitudes des divers outils de travail pour mesurer les dépenses de santé

PHRplus

3

Les CNS fournissent des informations très complètes sur la santé financière d'un système de santé

- Pourquoi la santé financière est–elle tellement importante?
  - « Les ressources financières constituent un moyen d'atteindre un but », c'est-à-dire l'objectif du secteur de la santé, qui est de maintenir et d'améliorer l'état de santé d'une population
  - Sans données financières, les décideurs du secteur de la santé sont moins informés et risquent par conséquent de prendre des décisions basées sur des suppositions erronées
  - L'OMS et autre partenaires recommande vivement de recueillir et d'utiliser des données financières afin de renforcer les politiques dans le secteur de la santé

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Point 1 : Ceci peut être compris intuitivement par les économistes de la santé et par les experts financiers ; cependant, les médecins et les experts en santé publique connaissent peut-être moins les aspects financiers des soins de santé. Ces points doivent être soulignés, en particulier si la plupart des participants ont une formation médicale.

Point 3 : La Banque mondiale utilise également les CNS pour beaucoup de ses programmes, en plus des examens périodiques des dépenses publiques. De nombreux bailleurs utilisent maintenant des informations financières sur les ressources de santé dans leur processus de prise de décisions quant à l'affectation des fonds

4

Les CNS mesurent les dépenses de santé

- Pourquoi Pour voir combien d'argent a réellement été DÉPENSÉ dans le secteur de la santé.
  - Les fonds affectés au budget ne sont pas toujours dépensés conformément aux prévisions et ne reflètent donc pas automatiquement le montant réellement dépensé dans le secteur de la santé
  - Les informations budgétaires ne sont recueillies que pour les établissements les plus importants – pas pour les autres acteurs essentiels (par ex. les ménages.)
  - Les données relatives aux dépenses peuvent refléter le coût financier de maladies importantes ou de pandémies, alors que les informations budgétaires ne font qu'estimer les besoins à venir
  - Enfin, le processus budgétaire peut tirer profit des informations relatives aux montants dépensées pour fournir un service donné

PHRplus

Note pour les formateurs

Posez la question N° 1

Notes pour les présentateurs

Point 2 : Par exemple, les informations budgétaires ne couvrent pas les ménages, les guérisseurs traditionnels, certains prestataires de soins privés, etc.

Point 4 : Par exemple, le budget du MdS de l'Afghanistan est préparé après avoir passé en revue les déterminations des CNS d'autres pays (ayant un statut socio-économique comparable).

Question N° 1 : Pour pouvoir obtenir une vue d'ensemble complète de l'état financier d'un système de santé, quels types d'informations doivent être recueillies : informations sur les dépenses ou informations budgétaires ? Pourquoi ?

5

L'importance d'une méthodologie « standardisée » pour effectuer la collecte des données concernant les dépenses de santé – Exemple d'estimations différentes

	Dépenses de santé en % du PIB					
	Rapport sur la santé dans le monde en 2000 (OMS)			Rapport sur le développement dans le monde en 2000 (BM)		
Pays	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé
Djibouti	**2.8**	2.0	0.8	**ND**	ND	ND
Égypte	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Iran	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordanie	5.2	3.5	1.7	ND	ND	ND
Liban	10.1	3.0	7.1	10	3	7
Maroc	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Tunisie	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yémen	**3.4**	**1.3**	2.1	**5**	**2.1**	2.9

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Le formateur peut illustrer à la classe comment il est possible de faire de multiples estimations contradictoires des dépenses si l'on n'utilise pas une méthodologie standardisée.

Question N° 2 : « Quels types de problèmes pouvez-vous anticiper si l'on utilise des informations non standardisées et imprécises dans les rapports sur les dépenses ? » Lors de la discussion, les participants devraient mentionner les points suivants :

Souvent, les bailleurs utilisent les estimations publiées internationalement dans leurs propres processus de prise de décisions en ce qui concerne les montants à allouer à chaque pays et à chaque secteur. Des estimations inexactes peuvent entraîner la prise de décisions mal informées concernant l'affectation des fonds des bailleurs.

Les estimations recueillies en utilisant des méthodologies différentes rendent difficiles des comparaisons des dépenses entre les pays. Par conséquent, les décideurs ne sont pas en mesure de comparer les caractéristiques de dépenses de leur pays à celles des autres pays ; les leçons utiles apprises dans un pays qui dépense moins pour la santé mais a de meilleurs résultats en matière de santé de sa population ne peuvent pas être partagées avec d'autres pays. En plus des obstacles que cela crée pour les décideurs, l'incapacité de faire des comparaisons entre les pays a des implications négatives pour les chercheurs internationaux et leurs efforts visant à fournir une assistance technique utile pour permettre aux pays d'améliorer les performances de leur système de santé.

6

Le concept de CNS

- ▲ **Il utilise une approche globale et examine le montant total des dépenses de santé au niveau nationale, y compris les contributions du secteur public, du secteur privé et des donateurs**
- ▲ **Il incorpore des tableaux standard classant l'information d'une manière facile à comprendre**
- ▲ **Il est facilement compris par les décideurs, y compris ceux n'ayant pas de formation en économie**

PHRplus

7

En quoi consistent les Comptes nationaux de la santé ?

- Une méthodologie servant à déterminer les tendances en ce qui concerne les dépenses de santé d'un pays
- Ils décrivent les FLUX de fonds à travers un système de santé
  - Qui finance le secteur de la santé ?
  - Quel est le montant des dépenses ?
  - Où sont acheminés les fonds destinés à la santé ? En d'autres termes, comment sont-ils répartis (entre les prestataires de services et également entre les prestations fournies)
  - Qui tire profit de cette répartition des dépenses de santé ?

PHRplus

8

Pourquoi les CNS sont – ils particulièrement appropriés comme outils d'élaboration des politiques ?

1. Ils incluent toutes les parties jouant un rôle dans le financement : sources de financement publiques, semi – publiques, privées et internationales

   Par conséquent, les décideurs sont mieux informés sur tout le secteur de la santé – pas seulement sur les fonds publics

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 1. Le but des CNS dans l'élaboration de politiques sera répété tout au long du cours pendant ce programme de formation. Pour l'instant, le formateur doit communiquer aux participants de l'équipe des CNS que l'« impact sur l'élaboration des politiques » est l'objectif qu'ils doivent garder présent à l'esprit lorsqu'ils comptabilisent les dépenses de santé.

9

Pourquoi les CNS sont – ils particulièrement appropriés comme outils d'élaboration des politiques ?

1. Ils incluent toutes les parties jouant un rôle dans le financement : sources de financement publiques, semi – publiques, privées et internationales

Par conséquent, les décideurs sont mieux informés sur tout le secteur de la santé – pas seulement sur les fonds publics

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Par exemple, en Tanzanie, un pays qui, traditionnellement, ne faisait que des examens des dépenses publiques, les CNS ont montré que l'État ne contrôlait pas le secteur de la santé dans la mesure que l'on croyait jusqu'alors. La plupart des dépenses étaient financées par les bailleurs et étaient canalisées directement aux prestataires de soins. Le Gouvernement se rendit alors compte qu'il ne finançait réellement que ce que les bailleurs ne finançaient pas. Cette constatation allait à l'encontre de l'idée selon laquelle c'était l'État qui dirigeait le secteur de la santé. Il semblait presque que les bailleurs déterminaient les priorités dans le domaine des politiques de la santé.

Conclusion : Les CNS montrent l'importance relative des divers acteurs dans le système de santé.

10

Pourquoi les CNS sont – ils particulièrement appropriés comme outils d'élaboration des politiques ?

2. Ils fournissent une norme internationale qui permet aux décideurs de comparer leurs modèles de dépenses de santé et leurs résultats avec d'autres pays ayant un statut socioéconomique similaire

Les leçons apprises dans un pays peuvent être applicables et s'avérer appropriées pour un autre pays

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

La conférence sur les CNS au Moyen Orient et en Afrique du Nord en avril 2002 a passé en revue toutes les déterminations des CNS dans cette partie du monde. Les déterminations relatives à l'Iran se sont avérées particulièrement intéressantes étant donné que ce pays estimait avoir un niveau de dépenses de santé inférieur à celui d'autres pays mais démontrait des résultats supérieurs en matière de santé de la population. Des participants qui étaient des décideurs en Jordanie, en Égypte et dans d'autres pays ont demandé aux délégués iraniens pourquoi c'était le cas. L'Iran attribua cette situation à un excellent système de soins de santé primaires dans le secteur public (l'État ne paie pas pour les soins tertiaires). Pour résumer : les pays ont appris les uns des autres.

11

Pourquoi les CNS sont – ils particulièrement appropriés comme outils d'élaboration des politiques ?

3. Ils présentent les informations sur les dépenses dans le secteur de la santé dans un format facilement compréhensible

- Par conséquent, ses implications sont facilement comprises par les décideurs

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

« Facilement comprises par les décideurs » : n'oubliez pas que ceci ne couvre pas seulement les décideurs du MdS, mais aussi ceux du MdE, du MdD, des compagnies d'assurances, etc.

12

Autres avantages des CNS

- **Ils fournissent des estimations plus précises au lieu des « estimations approximatives » faites par les donateurs internationaux**
  - Les CNS sont dérivés du pays même
  - Les estimations des CNS incorporent les données chiffrées de tous les acteurs du financement
  - La méthodologie des CNS est reconnue internationalement

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

« Dérivés du pays même » - **par opposition à dérivés des bailleurs**. (Ceci a été effectué dans le passé par des organisations, parmi lesquelles l'OMS et la BM – Diapositive 5 (reproduite aux pages 1.4) qui ont montré leurs estimations dérivées des bailleurs, qui étaient parfois basées sur l'extrapolation de données remontant aux années soixante-dix.)

13

Comparaison entre les CNS et les « estimations approximatives »

Pays	Conclusions des CNS			Rapport sur le santé dans le monde en 2000 (OMS)			Rapport sur le développement dans le monde en 2000 (BM)		
	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé
Djibouti	**5.1**	2.9	2.2	**2.8**	2.0	0.8	ND	ND	ND
Égypte	3.7	1.6	2.1	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Iran	5.7	1.7	4	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordanie	**9.1**	4.6	4.5	**5.2**	3.5	1.7	**ND**	ND	ND
Liban	**12.3**	2.4	**9.9**	**10.1**	3.0	**7.1**	10	3	**7**
Maroc	4.5	**1.6**	2.9	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Tunisie	5.9	3	2.9	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yémen	5	2.1	2.9	3.4	1.3	2.1	5	2.1	2.9

PHRplus

Notes pour les présentateurs

De nombreuses différences émergent de la comparaison des CNS et des « estimations approximatives ».

Répétons à nouveau que les CNS incluent les dépenses de ménages et le secteur privé. C'est pourquoi les dépenses totales de santé (Total Health Expenditure - THE) de la Jordanie en pourcentage du PIB augmentent significativement, de 5,2 pour cent (estimation de l'OMS) à 9,1 pour cent. Une situation similaire s'applique au Liban.

14

Le cœur des CNS

- ▲ **Dépenses de santé en % du PIB**
- ▲ **9 tableaux suggérés, mais au minimum, les 4 tableaux suivants sont requis:**
  - **Sources de financement → Agents de financement**
  - **Agents de financement → Prestataires de soins**
  - **Agents de financement → Fonctions**
  - **Prestataires de soins → Fonctions**
  - ▲ **Chaque tableau énonce :**
    - △ Le montant dépensé par chaque acteur
    - △ À qui exactement ses fonds sont transférés

PHRplus

Notes pour les présentateurs

À leur niveau le plus vaste, les CNS estiment les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB.

Bien qu'il soit recommandé de préparer les quatre premiers tableaux, la plupart des pays n'ont préparé que les deux premiers tableaux.

Chaque tableau vous donne principalement des indications sur le « flux des fonds » et sur le « montant » réel des fonds.

15

Les quatre principales catégories

- Les sources de financement: fournissent les fonds pour la santé
  - Elles répondent à la question : « d'où vient l'argent ? » p. ex., le MdF, les ménages, les donateurs
- Les agents de financement : sont des « intermédiaires » qui contrôlent les fonds et décident comment ils seront affectés en matière de planification
  - Ils répondent à la question : « qui gère et organise les fonds ? »
    p. ex., le MdS, les compagnies d'assurances

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Les agents de financement sont – dans l'esprit de la plupart des gens – le groupe d'acteurs le plus important et le plus puissant dans le secteur de la santé.

16

Les quatre principales catégories (suite)

- Les prestataires : sont les utilisateurs des fonds affectés à la santé, les entités qui fournissent/ administrent réellement le service de santé
  - Ils répondent à la question : « où l'argent a-t-il abouti ? » p. ex., les hôpitaux, les cliniques, les centres de santé, les pharmacies
- Les fonctions : sont les services qui sont fournis.
  - Ils répondent à la question : « quel type de service a été fourni ? »
    p. ex., les soins curatifs, les soins préventifs, les médicaments et les produits para pharmaceutiques, l'administration

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Les fonctions **ne sont pas différenciées** par **niveau** de services, c. à d., primaire, secondaire et tertiaire, mais, **au lieu de cela, par type** de service, p. ex., préventif ou curatif.

17

Figure illustrant les deux premiers tableaux

1)	Sources de financement				
Agents de financement	FS.1.1 Gouv. central (MdF)	FS.3. Reste du monde (bailleurs de fonds)	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	TOTAUX
HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	A	B			A +B
HF.1.1.1.2 Ministère de l'Éducation	C				C
HF.2.2 Sociétés d'assurances privées (hors assurance sociale)			D	E	D +E
HF. 2.3 Versements directs des ménages				F*	F*
TOTAUX					G

2)	Agents de financement				
Prestataires de soins	HF.1.1.1.1 MdS	HF.1.1.1.2 MdE	HF.2.2 Sociétés d'assurances privées (hors assurance sociale)	HF.2.2 Versements directs des ménages	TOTAUX
HF.1.1.1 Centres hospitaliers publics	W		X		
HF.1.1.2 Centres hospitaliers privés		C		F	
HF.3.4.5.1 Cliniques de jour publiques			Y		
TOTAUX	W=A+B	C	X+Y= D+E	F	G
*Transfert direct des fonds pour le paiement					

PHRplus

Notes pour les présentateurs

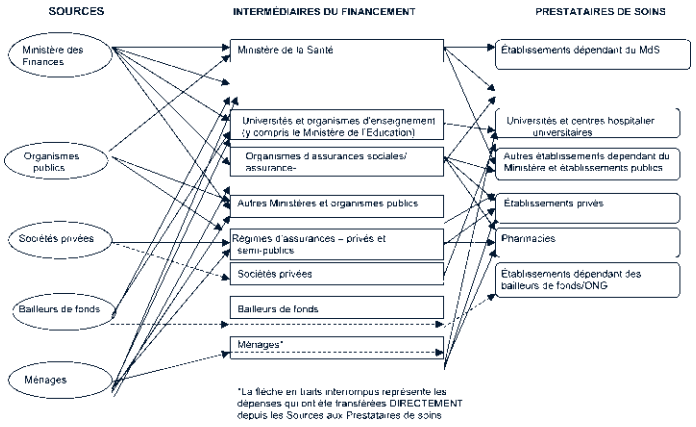
Le formateur doit indiquer que l'atelier expliquera de façon détaillée comment lire un tableau individuel et comment comparer des tableaux. Il donnera également un bon aperçu de la méthodologie en utilisant l'introduction aux CNS. Pour ce qui est de cette diapositive, indiquez que les en-têtes des lignes et des colonnes sont généralement désignées par un « code » (qui fera l'objet d'une discussion plus tard) ; et qu'un tableau se lit en commençant par les en-têtes de colonnes et en passant ensuite aux lignes, p. ex., le gouvernement central donne un « montant A » au MdS.

Les comptes nationaux de santé comptabilisent toutes les sommes circulant dans le système de soins de santé. Les totaux des lignes du premier tableau sont repris comme totaux des colonnes du deuxième tableau.

Les dépenses totales de santé pour l'ensemble du pays sont toujours les mêmes dans chaque tableau.

18

Les tableaux montrent les FLUX de fonds



PHRplus

Notes pour les présentateurs

Il n'est pas nécessaire que le formateur entre dans les détails du graphique. Il ne s'agit là que d'un exemple d'une façon dont les fonds peuvent réellement circuler à l'intérieur d'un pays. Les CNS organisent essentiellement ces flux en un format de tableau facile à comprendre.

19

SCS et CNS :

- SCS (Systèmes de comptes de santé)
  - Schéma de classification développé par l'OCDE
  - Ils couvrent trois catégories d'entités dans le secteur de la santé : les agents de financement, les prestataires de soins, les fonctions
- CNS (extension des SCS)
  - Ce sont des « SCS pour les pays en voie de développement »
  - Ils étendent les classifications des SCS pour les dépenses de santé au contexte des pays en voie de développement en ajoutant des sous-catégories
  - Ils ajoutent une quatrième catégorie d'entités dans le secteur de la santé : les sources de financement

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Ce qu'il convient de retenir de cette diapositive : les CNS ne sont pas différent du SCS. Ils en sont dérivés, et ils peuvent même être formatés de façon à s'intégrer à l'approche d'un SCS.

20

Ce qu'il convient de retenir…

- Les CNS produisent des données financières compréhensibles des secteurs de la santé des pays concernés
  - Ils décrivent les FLUX de fonds et répondent aux questions suivantes :
    - Qui dépense dans le secteur de la santé ?
    - Combien d'argent est dépensé par chaque acteur ?
    - Quels types de services de santé sont achetés ?
- Pour les raisons indiquées plus haut, le format facilement compréhensible des CNS et sa méthodologie acceptée à l'échelle internationale, les CNS *apportent un appui* en matière de développement des politiques
- Les CNS correspondent aux « SCS pour les pays en voie de développement »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Remarquez l'expression « apportent un appui », qui rappelle que les CNS ne sont pas la *seule* source d'information contribuant à la formulation des politiques.

Module 1 - Exercices

Question 1 à discuter

Afin d'obtenir un aperçu complet de l'état financier d'un système de santé, quel type d'information devrait être recueilli : informations sur les dépenses ou informations sur le budget ? Pourquoi ?

Réponses possibles

Question 2 à discuter

Quels types de problèmes ou de préoccupations résultent de la communication inexacte et non normalisée d'informations sur les dépenses utilisées par des organisations internationales ?

Réponses possibles

Question 3 à discuter

Quels indicateurs –en dehors des dépenses pour les soins de santé en pourcentage du PIB d'un pays– peuvent être produits par le CNS et de quelle manière sont-ils pertinents ?

Réponses possibles

Module 1 - Réponses

Question 1 à discuter

Afin d'obtenir un aperçu complet de l'état financier d'un système de santé, quel type d'information devrait être recueilli : informations sur les dépenses ou informations sur le budget ? Pourquoi ?

Réponses possibles

Informations sur les dépenses. Ceci permet une évaluation plus précise des dépenses de santé d'un pays. Bien que des fonds puissent être affectés à certaines fonctions, ils ne sont pas forcément dépensés comme prévu. De plus, des informations budgétaires ne peuvent être recueillies que pour les grandes institutions, généralement les gouvernements, et non pour d'autres entités apportant une contribution importante au financement de la santé, comme les ménages. Les données sur les dépenses peuvent refléter le coût financier des fardeaux représentés par les grandes maladies ou épidémies, alors que les informations budgétaires estiment simplement les futurs besoins. En fin de compte, le processus budgétaire peut être considérablement facilité par la connaissance des sommes déjà dépensées pour fournir le service x.

Question 2 à discuter

Quels types de problèmes ou de préoccupations résultent de la communication inexacte et non normalisée d'informations sur les dépenses utilisées par des organisations internationales ?

Réponses possibles

Pendant la discussion de cette question, les participants doivent mentionner les points suivants :

Souvent, les donateurs utilisent des estimations publiées à l'échelle internationale pour prendre des décisions sur les montants à attribuer aux divers pays et secteurs. Des estimations inexactes ou contradictoires peuvent causer des décisions malencontreuses concernant l'affectation des fonds des donateurs.

Les estimations recueillies en utilisant diverses méthodologies empêchent également des comparaisons des dépenses entre pays. Les décideurs ne peuvent pas comparer les tendances de dépenses de leur pays à celles d'autres pays et certaines leçons utiles – par exemple, comment un pays peut dépenser moins pour la santé tout en ayant une population en meilleure santé – risquent de ne pas être partagées avec d'autres pays. L'impossibilité d'effectuer des comparaisons entre pays a aussi des implications négatives pour les chercheurs internationaux et leurs efforts visant à offrir aux pays une assistance technique de grande valeur pour les aider à améliorer la performance de leur système de santé.

Question 3 à discuter

Quels indicateurs –en dehors des dépenses pour les soins de santé en pourcentage du PIB d'un pays– peuvent être produits par le CNS et de quelle manière sont-ils pertinents ?

Réponses possibles

Par exemple,

les dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé – pour déterminer le rôle du gouvernement dans l'administration de services de santé à sa population

les dépenses des ménages en pourcentage du total des dépenses de santé – pour estimer le fardeau du frais médicaux, hors remboursement des ménages

les dépenses des donateurs en pourcentage du total des dépenses de santé – pour évaluer combien le gouvernement devra affecter à l'avenir après la cessation de l'aide des donateurs

2

Module 2

Planification des activités en rapport avec les CNS

Note pour les formateurs

L'enseignement de ce module spécial doit être soigneusement adapté aux besoins des participants. Dans le cas d'une formation pour un seul pays, dans lequel une équipe des CNS a déjà été assemblée et un plan de travail associé déjà formulé, il ne sera peut-être pas nécessaire de passer en revue le processus d'établissement des CNS de façon détaillée. Il est également possible que les participants ne se sentent pas à l'aise pour formuler un plan de travail sans la présence des principaux décideurs et des dirigeants de l'équipe des CNS. Il est très important que le formateur, avant de présenter ce module, évalue le stade de la planification des participants ainsi que leurs intérêts et leur capacité de prendre des décisions en matière de planification.

Le processus de planification suggéré pour les CNS et décrit ici repose sur deux hypothèses de travail :

1) le gouvernement a l'intention d'utiliser les données des CNS essentiellement pour élaborer des politiques dans le secteur des soins de santé et

2) le gouvernement espère « institutionnaliser » les CNS, c. à d., réaliser des études en rapport avec les CNS à intervalles périodiques, comme dans le cadre de statistiques annuelles sur la santé (l'institutionnalisation est expliquée en détail dans le module 9).

Durée

180 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- connaîtront les techniques et les tâches requises des membres individuels de l'équipe des CNS et du comité de pilotage des CNS
- connaîtront le principe du processus d'établissement des CNS

Objectifs de la présentation

- ▲ Se familiariser avec les tâches et les principales étapes pour la conduite du processus des CNS du début jusqu'à la fin
- ▲ Connaître les compétences et les tâches requises par les membres de l'équipe des CNS et du comité de pilotage des CNS

PHRplus

Contenu

- Promotion des CNS et accroissement de la demande pour les CNS
- Mise en place de l'équipe des CNS
- Domiciliation des CNS
- Organisation du comité de pilotage
- Mise en place du plan de travail

Exercices

- Questions et modèle de plan de travail

I. Les principales étapes de la planification du processus d'établissement des CNS

Les expériences acquises dans divers pays du monde ont révélé qu'il existe **cinq étapes essentielles** dans la planification des activités d'établissement des CNS par un pays donné :

- Promotion des CNS et accroissement de la demande pour les CNS
- Mise en place de l'équipe des CNS
- Domiciliation des CNS
- Organisation du comité de pilotage et définition de ses rapports avec l'équipe des CNS
- Mise en place du plan de travail

Le formateur doit souligner le fait que, bien que les planificateurs des CNS doivent inclure toutes ces étapes dans le processus de planification, ces étapes ne sont que des points de départ à partir desquels il faudra formuler un plan de CNS détaillé dans un pays particulier. En d'autres termes, bien qu'il soit nécessaire pour tous les pays d'accroître la demande pour les CNS, de désigner des entités pour la mise en œuvre des CNS, d'embaucher des personnes ayant les compétences nécessaires à la mise en place de CNS et de formuler un plan de travail pour guider les opérations, chaque pays approchera les tâches concernées en tenant compte de facteurs tels que son budget, son contexte politique et, de façon plus générale, ses pratiques et méthodes de travail. Par exemple, certains pays ont préféré sous-traiter le processus d'établissement des CNS à des universités locales ; bien que cette approche ait produit d'excellents comptes de la santé, elle a également pour effet de réduire le rôle de l'État dans le processus d'établissement des CNS et risque ainsi de nuire aux futurs efforts d'institutionnalisation. Le formateur devra faire preuve de flexibilité et être réceptif pour permettre l'emploi d'approches variées pouvant être sélectionnées par les participants.

Planification du processus d'établissement des CNS

- Promouvoir les CNS, accroître la demande pour les CNS
- Mise en place de l'équipe des CNS
- Domiciliation des CNS
- Organisation du comité de pilotage et de ses rapports avec l'équipe des CNS
- Mise en place du plan de travail

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 3 du module 2.

II. Promotion des CNS et accroissement de la demande pour les CNS

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 4 du module 2 et discutez la promotion des CNS.

Dans le cadre de la préparation d'un pays pour mettre en place des CNS, il sera nécessaire de les faire connaître et d'accroître la demande pour les CNS au sein du Gouvernement et chez les autres parties prenantes du secteur de la santé. Il existe plusieurs façons de faire ceci : 1) **Identifier un ou plusieurs « porte-parole»** des CNS au sein du gouvernement, 2) exposer des décideurs de haut niveau aux CNS à l'occasion de conférences, d'ateliers et de réunions diverses, et 3) associer les données des CNS aux thèmes et aux débats nationaux.

Promouvoir les CNS

- Identification du « porte parole des CNS » au sein du gouvernement
- Identifier les questions d'ordre de politique de santé pour qui les CNS seront utiles

Un porte-parole des CNS est une personne qui aura **la tâche de promouvoir les CNS** et de démontrer leur utilité. Cette personne doit avoir de bons rapports avec les décideurs, et elle doit aussi avoir une connaissance approfondie de la structure et de l'environnement politique de l'ensemble du secteur de la santé – public comme privé. Les efforts d'établissement des CNS, y compris l'utilisation des CNS dans le cadre de l'élaboration des politiques et la mise en place des divers éléments constitutifs des CNS, ne pourront pas porter de fruits en l'absence du soutien par un « porte-parole » de niveau élevé au sein du gouvernement.

III. Mise en place de l'équipe des CNS

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 5 du module 2.

L'équipe des CNS d'un pays effectue le travail consistant à produire les tableaux de CNS et promouvoir les CNS en démontrant l'utilité de leurs résultats. La taille de l'équipe dépend du budget affecté aux CNS et du personnel disponible. Le nombre des personnes affectées à l'équipe des CNS varie en fonction du pays. La plupart des pays ont commencé avec des équipes de quatre ou cinq membres, même si, souvent, un ou deux membres font la majorité du travail (GE : page 15, 2.08-2.10). Le formateur doit souligner le fait que, quel que soit le nombre des membres, l'équipe devra s'acquitter de tâches spécifiques qui nécessitent certains types de compétences. Ces **compétences et tâches peuvent être**

Mise en place de l'équipe des CNS

- Discussion des choix où les CNS pourraient être domiciliés
- Identification des compétences et des personnes requises pour la conduite du processus des CNS
- Généralement, les tâches peuvent être divisées en 2 : « tâches relatives au chef d'équipe » et en « tâches de niveau technique »
- L'équipe doit pouvoir clairement comprendre le niveau et le montant de travail affecté à chacun de ses membres

Tâches et responsabilités du chef (des chefs) d'équipe des CNS

1. Animer l'équipe
   - Superviser tous les travaux techniques
   - Assurer la réalisation de toutes les tâches importantes (directement ou en déléguant)
   - Faire en sorte que la dynamique de l'équipe ne fléchisse pas
2. Gérer les relations avec les parties concernées
   - Animer les réunions du comité de pilotage
   - Diriger, encourager et animer les efforts et le processus d'établissement des CNS
   - Coordonner et obtenir les contributions de toutes les parties concernées
   - S'assurer que tous les membres de l'équipe s'acquittent des tâches qui leur ont été affectées
   - Définir le processus d'établissement des CNS, formuler des politiques, des classifications et des limites en collaboration avec les parties concernées dans le secteur de la santé
3. Animer les activités de collecte des données
   - Passer en revue les formulaires de collecte des données
   - Faciliter la collecte des données des principales parties concernées en maintenant leur intérêt pour l'activité
   - Aider les membres du personnel technique à obtenir les autorisations/approbations pour l'accès aux données dans les organisations appropriées
4. Superviser l'analyse des données et l'interprétation des résultats
   - Prendre conscience des insuffisances d'information et des contradictions entre certaines données, et aider l'équipe à résoudre ces problèmes
   - Vérifier l'exactitude des tableaux créés à partir des données
   - Produire une analyse basée sur une vue d'ensemble de la situation en demandant aux membres de l'équipe de combiner les données des CNS à d'autres données spécifiques (p. ex., utilisation des services, données épidémiologiques, statistiques de santé, données macroéconomiques, comparaisons entre divers pays)
   - Identifier les questions de choix politiques pour le secteur de la santé qui ont été soulevés par l'analyse des données (ceci peut être effectué en consultant les principales parties concernées)
5. Participer à la création des documents des CNS (rapports, exposés relatifs à l'élaboration de politiques, communiqués de presse, présentations, etc.)
   - Aider à rédiger des documents appropriés pour divers publics
   - Contribuer à la rédaction des documents
   - Gérer la rédaction des documents, les passer en revue et les imprimer
6. Disséminer les résultats obtenus
   - Planifier, organiser et présenter les documents :
     - lors de réunions avec des représentants des parties concernées (qui doivent être tenus au courant des progrès réalisés par le(s) chef(s) d'équipe tout au long du processus de mise en oeuvre des CNS)
     - lors de conférences de presse
     - lors de colloques universitaires

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 6, 7 et 8 du module 2, et animez la discussion.

Compétences et connaissances du chef (ou des chefs) d'équipe des CNS

- Perspective d'ensemble du secteur de la santé
- Compréhension approfondie des CNS et de leur potentiel d'utilisation dans le pays
- Contacts utiles dans tout le système de santé
- Excellentes compétences en matière de gestion et de coordination
- Connaissance du système de santé du pays (problèmes et politiques)
- Formation financière
- Compétences analytiques
- Bonne connaissance du public ciblé
- Bonnes capacités d'expression écrite
- Bonnes techniques de présentation orale
- Talents d'animation

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 9 du module 2 et animez la discussion.

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 10, 11 et 12 du module 2 et animez la discussion.

Tâches et responsabilités du membre ou des membres de l'équipe des CNS au niveau technique

1. Apporter de l'assistance en rapport avec la documentation pour
   - susciter l'intérêt des parties concernées pour les CNS afin d'informer les choix politiques
   - fournir des mises à jour sur le processus d'élaboration des CNS
   - définir les dépenses et les limites
   - établir des classifications de CNS propres au pays
2. Recueillir les données
   - Données primaires
     - Concevoir et mettre à jour les documents nécessaires à l'enquête
     - Prendre contact avec les organisations appropriées pour expliquer quelles données sont nécessaires, et passer en revue les documents
     - Faire le suivi auprès des contacts afin d'obtenir des données complètes
     - Saisir les données sur des feuilles de calcul
     - Documenter soigneusement toutes les sources et références, ainsi que tous les calculs
   - Données secondaires (avec l'assistance d'un chef d'équipe ayant des connaissances approfondies du système de santé et de ses activités)
     - Identifier et obtenir des copies des sources de données secondaires
     - Passer en revue et recueillir les données appropriées
     - Saisir les données sur des feuilles de calcul
     - Documenter soigneusement toutes les sources et références, ainsi que tous les calculs, en particulier en notant la multiplicité des sources pour certaines données
3. Classer les données et les organiser dans les tableaux de CNS
   - Compléter les tableaux de CNS en indiquant soigneusement les sources d'origine et les calculs pour toutes les données saisies
   - Identifier les erreurs, les données manquantes et les contradictions entre certaines données
   - Passer en revue les sources de données primaires et secondaires afin de corriger les erreurs, les contradictions entre données et les problèmes causés par l'absence de certaines données
   - Continuer à mettre à jour la documentation pour toutes les sources et références, ainsi que pour tous les calculs
4. Analyser les données
   - Identifier et résoudre les problèmes causés par l'absence de certaines données et les contradictions entre données
   - Combiner les données des CNS et des données non financières
   - Préparer des graphiques et des tableaux
5. Rédiger la méthodologie et les résultats

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 13 du module 2 et animez la discussion.

Compétences et connaissances du membre ou des membres de l'équipe des CNS au niveau technique

- Connaissance de la comptabilité publique
- Expérience de l'emploi des tableurs et du traitement de texte (Excel et MS-Word)
- Capacités d'organisation
- Connaissance des sources des données de la santé
- Compétences en matière de recherche
- Compétences analytiques
- Formation relative à la méthodologie des CNS, compréhension des tableaux et des classifications de CNS
- Expérience de l'élaboration et de la conduite d'enquêtes
- Capacité de communications interpersonnelles

divisées en deux catégories : les « tâches relatives au chef d'équipe » et les « tâches de niveau technique ».

Les tâches relatives au chef d'équipe comprennent la promotion des CNS et la direction du reste de l'équipe : elles doivent être la responsabilité d'une personne qui est un fonctionnaire expérimenté et respecté de niveau relativement élevé, ou être divisées entre plusieurs personnes ayant de telles qualifications. Les tâches de niveau technique sont celles qui consistent à recueillir, classer et analyser les données organisées sous forme de tableaux ; elles nécessitent des compétences qui sont généralement celles de fonctionnaires de niveau intermédiaire. Les formateurs doivent passer en revue les listes en détail parce que la compréhension par les participants aux ateliers des tâches et des compétences concernées leur permettra de préparer un plan de travail réaliste pour leur propre pays.

Note pour les formateurs

Le formateur peut animer une discussion de type « remue-méninges » afin d'identifier autant de thèmes à discuter que possible sans déclencher de débat. Cette liste de thèmes à discuter sera utile pour l'équipe à un stade ultérieur quand elle interprétera les conclusions des CNS et essaiera d'en tirer les implications pour les choix politiques.

Question 1 à discuter

Qui est, ou pourrait être, le promoteur du CNS dans votre pays ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 2 à discuter

Qui sont les « chefs d'équipe » et les membres de l'équipe « technique » dans l'équipe du CNS de votre pays ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 3 à discuter

Écrivez les noms des organisations, institutions, associations, etc., qui pourraient être représentées dans le Comité de pilotage.

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

La création d'un organigramme peut être utile pour illustrer les rôles et responsabilités des membres de l'équipe des CNS. Il y aura plus de discussion de l'organigramme plus bas, dans la sous-section V, Organisation du comité de pilotage, ainsi qu'un exemple sur la diapositive associée à la présentation.

IV. Domiciliation des CNS

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez les diapositives 14 et 15 du module 2, et animez la discussion.

Il est également important de décider où l'équipe des CNS sera domiciliée, car cela déterminera quelle administration pilotera le processus d'établissement des CNS et contrôlera leur utilisation (GE : page 14-15, 2.05). Le formateur doit souligner le fait que, lors du choix d'un domicile pour les CNS, les équipes du pays **devront réfléchir à la façon dont les données seront utilisées dans le Ministère proposé ou dans toute autre administration appropriée, et elles devront déterminer si les données contribueront significativement à la politique de la santé depuis un tel site.**

La plupart des pays décident de domicilier les CNS dans les locaux du MdS. Étant donné que le MdS joue généralement un rôle de tutelle sur le secteur de la santé, Il est probable qu'il utilisera davantage les données des CNS que les autres administrations. Quelques pays ont décidé de domicilier les CNS au Ministère des Finances ou dans un bureau central de statistiques. Par exemple, l'Iran a domicilié les CNS dans son service de statistiques parce que le Gouvernement iranien considérait ce service « apolitique », ce qui augmentait la possibilité que les CNS soient ainsi considérés comme impartiaux et objectifs.

Au bout du compte, il incombe à chaque pays de décider où domicilier les CNS. Cette décision doit reposer sur le sentiment du gouvernement quant à la meilleure façon de maximiser les bénéfices potentiels pour la politique de la santé.

Domiciliation des CNS

- Détermination du futur domicile des CNS (en collaboration avec le porte parole des CNS)
  - Il sera peut-être nécessaire de « promouvoir » les avantages des CNS à d'autres responsables du Ministère
    - Ce faisant, il faut se souvenir de l'importance de « l'intérêt politique » et l'objectif « d'institutionnalisation » dès le début.
  - Domicile institutionnel pour l'élaboration et la publication des CNS

PHRplus

Domiciliation des CNS

- Détermination du lieu où les membres du personnel de gestion des CNS seront employés et d'où sera basé le travail
  - MdS, MdF, bureau des statistiques, université
  - Autres critères
    - Capacité à préparer les CNS
    - Intérêt, engagement
    - Proximité des utilisateurs des CNS
    - Crédibilité
    - Faisabilité

PHRplus

V. Organisation du Comité de pilotage et définition de ses rapports avec l'équipe des CNS

Des communications franches et productives entre l'équipe des CNS et les décideurs sont indispensable pour assurer le succès des CNS (GE : page 15-16, 1.11). Les décideurs doivent faire part de leurs préoccupations en ce qui concerne les choix politiques à l'équipe des CNS de façon que cette équipe puisse faire une enquête si besoin est ; de son côté, l'équipe des CNS doit partager ses déterminations avec les décideurs afin de leur permettre d'interpréter les résultats et d'en tirer les conclusions sur le plan politique. Un modèle qui s'est avéré efficace dans de nombreux pays est la création d'un **comité de pilotage** (CP) composé de décideurs de haut niveau des ministères de la santé et des finances, ainsi que de représentants des entités publiques et privées qui fournissent ou financent les soins de santé.

Le Comité de pilotage des CNS et l'équipe des CNS

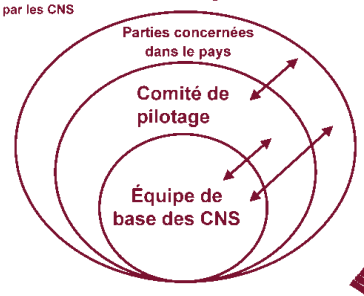
- Tâches du Comité de pilotage
  - Communiquer les intérêts d'ordre politique à l'équipe des CNS
  - Donner du feed-back à l'équipe des CNS quant aux résultats et aux conclusions
  - Aider à résoudre les problèmes auxquels l'équipe des CNS peut être confrontée
  - Aider à interpréter les résultats des CNS et en tirer les conclusions sur le plan politique
- Identification des membres du Comité de pilotage (qu'elles sont les principales parties concernées –publiques et privées– dans le secteur de la santé ?)

Un organigramme aide à visualiser les rôles des divers acteurs

PI-Rplus

Le Comité de pilotage des CNS et l'équipe des CNS (suite)

Voici une illustration des relations et du dialogue entre les acteurs concernés par les CNS



PI-Rplus

(Une autre possibilité pourrait être le recours à un organe existant de haut niveau consacré à la politique de la santé, un groupe de travail ad hoc sur la santé, une commission parlementaire de la santé, un conseil de la santé, un groupement interministériel sur la santé ou une association nationale capable de s'acquitter de tâches similaires à celles du CP). Le CP confère de la crédibilité, du prestige et une influence politique aux CNS.

Les **principales tâches** du CP sont :

- Communiquer les intérêts d'ordre politique à l'équipe des CNS
- Donner du feed-back à l'équipe des CNS quant aux résultats et aux conclusions
- Aider à résoudre les problèmes auxquels l'équipe des CNS est confrontée pendant la collecte des données
- Aider à interpréter les résultats des CNS et à en tirer les conclusions sur le plan politique

Le CP est **assemblé par le promoteur chef d'équipe des CNS** ou par une autre personne qui a suffisamment de contacts avec les principaux décideurs du secteur des soins de santé. Le formateur doit faire comprendre qu'il s'agit d'une entreprise sérieuse parce que le CP joue un rôle crucial pour assurer le contrôle

du pays sur ses CNS et la mise en place d'une comptabilité sérieuse du secteur de la santé. La sélection des membres du CP nécessite des efforts non négligeables de « vente » des CNS. Le promoteur chef d'équipe des CNS, avec l'appui de l'équipe des CNS, **devra concevoir une stratégie de communication pouvant inclure des présentations individualisées pour chaque membre potentiel du CP** afin de démontrer la valeur des CNS pour leur travail et leurs intérêts. En d'autres termes, le promoteur chef d'équipe des CNS devra établir « ce que les CNS peuvent accomplir pour chaque partie concernée » afin de convaincre les parties concernées de soutenir le projet.

Une fois que les membres potentiel du comité de pilotage sont identifiés, **il est utile pour l'équipe des CNS de déterminer quel type de rapport elle prévoit ou souhaite avoir avec le CP**. Le type de rapport entre l'équipe et le CP doit être défini dès le début afin de clarifier les attentes et d'éviter tout risque de confusion. L'équipe des CNS et le CP doivent également établir un calendrier de réunions et déterminer les lignes de communication. Certains pays ont jugé utile d'**illustrer ceci au moyen d'un organigramme** (deux exemples sont présentés sur des diapositives). Un accord dénué de toute ambiguïté pour les réunions et les communications entre le CP et l'équipe des CNS doit être conclu et respecté ensuite.

Note pour les formateurs

La raison d'être de cette question est d'inciter les participants à identifier les principales parties concernées par les soins de santé dans leurs pays respectifs en visualisant l'étendue du secteur de la santé. Le formateur doit rappeler aux participants d'inclure autant d'entités importantes du secteur privé de la santé que possible. Cette question demande également aux participants de considérer l'exercice des CNS comme étant très différent des autres études de recherche, qui peuvent être mises en œuvre par un ou deux fonctionnaires du MdS ; par contraste, les CNS représentent un effort de grande envergure visant à faire participer tous les principaux acteurs du secteur de la santé.

Question 4 à discuter

Dessinez un organigramme illustrant les relations entre les membres au sein de l'équipe du CNS et les relations entre l'équipe et le Comité de pilotage du CNS.

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 5 à discuter

Préparez le plan de travail du CNS de votre pays. (Tableau)

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

VI. Mise en place du plan de travail

La dernière étape de la préparation d'une activité en rapport avec les CNS est la mise en place d'un plan de travail. Dans l'idéal, ceci est effectué avec la participation de tous les membres de l'équipe des CNS, avant la formation aux CNS dans le pays. Cependant, ceci n'est pas toujours réalisé, le formateur devra peut-être incorporer cette étape au programme de cours de l'atelier de formation.

Pour que le plan de travail soit un document utile, il est recommandé d'y inclure (au minimum) les **quatre éléments suivants** :

1. Les tâches qui constituent l'activité des CNS

   Le plan de travail initial contribue au déclenchement des travaux. Bien que le plan doive logiquement tenter de prévoir autant de tâches que possible, il devra probablement être mis à jour et révisé au fur et à mesure que le projet évolue. Les principales tâches auxquelles de nombreux pays ont été confrontés sont énumérées plus bas. Le formateur doit discuter tous les points de la liste avec les participants avant qu'ils ne commencent la rédaction d'un plan de travail pour leur propre activité en rapport avec les CNS.

2. Les stratégies et les actions requises pour accomplir ces tâches

   Les membres de l'équipe doivent discuter et écrire comment chaque tâche sera mise en œuvre et combien de temps chaque tâche prendra. Cette activité donnera à l'équipe une indication quant au nombre de jours-personne nécessaires pour élaborer des CNS complets.

3. L'affectation de tâches à celui des membres de l'équipe qui en sera responsable de façon que chaque tâche soit accomplie rapidement et correctement

   Il s'agit peut-être de la partie la plus importante d'un plan de travail. Dans certains pays, les tâches ne furent jamais complétées et l'enthousiasme pour la réalisation des CNS se dissipa parce que les membres de l'équipe n'avaient pas compris clairement le partage des responsabilités. L'affectation des tâches force les membres de l'équipe à comprendre leurs responsabilités et à évaluer la faisabilité de leur participation à l'activité des CNS à la lumière de leurs autres responsabilités.

4. Un calendrier de réalisation des tâches

   L'identification d'une date limite pour chaque tâche des CNS est également une composante cruciale du plan de travail. Lors de la détermination des dates limites prévues pour la préparation des CNS, le formateur doit rappeler aux membres de l'équipe qu'il peut exister des conflits entre ces dates et d'autres impératifs nationaux ou gouvernementaux importants, tels que les discussions annuelles sur le budget de l'État ou des élections générales.

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 19, 20, 21, 22 et 23 du module 2, et animez la discussion.

Le Tableau 2.1 énumère les principales tâches réalisées en rapport avec les CNS dans les pays dans lesquels des CNS ont été élaborés. Le formateur doit aussi passer en revue la liste de ces tâches avec les participants à l'atelier avant qu'ils ne commencent à rédiger leur(s) propre(s) plan(s) de travail pour les CNS.

Tableau 2.1 Les principales tâches du processus d'élaboration des CNS*

Tâches	Commentaires, description et but de la tâche
1. Organisation d'une conférence de lancement pour le comité de pilotage	La conférence invite toutes les principales parties concernées ainsi que tous les décideurs. Son but est de leur faire mieux comprendre les CNS, de leur demander leur avis en ce qui concerne la conception et le but des CNS dans le cadre de leur pays, et d'obtenir leur soutien pour les objectifs politiques des CNS. La conférence peut aussi être utilisée pour obtenir l'accord des parties concernées (en particulier du secteur privé) quant à la fourniture de données dans le cadre du processus de collecte des données.
2. Organisation d'un atelier de formation en méthodologie pour l'équipe des CNS	L'atelier de formation est une occasion où plusieurs actions peuvent être entreprises en plus de l'apprentissage de la méthodologie elle-même. ☐ Se mettre d'accord sur les classifications et les limites (géographiques, fonctionnelles et temporelles) ☐ Formuler un cadre de travail et une approche pour les CNS (quels tableaux seront préparés par les responsables pour ce pays ?) ☐ Préparer un plan de données détaillé ☐ Raffiner le plan de travail des CNS
3. Rédaction des documents nécessaires à l'enquête	Certains pays ont jugé utile de consulter les documents produits par d'autres pays. Des exemples sont présentés dans le Manuel des participants. Les documents d'un pays individuel sont généralement préparés par l'équipe des CNS, mais certains pays ont également demandé l'assistance de membres du CP.
4. Détermination de la liste des institutions auprès desquelles des données doivent être recueillies	Dans certains cas, lorsque le nombre des institutions est très grand (p. ex., les cabinets de médecins privés), un échantillon représentatif devra peut-être être défini.
5. Détermination du besoin éventuel de personnel supplémentaire pour la collecte de données (énumérateurs) en plus des membres de l'équipe des CNS	Une enquête nationale auprès des ménages peut être utile ou nécessaire pour obtenir des données sur l'utilisation des soins de santé par les ménages et sur les dépenses de santé des ménages. L'enquête serait conduite par le service des enquêtes statistiques du pays. L'équipe des CNS discuterait avec les autorités appropriées du besoin d'une enquête distincte ou de l'ajout de questions en rapport avec l'élaboration des CNS à une enquête existante plus vaste sur les ménages

SUITE PAGE 36

* La liste suppose l'existence d'une équipe de CNS et la réalisation préalable de certaines tâches.

Tableau 2.1 Les principales tâches du processus d'élaboration des CNS* (suite)	
Tâches	Commentaires, description et but de la tâche
6. Rédaction de procédures claires pour la collecte et la saisie de données	Il ne devrait y avoir que peu de risques d'« interprétation » de la façon de poser des questions ou de la façon de coder une réponse par l'énumérateur. Un atelier à l'intention des énumérateurs est généralement organisé dans ce but.
7. Collecte des données et/ou suivi du processus de collecte des données	Ces tâches sont généralement la responsabilité de l'équipe des CNS. Il faudra peut-être organiser des réunions d'information avec des «chef d'équipes des énumérateurs » et/ou des visites physiques dans les régions urbaines et rurales où les données sont recueillies. Ceci est particulièrement important quand des enquêtes auprès des ménages sont réalisées.
8. Saisie et révision des données	Ceci doit être fait de manière uniforme et consistante.
9. Apurement des données	Le formateur doit expliquer aux participants que cette activité prend énormément de temps (environ un mois), en particulier dans les cas où une enquête auprès des ménages est réalisée.
10. Développement d'un plan d'analyse des données et alimentation des tableaux en données	Le plan d'analyse des données indique les actions qui seront entreprises pour alimenter en données les tableaux des CNS et quel membre de l'équipe est responsable des estimations de dépenses de chaque source de données. Une approche structurée et détaillée simplifie la tâche par ailleurs complexe consistant à alimenter les tableaux en données. Des exemples de telles approches seront présentés pendant ce programme de formation.
11. Identification des erreurs, des contradictions et des données manquantes, et correction de ces problèmes	Le formateur doit expliquer qu'il faudra passer beaucoup de temps et consacrer beaucoup de travail lors de cette étape, en particulier la première fois que les CNS sont élaborés.
12. Rédaction d'un rapport	C'est généralement l'équipe des CNS qui rédige la méthodologie et le rapport sur les résultats. L'avocat ou autre cadre de niveau supérieur, sur la base des suggestions des principaux décideurs, rédige habituellement la partie du rapport consacrée aux implications des CNS sur l'élaboration de politiques.
13. Dissémination du projet de rapport sur les CNS en vue de son approbation par le comité de pilotage	Dans de nombreux pays, une réunion de dissémination du projet de rapport avec le comité de pilotage a été organisée. Une telle réunion peut produire de nouvelles idées sur les implications des CNS sur l'élaboration des politiques.

Suite page 37

* La liste suppose l'existence d'une équipe de CNS et la réalisation préalable de certaines tâches.

Tableau 2.1 Les principales tâches du processus d'élaboration des CNS* (suite)	
Tâches	Commentaires, description et but de la tâche
14. Parachèvement du rapport et production de brefs exposés en vue de l'élaboration de politiques, et présentations de dissémination à l'intention de divers publics ciblés	Il est crucial pour le succès de l'emploi des CNS afin d'informer les choix politiques d'avoir une stratégie claire quant à la façon de disséminer les résultats aux personnes qui influencent et décident la politique de la santé, mais qui n'ont pas toujours une formation d'économiste de la santé. Dans ce but, de nombreux pays ont estimé qu'il est utile de produire des sommaires des conclusions, de brefs exposés en vue de l'élaboration des politiques, des présentations spécialisées, des communiqués de presse et ainsi de suite.
15. Tenue au courant du comité de pilotage tout au long du processus d'élaboration des CNS	Ceci peut être effectué sous forme de mèls (messages électroniques) ou de fax contenant des mises à jour et envoyés tous les mois ou tous les trimestres. Une autre façon de procéder pourrait consister à organiser de brèves réunions avec le comité de pilotage lors de différentes étapes du processus de mise en œuvre des CNS. Les mises à jour rappellent régulièrement au comité de pilotage l'existence des travaux de l'équipe des CNS et leur valeur. Elles servent également à maintenir le sens de contrôle de l'activité par toutes les principales parties concernées dans le secteur de la santé.

* La liste suppose l'existence d'une équipe de CNS et la réalisation préalable de certaines tâches.

Question 6 à discuter

Utilisez le tableau suivant pour préparer le plan de travail des CNS pour votre pays. Énumérez les tâches à réaliser, les personnes affectées à la réalisation de chaque tâche, la façon dont chaque tâche sera réalisée et la date limite pour la réalisation de chaque tâche.

Les composantes du plan de travail des CNS pour (pays)			
Tâches des CNS	Personne responsable	Stratégie de réalisation des tâches	Date limite pour la réalisation des tâches

VII. Application de ce module

Selon le degré de connaissances des participants en ce qui concerne le processus de planification des CNS, le formateur peut décider de consacrer un certain temps (2-3 heures) à une activité visant à aider à préparer des organigrammes et des plans de travail pour les CNS propres au pays concerné. Si plusieurs pays sont représentés à l'atelier, il peut être utile de répartir les participants en groupes nationaux pour leur permettre de travailler sur l'organigramme et le plan de travail pour leur pays. Comme cette tâche est difficile et nécessite beaucoup de réflexion, il est recommandé qu'au moins un animateur aide chaque groupe national de participants. Un exemple de plan de travail pour un pays est fourni dans les documents qui seront distribués aux participants par le formateur. Des copies en seront également jointes dans le manuel des participants.

Références

Aucune lecture particulière

Module 2
Diapositives associées à la présentation

1

PHR*plus*

Module 2 :
Planification du processus d'établissement des CNS

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc., Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc., Program for Appropriate Technology in Health; SAIC Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, University Research Co., LLC.

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez les diapositives associées à la présentation. Discutez les principales idées de chaque diapositive avec les participants. Utilisez des informations tirées du contexte, des exemples, etc. extraits des Notes pour les présentateurs afin d'enrichir la discussion.

2

Objectifs de la présentation

- Se familiariser avec les tâches et les principales étapes pour la conduite du processus des CNS du début jusqu'à la fin
- Connaître les compétences et les tâches requises par les membres de l'équipe des CNS et du comité de pilotage des CNS

PHR*plus*

3

Planification du processus d'établissement des CNS

- ▲ Promouvoir les CNS, accroître la demande pour les CNS
- ▲ Mise en place de l'équipe des CNS
- ▲ Domiciliation des CNS
- ▲ Organisation du comité de pilotage et de ses rapports avec l'équipe des CNS
- ▲ Mise en place du plan de travail

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Il s'agit d'une suggestion d'étapes nécessaires. Chaque pays peut choisir sa propre approche pour les CNS. Par exemple, certains pays préféreront sous-traiter l'étude des CNS à une université ou à une autre organisation, mais ceci risque de compromettre les efforts visant à institutionnaliser les CNS au sein du gouvernement.

4

Promouvoir les CNS

- ▲ Identification du « porte parole des CNS » au sein du gouvernement
- ▲ Identifier les questions d'ordre de politique de santé pour qui les CNS seront utiles

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 1. Le promoteur des CNS aura la responsabilité principale de la dissémination des informations sur les CNS et il devra s'efforcer de convaincre le gouvernement de leur utilité.

5

Mise en place de l'équipe des CNS

- ▲ Discussion des choix où les CNS pourraient être domiciliés
- ▲ Identification des compétences et des personnes requises pour la conduite du processus des CNS
- ▲ Généralement, les tâches peuvent être divisées en 2 : « tâches relatives au chef d'équipe » et en « tâches de niveau technique »
- ▲ L'équipe doit pouvoir clairement comprendre le niveau et le montant de travail affecté à chacun de ses membres

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Dans un grand nombre de pays, l'équipe de base des CNS commence par avoir quatre ou cinq membres. Cependant, dans la pratique, une ou deux personnes s'acquittent de toutes les tâches. Ces deux membres de base doivent disposer des compétences du « chef d'équipe » ainsi que des compétence du niveau « technique » dont il est fait état plus bas en détail.

6

Mise en place de l'équipe CNS (suite)

Les TÂCHES du chef (ou des chefs) d'équipe

1. Tâches de la direction
   - ▲ Superviser tous les travaux techniques
   - ▲ Assurer la réalisation des tâches importantes (directement ou en déléguant)
   - ▲ Faire en sorte que la dynamique de l'équipe ne fléchisse pas
2. Gérer les relations avec les parties concernées
   - ▲ Animer toutes les réunions des parties concernées (comité de pilotage)
   - ▲ Diriger, encourager et promouvoir les efforts et processus d'établissement des CNS
   - ▲ Associer les CNS aux thèmes politiques prioritaires
   - ▲ Coordonner et obtenir les contributions de toutes les parties concernées
   - ▲ S'assurer que tout le monde réalise le travail qui lui a été délégué
   - ▲ Définir le processus des CNS, formuler des politiques, classifications, et limites en collaboration avec les parties concernées du secteur de la santé

PHRplus

7

Mise en place de l'équipe des CNS (suite)

Les TÂCHES du chef (ou des chefs) de l'équipe

3. Direction des activités de collecte des données
   - Passer en revue tous les formulaires de collecte des données
   - Faciliter l'obtention de données des principales parties concernées en maintenant leur intérêt pour l'activité
   - Aider les membres du personnel technique à obtenir l'accès aux données dans les organisations appropriées
4. Supervision de l'analyse des données et de l'interprétation des résultats
   - Prendre conscience des insuffisances d'information et des contradictions entre certaines données, et aider l'équipe à résoudre ces problèmes
   - Vérifier l'exactitude des tableaux créés à partir des données
   - Produire une analyse ayant une vue d'ensemble en demandant à l'équipe des CNS de combiner les données des CNS à d'autres données spécifiques (p. ex., données sur l'utilisation, données épidémiologiques, statistiques de santé, données macroéconomiques, comparaisons entre les pays)
   - Identifier les questions de choix politiques pour le secteur de la santé qui on été soulevés par l'analyse des données (ceci peut être effectué en consultant les principales parties concernées)

PHRplus

8

Mise en place de l'équipe des CNS (suite)

Les TÂCHES du chef (ou des chefs) d'équipe

5. Participation à la création des documents des CNS (rapports, programmes politiques, communiqués de presse, présentations, etc.)
   - Aider à rédiger les documents appropriés aux différentes publics
   - Contribuer à la rédaction des documents
   - Gérer la rédaction des documents, les passer en revue et les imprimer
6. Disséminer les résultats obtenus
   - Planifier, organiser et présenter les documents :
   - Lors des réunions avec les parties concernées (qui doivent être tenus au courant par des cadres de haut niveau, de l'avancement du projet tout au long du processus de mise en œuvre des CNS)
     - Lors des conférences de presse
     - Lors des réunions universitaires, etc.…

PHRplus

9

Mise en place de l'équipe (suite)

Chef d'équipe – Niveau des COMPÉTENCES et des connaissances

- Perspective d'ensemble du système
- Compréhension approfondie des CNS et de leur potentiel d'utilisation dans le pays
- Contacts utiles dans tout le système de santé
- Excellentes compétences en matière de gestion et de coordination
- Connaissances du système de santé du pays (problèmes et politiques)
- Formation financière
- Compétences analytiques
- Bonne connaissance du public ciblé
- Bonnes capacités d'expression
- Bonnes techniques de présentation (pour la dissémination des conclusions des CNS)
- Talents d'animation

PHRplus

10

Mise en place de l'équipe des CNS (suite)

TÂCHES de niveau technique

1. Assistance pour la documentation suivante :
   - Intérêts politiques des parties concernées dans les CNS
   - Mise à jour du cadre de travail des CNS
   - Définitions des dépenses et limites
   - Classification de CNS propres au pays

PHRplus

11

Mise en place de l'équipe des CNS (suite)

TÂCHES de niveau technique

2. Collecte des données

- Données primaires
  - Concevoir et mettre à jour les documents nécessaires à l'enquête
  - Prendre contact avec les organisations appropriées pour expliquer quelles données sont nécessaires, et passer en revue les documents
  - Faire le suivi auprès des contacts pour obtenir des données complètes
  - Saisir les données sur des feuilles de calcul (par ex. Excel)
  - Documenter soigneusement toutes les sources et références, ainsi que tous les calculs
- Données secondaires (avec l'assistance d'un chef d'équipe ayant des connaissances approfondies du système de santé et de ses activités)
  - Identifier et obtenir des copies des sources de données secondaires
  - Passer en revue et recueillir les données appropriées
  - Saisir les données sur des feuilles de calcul
  - Documenter soigneusement toutes les sources et références, ainsi que tous les calculs, en particulier en notant la multiplicité des sources pour les mêmes données

PHRplus

12

Mise en place de l'équipe des CNS (suite)

TÂCHES de niveau technique

3. Classer les données et les organiser dans les tableaux de CNS

- Compléter les tableaux des CNS – en indiquant soigneusement les sources d'origine et les calculs pour toutes les saisies
- Identifier les erreurs, les données manquantes et les contradictions entre certaines données
- Passer en revue les sources de données primaires et secondaires selon les besoins afin de corriger les erreurs et les contradictions entre données, et de remédier aux problèmes causés par l'absence de certaines données
- Continuer à mettre à jour la documentation de toutes les sources et références, et de tous les calculs

4. Analyse des données

- Identifier et résoudre les problèmes causés par l'absence de certaines données et les contradictions entre données
- Combiner les données des CNS et des données non financières
- Préparer des graphiques et des tableaux

5. Rédiger la méthodologie et les résultats

PHRplus

13

Mise en place de l'équipe des CNS (suite)

COMPÉTENCES et CONNAISSANCES nécessaires pour le niveau technique

- Dans l'idéal, cette personne (ou ces personnes) a (ont) les capacités suivantes :
  - Connaissance de la comptabilité publique
  - Expérience des feuilles de calcul et du traitement de texte (Excel et MS Word)
  - Capacités d'organisation
  - Connaissance des sources de données de la santé
  - Compétences en matière de recherches
  - Compétences analytiques
  - Formation relative à la méthodologie des CNS, compréhension des tableaux et des classifications des CNS
  - Expérience d'élaboration et de conduite d'enquêtes
  - Capacités de communications interpersonnelles

PHRplus

14

Domiciliation des CNS

- Détermination du futur domicile des CNS (en collaboration avec le porte parole des CNS)
  - Il sera peut-être nécessaire de « promouvoir » les avantages des CNS à d'autres responsables du Ministère
    - Ce faisant, il faut se souvenir de l'importance de « l'intérêt politique » et l'objectif « d'institutionnalisation » dès le début.
  - Domicile institutionnel pour l'élaboration et la publication des CNS

PHRplus

15

Domiciliation des CNS

- Détermination du lieu où les membres du personnel de gestion des CNS seront employés et d'où sera basé le travail
  - MdS, MdF, bureau des statistiques, université
  - Autres critères
    - Capacité à préparer les CNS
    - Intérêt, engagement
    - Proximité des utilisateurs des CNS
    - Crédibilité
    - Faisabilité

PHRplus

16

Le Comité de pilotage des CNS et l'équipe des CNS

- Tâches du Comité de pilotage
  - Communiquer les intérêts d'ordre politique à l'équipe des CNS
  - Donner du feed-back à l'équipe des CNS quant aux résultats et aux conclusions
  - Aider à résoudre les problèmes auxquels l'équipe des CNS peut être confrontée
  - Aider à interpréter les résultats des CNS et en tirer les conclusions sur le plan politique
- Identification des membres du Comité de pilotage (qu'elles sont les principales parties concernées –publiques et privées– dans le secteur de la santé ?)

Un organigramme aide à visualiser les rôles des divers acteurs

PHRplus

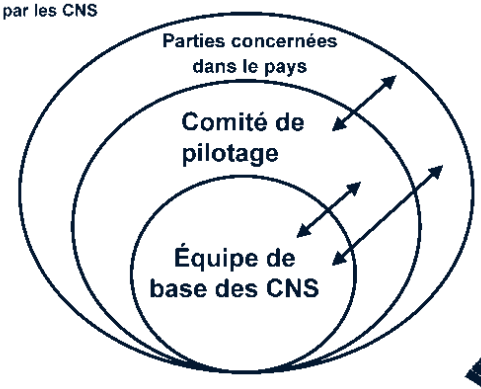
NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Ces points doivent servir d'en-têtes pour les colonnes du plan de travail.

17

Le Comité de pilotage des CNS et l'équipe des CNS (suite)

Voici une illustration des relations et du dialogue entre les acteurs concernés par les CNS

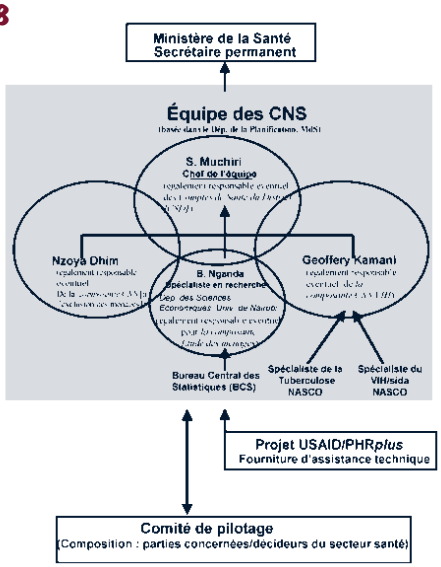


PHR*plus*

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Les flèches indiquent un dialogue dans les deux sens entre les principaux acteurs.

18



Le Comité de pilotage des CNS et l'équipe des CNS (suite)

CNS Kenya Organigramme

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Au Kenya, l'équipe de base des CNS a décidé d'animer le processus – tout en recevant continuellement du feed-back du comité de pilotage. Le rôle de PHR a été de fournir un appui à l'équipe de base, qui comprenait quatre membres. Trois d'entre eux travaillaient au Ministère – à savoir, le chef d'équipe (directeur adjoint de la planification) ; Nzoya, qui était responsable des activités en rapport avec les CNS en dehors de HH et de la sous-analyse portant sur le VIH ; et Geoggery Kamani, qui était responsable de la coordination de l'initiative VIH/sida. Un professeur de l'Université de Nairobi, Nganda, a dirigé l'étude auprès des ménages en coordination avec le Bureau central des statistiques. Tous les cercles se chevauchent, ce qui indique certains recoupements dans les responsabilités.

19

Développement du plan de travail

- Le plan de travail doit inclure
  - Les tâches des CNS requises
  - Les stratégies et les activités requises pour l'accomplissement des tâches
  - La personne responsable
  - Un calendrier de réalisation

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Ces points doivent servir d'en-têtes pour les colonnes du plan de travail.

20

Mise en place du plan de travail : les principales tâches

- Identification des stratégies, des activités, de la personne responsable, du calendrier de réalisation de chaque tâche
- Principales tâches
  - Organisation d'une conférence de lancement pour le Comité de pilotage
    - Identifier les objectifs politiques des CNS
  - Organisation d'un atelier de formation en méthodologie pour l'équipe des CNS
    - Se mettre d'accord sur les classifications et les limites
    - Formuler un cadre de travail et une approche pour les CNS
    - Identifier les sources de données primaires et secondaires
    - Préparer un plan de données comme indiqué lors d'une présentation antérieure

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

N'oubliez pas que certains pays peuvent ajouter des tâches qui ne sont pas indiquées sur ces diapositives – ou éliminer certaines des tâches indiquées.

21

Mise en place du plan de travail : les principales tâches (suite)

- Rédaction des formulaires nécessaires à l'enquête
- Détermination du cadre de travail de l'échantillonnage et du nombre d'énumérateurs
- Organisation d'un test pilote et parachèvement des documents de l'enquête
- Adoption de procédures claires pour la collecte et la saisie des données
- En cas d'enquêtes sur les ménages, organisation d'ateliers de formation des formateurs et de formation des énumérateurs

PHRplus

22

Mise en place du plan de travail : les principales tâches (suite)

- Suivi du processus de collecte des données
- Compte rendu de mission des superviseurs des « chefs d'équipe des énumérateurs »
- Révision et saisie des données
- Épuration des données
- Développement d'un plan d'analyse des données et alimentation des matrices
- TENIR AU COURANT LE CP TOUT AU LONG DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DES CNS
- Identification des erreurs, des contradictions et des données manquantes, et correction de ces problèmes
- Rédaction d'un projet de rapport
- Dissémination du projet de rapport auprès du CP sur les CNS en vue de son approbation
- Paufinement du rapport et élaboration du concis à but politique

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Dans l'idéal, les CNS devraient pouvoir êtres terminés en un an ou un an et demi.

23

Tâches pour la formation dans le pays

1. Qui sont les portes parole de la politique des CNS ?
2. Qui sont les chefs d'équipe ?
3. Qui sont les membres de l'équipe « au niveau technique » ?
4. Identifier les membres du Comité de pilotage
5. Déterminer la structure organisationnelle de l'équipe et établir un organigramme
6. Préparer un plan de travail

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Points 1-4. Si vous préparez également des comptes régionaux de santé (CRS), présentez à la fois les responsables au niveau régional et au niveau central ?

Point 5. Si vous préparez également des CRS, n'oubliez pas de présenter les relations entre le niveau central et le niveau régional. En d'autres termes, en quoi consiste la participation du niveau central ? La réponse est fonction de la méthode choisie par la région (approche de bas en haut, de haut en bas, etc.) Évidemment, en cas d'approche de haut en bas, il faudra plus de dialogue entre le niveau central et le niveau régional.

Module 2 - Exercices

Question 1 à discuter

Qui est, ou pourrait être, le promoteur du CNS dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 2 à discuter

Qui sont les « chefs d'équipe » et les membres de l'équipe « technique » dans l'équipe du CNS de votre pays ?

Réponses possibles

Question 3 à discuter

Écrivez les noms des organisations, institutions, associations, etc., qui pourraient être représentées dans le Comité de pilotage.

Réponses possibles

Question 4 à discuter

Dessinez un organigramme illustrant les relations entre les membres au sein de l'équipe du CNS et les relations entre l'équipe et le Comité de pilotage du CNS.

Réponses possibles

Question 5 à discuter

Préparez le plan de travail du CNS de votre pays. (Tableau)

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 6 à discuter

Utilisez le tableau suivant pour préparer le plan de travail des CNS pour votre pays. Énumérez les tâches à réaliser, les personnes affectées à la réalisation de chaque tâche, la façon dont chaque tâche sera réalisée et la date limite pour la réalisation de chaque tâche.

Les composantes du plan de travail des CNS pour (pays)			
Tâches des CNS	Personne responsable	Stratégie de réalisation des tâches	Date limite pour la réalisation des tâches

Module 2 - Réponses

Question 1 à discuter

Qui est, ou pourrait être, le promoteur du CNS dans votre pays ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 2 à discuter

Qui sont les « chefs d'équipe » et les membres de l'équipe « technique » dans l'équipe du CNS de votre pays ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 3 à discuter

Écrivez les noms des organisations, institutions, associations, etc., qui pourraient être représentées dans le Comité de pilotage.

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 4 à discuter

Dessinez un organigramme illustrant les relations entre les membres au sein de l'équipe du CNS et les relations entre l'équipe et le Comité de pilotage du CNS.

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 5 à discuter

Préparez le plan de travail du CNS de votre pays. (Tableau)

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 2. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Question 6 à discuter

Utilisez le tableau suivant pour préparer le plan de travail des CNS pour votre pays. Énumérez les tâches à réaliser, les personnes affectées à la réalisation de chaque tâche, la façon dont chaque tâche sera réalisée et la date limite pour la réalisation de chaque tâche.

Les composantes du plan de travail des CNS pour (pays)			
Tâches des CNS	Personne responsable	Stratégie de réalisation des tâches	Date limite pour la réalisation des tâches

3

Module 3

Définition des dépenses et de leurs limites dans le cadre des CNS

NOTE POUR LES FORMATEURS

Maintenant que le formateur a fait une introduction générale en expliquant les principe de base et l'utilisation des CNS ainsi que la façon de planifier cette activité, il est presque temps de commencer à travailler avec des chiffres. Mais avant de commencer, le formateur doit expliquer **quels types de chiffres – quelles dépenses – sont calculés dans le cadre des CNS.** Le concept d'amélioration des soins de santé et de la santé peut être tellement large que l'inclusion dans les CNS de tout ce que l'on pourrait imaginer comme contribuant à la santé rendrait la méthodologie inabordable, impossible à gérer et inopportune. Ce module examine les dépenses directes pour les soins de santé, les dépenses en rapport avec la santé et les autres dépenses qui, tout en contribuant à la santé, le font de façon plus indirecte. Les discussions dans le cadre de ce module ont pour but de permettre aux participants de juger quels chiffres sont appropriés pour une inclusion dans les CNS.

Durée

Formation multinationale : 160 minutes

Formation nationale : 190 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- connaîtront les éléments constitutifs des dépenses en matière de santé
- se seront familiarisés avec les limites fonctionnelles, géographiques et temporelles des dépenses de santé
- seront en mesure de déterminer de façon appropriée les dépenses exactes pour les soins de santé dans leur pays.

Les objectifs de la présentation

- ▲ Connaître les éléments constitutifs des dépenses en matière de santé
- ▲ Se familiariser avec les limites fonctionnelles, géographiques et temporelles des dépenses de santé
- ▲ Être en mesure de déterminer de façon appropriée les dépenses exactes des soins de santé dans votre pays

PHRplus

Contenu

- Définition de termes critiques : « dépenses », « santé » et « dépenses de santé »
- Définition fonctionnelle des dépenses de santé
- Limites géographiques
- Limites temporelles
- Critères pour l'inclusion dans les dépenses de santé
- Autres questions importantes à résoudre lors de la détermination de ce qui doit être inclus dans les dépenses de santé
- Activités *en rapport avec* la santé

Mesure des dépenses de santé

L'équipe des CNS doit être en mesure de définir les concepts suivants :

- ▲ Une dépense
- ▲ La santé
- ▲ La limite géographique des dépenses de santé
- ▲ La limite temporelle des dépenses de santé

PHRplus

Exercices

- Discussion et questions d'application

1. Définition de termes critiques : « Dépenses », « Dépenses de santé » et « Santé »

L'importance d'une définition CLAIRE des dépenses de santé

- ▲ Elle réduit au minimum les écarts relatifs aux estimations de dépenses
- ▲ Elle facilite les comparaisons entre pays (il faut des définitions claires pour les pays; ces définitions devront être en accord avec les normes internationales)

PI-Rplus

Certaines dépenses sont associées plus directement à la santé que d'autres. Afin de limiter la tâche de comptabilisation des dépenses de santé à ce qui est raisonnable et de ne pas gaspiller d'efforts en liaison avec des dépenses moins pertinentes, les CNS ciblent seulement les « dépenses directes pour les soins de santé ».

Pourquoi avons-nous besoin de définir les dépenses de santé ? Le formateur doit expliquer qu'une définition claire est cruciale pour les raisons suivantes :

- **Pour réduire au minimum les écarts** en ce qui concerne ce qui est inclus dans les dépenses de santé, afin que les décideurs puissent utiliser des informations exactes et uniformes. Par exemple, si les dépenses associées à des programmes contre le tabagisme sont incluses une année, mais pas l'année suivante, dans ce cas il semblerait que les dépenses totales aient diminué alors qu'en réalité cette divergence aurait été causée par un manque d'uniformité dans la définition des dépense de santé. L'absence de définitions claires et documentées (écrites) rend difficile le maintien de l'uniformité en ce qui concerne les données des CNS et met en danger leur crédibilité et leur fiabilité.
- **Pour faciliter les comparaisons entre pays**. Par exemple, un pays a classé tous les soins curatifs dans la catégorie « Soins curatifs en milieu hospitalier » alors qu'ils peuvent aussi être administrés en dehors d'un hôpital ou pendant une visite dans un hôpital pendant la journée. La définition imprécise des soins curatifs a causé une estimation excessive du coût total des soins en milieu hospitalier qui a induit en erreur les décideurs et a empêché de faire des comparaisons avec d'autres pays. Pour cette raison, une équipe de CNS d'un pays doit s'assurer que les définitions qu'elle utilise sont claires et compatibles avec les définitions universelles standard. Ceci permet à chaque pays d'établir des points de comparaison pour évaluer sa propre performance et tirer les leçons des expériences de ses voisins de même niveau socio-économique.

Que sont les dépenses directes pour les soins de santé ? Bien que le *Guide pour l'élaboration des Comptes nationaux de la santé* (OMS, Banque mondiale, USAID 2003) n'utilise pas le terme « direct », l'utilisation de ce mot est utile à des fins pédagogiques, en particulier pour établir une distinction entre les dépenses directes pour les soins de santé et les dépenses correspondant à des fonctions sanitaires connexes. Le formateur peut expliquer le concept de dépenses de santé en définissant séparément chaque partie de l'expression.

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 4 et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

- **Dépense** : une dépense mesure en termes monétaires la valeur de la consommation de biens et services – cela signifie qu'une dépense représente **ce qui *a été dépensé* pour acheter un service ou un produit particulier**. Notez que l'on souligne ici le fait que l'argent a déjà été dépensé (par opposition à un « budget », qui prévoit des dépenses futures).
- **Soins de santé** : il s'agit, selon la définition proposée par le manuel du SCS de l'OCDE, des activités de personnes morales ou physiques qui visent à atteindre les buts suivants grâce à l'application de connaissances et de technologies médicales et paramédicales, ainsi que de soins infirmiers (GE : page 24, 3.03) :
  - la promotion de la santé et la prévention des maladies
  - le traitement des maladies et la réduction de la mortalité prématurée
  - la prestation de soins infirmiers aux personnes souffrant de maladies chroniques
  - la prestation de soins infirmiers aux personnes invalides, handicapées et souffrant d'incapacités
  - l'assistance aux patients pour leur permettre de mourir dans des conditions décentes
  - la gestion et l'administration de la santé publique
  - la gestion et l'administration de programmes de santé, de l'assurance maladie et des autres régimes de financement de la santé.

La définition qui précède est limitée aux activités basées sur la terminologie « médicale ». La définition des soins de santé des CNS inclut toutes les activités énumérées plus haut ainsi que les biens et services achetés à des prestataires de soins du secteur informel, et parfois illégal, de la santé, même s'ils ne sont pas habilités médicalement à administrer des soins de santé.

Qu'est-ce qu'une dépense ?

- « Une mesure monétaire de la valeur de la consommation de biens et services dans un secteur particulier », en d'autres termes :
- Quel est le montant DÉPENSÉ pour un service ou un produit particulier ?

PHRplus

Que sont les soins de santé ?

« Des activités dont le but principal est le rétablissement, le maintien, et l'amélioration de la santé dans un pays au cours d'une période définie »

- Les CNS utilisent une définition FONCTIONNELLE
  - Les « activités » en rapport avec les soins de santé sont le concept clé ici, et ce QUEL QUE SOIT le prestataire de soins ou l'établissement/l'organisme payeur
- « Quel est le but principal de l'activité ? »

PHRplus

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 5, 6 et 7, et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

■ Les CNS utilisent une **définition fonctionnelle** des soins de santé qui inclut toutes les « **activités dont le but principal est l'amélioration de la santé** » (OMS, Banque mondiale, USAID 2003) pour le pays pendant une période définie, quel que soit le type d'établissement/organisme payeur pour les activités de santé. En d'autres termes, les CNS tiennent compte de **ce qui est fait plutôt que de qui le fait et où**.

Quelles sont ces activités ?

- SCS les définies comme les activités dont l'objectif principal est :
  - La promotion de la santé et la prévention des maladies
  - Le traitement des maladies et la réduction de la mortalité prématurée
  - La prestation de soins infirmiers aux personnes souffrant de maladies chroniques
  - La prestation de soins infirmiers aux personnes invalides et aux personnes souffrant d'incapacités
  - L'assistance aux patients pour leur permettre de mourir dignement
  - La gestion et l'administration de la santé publique
  - La gestion et l'administration de programmes de santé, des assurances maladie et autres régimes de financement de la santé

PI-R plus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 7 et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

■ L'expression « dépenses directes pour les soins de santé », qui combine ces deux concepts, fait référence à « toutes les dépenses finançant des activités dont le but principal est le rétablissement, le maintien et l'amélioration de la santé pour un pays et pour ses habitants au cours d'une période définie » (GE : page 20, 3.02).

La définition des « dépenses directes pour les soins de santé »?

- Toute dépense finançant des activités dont le but principal est le rétablissement, le maintien, et l'amélioration de la santé dans un pays au cours d'une période définie

PI-R plus

Ainsi, les équipes des CNS doivent commencer par déterminer si le **but principal** d'une activité cible la santé. Sur la base de cette distinction, les dépenses seront incluses dans les tableaux des CNS ou elles en seront exclues.

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 8 et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

Certaines dépenses traditionnellement exclues de la catégorie des dépenses de santé peuvent y être incluses dans le cadre des CNS. Par exemple, les dépenses pour la prestation de soins de santé par des entités qui ne sont pas considérées normalement comme appartenant au secteur de la santé – telles que les dépenses des ministères de l'éducation au titre des centres hospitaliers universitaires, qui sont exclues traditionnellement des estimations du total des dépenses pour les soins de santé – sont incluses dans les CNS. À l'inverse, certaines des activités des ministères de la santé ne sont pas comprises dans la définition des dépenses de santé des CNS. Par exemple, les hôpitaux peuvent fournir des services d'assistance sociale ou un ministère de la santé peut proposer des cours de recyclage professionnel ; bien que ces activités aient le potentiel d'améliorer la santé, leur but principal n'est pas l'amélioration de la santé. Elles ne devraient donc pas être considérées comme des dépenses de soins de santé et elles devraient être exclues des CNS.

Le formateur doit également souligner le fait que les CNS **ne font pas la distinction entre les activités de santé efficaces et les activités de santé inefficaces**. C'est le but de l'activité – non le résultat concret – qui est important.

Questions à discuter

Est-ce que les dépenses en rapport avec les activités suivantes du secteur de la santé doivent être incluses dans le CNS ? Justifiez votre réponse.

Questions 1a

Soins de santé dans les prisons administrés et payés par le Ministère de la Justice ?

Réponses possibles

Oui. Rappelez-vous que le CNS utilise une définition « fonctionnelle » des dépenses de santé ; par conséquent, elle comprend toutes les dépenses de santé, quel que soit le payeur.

Question 1b

Élimination des seringues et des gants usagés dans une clinique ?

Réponses possibles

Oui. Cette procédure a un impact sur la santé du milieu.

II. Définition des limites

Le formateur va maintenant devoir affiner davantage la définition des dépenses pour les soins de santé. Pour que les CNS puissent être gérés rationnellement, il faut établir des « limites » de dépenses. Une limite de dépense restreint ce qui peut être considéré comme une dépense de santé. Certaines dépenses peuvent satisfaire la définition fonctionnelle des soins de santé mais excéder les limites géographiques et temporelles fixées, ce qui les rendrait moins pertinentes pour le processus d'élaboration des CNS.

Limite géographique

Les limites géographiques dans le contexte des CNS sont basées sur le concept selon lequel les « **dépenses nationales de santé ne sont pas limitées aux activités qui se déroulent à l'intérieur des frontières d'un pays** » (GE : page 22, 3.12). Par conséquent, les dépenses encourues au titre des soins de santé par les citoyens et résidents de ce pays quand ils se trouvent temporairement à l'étranger sont comptées. Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers quand ils se trouvent dans le pays comptabilisant ses CNS sont généralement exclues. Il convient toutefois de noter que dans le cas de la Jordanie, il était dans l'intérêt des politiques de ce pays de développer le « tourisme médical » dans le cadre de son portefeuille du secteur de la santé.

Par conséquent, les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers ont été considérées comme tombant à l'intérieur des limites géographiques des CNS du pays.

Définir une limite géographique pour les dépenses de santé

- Ne se limitent pas à l'activité dans le pays lui-même :
  - INCLUT les dépenses des citoyens et résidents séjournant temporairement à l'étranger
  - EXCLUT les dépenses des ressortissants étrangers séjournant temporairement dans le pays (généralement sans importance pour les décideurs)
  - INCLUT les dépenses effectuées par les donateurs (à la fois en espèces et en nature) dont le but principal est de produire des biens et services directement ou indirectement et ce dans le domaine de la santé d'un pays
  - EXCLUT les dépenses effectuées par les donateurs pour la planification et l'administration d'une telle assistance en matière de soins de santé

PF-R plus

Un autre contexte dans lequel la définition d'une limite géographique est appropriée est l'assistance des bailleurs aux pays en développement. Si le but principal d'une organisation internationale est de fournir des biens et services de santé ou des biens et services en rapport avec la santé aux résidents du pays qui les reçoit, dans ce cas les dépenses directes (à la fois en espèces et en nature) associées à ces biens et services doivent être incluses. Les frais administratifs et généraux liés à des programmes de bailleurs doivent être exclus.

Question 2 à discuter

Quelle est la limite géographique de votre pays en ce qui concerne le CNS ? Justifiez votre réponse.

Réponses possibles

Question 2a à discuter

Inclurez-vous les dépenses de santé des ressortissants étrangers dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 2b à discuter

Quelles dépenses de donateurs capturerez-vous dans votre CNS ? Par exemple, exclurez-vous tous les coûts d'assistance administrative et technique étrangère ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question. Chaque équipe de pays doit répondre à cette question selon le contexte de son propre pays.

Limite temporelle

Quelle devrait être l'unité de temps pendant laquelle les dépenses seraient comptabilisées ? Il est important de préciser clairement quelle est cette limite : une année civile ou un exercice fiscal ? (GE : page 23-24, 3.13-3.14) Ceci est nécessaire parce que certaines entités (p. ex., l'État) communiquent leurs chiffres de dépenses à la fin de leur exercice fiscal tandis que d'autres (p. ex., dans le secteur privé) peuvent utiliser la fin de l'année civile pour annoncer leurs résultats. Un autre élément de la limite temporelle est la distinction qui existe entre le moment où l'activité se déroule et le moment du paiement correspondant à une telle activité. Les CNS utilisent la méthode comptable dite de **comptabilité d'exercice**, ce qui signifie que **la valeur des biens et des services doit être comptabilisée durant l'année pendant laquelle ils sont vendus et administrés, et non quand ils sont payés.** Par exemple, si une personne est hospitalisée pendant la dernière semaine d'un exercice fiscal et le paiement est effectué la semaine suivante (au début du nouvel exercice fiscal), le coût et le revenu associés à cette hospitalisation seront comptabilisés dans les registres du premier exercice fiscal (au moment où les services ont été rendus) et non quand le paiement a été effectué (pendant le nouvel exercice fiscal).

En utilisant ces grandes lignes, le formateur doit identifier d'autres exemples de dépenses qui sont ambiguës par nature et discuter si elles doivent être incluses ou non, et pourquoi.

Définir une limite temporelle

- Calendrier civile ou fiscale devrait-être spécifiée
- Les CNS utilisent la méthode de la comptabilité d'exercice, c. à d., :
  - Les biens et les services sont comptabilisés pendant l'année au cours de laquelle ils ont été fournis, et non pas pendant l'année au cours de laquelle ils ont été payés

PFRplus

Question 3a à discuter

Quelle est la limite du cadre temporel du CNS dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 3b à discuter

P. ex., pour quelle période (indiquez des dates) estimerez-vous les dépenses du CNS pendant cette phase du CNS ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question. Chaque équipe de pays doit répondre à cette question selon le contexte de son propre pays.

III. Critères d'inclusion des dépenses de santé

Les CNS n'incluent pas toutes les dépenses qui satisfont les critères indiqués plus haut (le but principal devant être la santé, les limites géographiques et temporelles). Il existe plusieurs autres critères qui facilitent l'établissement des CNS et leur compréhension.

- **Le seuil des deux pour cent** : le principe le plus important pour déterminer si certaines dépenses seront incluses ou non est « quelle est l'importance relative de ces dépenses ? » La règle générale est de les inclure si elles représentent plus de deux pour cent du total des dépenses de (soins de) santé du pays. Si elles représentent moins de deux pour cent, il n'est peut-être pas nécessaire de consacrer beaucoup de temps ou d'argent à mesurer de telles dépenses de façon précise. Des sommes tellement petites n'auraient guère de pertinence pour les choix politiques.
- **La pertinence pour les choix politiques** : il existe une exception au principe des deux pour cent. Étant donné que le but des CNS est d'informer les décisions politiques, les CNS doivent inclure toutes les dépenses de santé qui sont pertinentes pour les efforts en cours visant à la formulation de politiques de la santé dans les pays concernés. Les décideurs doivent être informés même des faibles montants de dépenses (moins de deux pour cent) lorsque certaines informations peuvent influencer la formulation de politiques, le choix entre plusieurs options politiques et l'évaluation des décisions politiques adoptées. L'équipe peut utiliser les thèmes politiques identifiés dans le deuxième module (Question à discuter 2) pour juger la pertinence politique.

Les critères de mesure des dépenses

- Le seuil des 2 % (principe de travail)
  - Ne pas se lancer dans des investigations trop lourdes pour une valeur ajoutée informationnelle faible
- Pertinence
  - En cas de doute, il faut inclure les dépenses représentant une grande valeur pour les décideurs

PHRplus

Autres critères à ne pas oublier :

- **Transparence** : il doit exister une documentation claire des sources de données sur les dépenses, des classifications et des définitions utilisées, et de tous les ajustements ou calculs. Typiquement, ceci nécessite la préparation d'un manuel écrit pour les estimations des CNS dans chaque pays. (Tout au long de l'atelier de formation, le formateur doit répéter le besoin de documentation sous forme écrite par les équipes des pays de toutes les

hypothèses méthodologiques et décisions qu'ils utilisent en élaborant les CNS – p. ex., les rumeurs non documentées de corruption au sein du secteur de la santé seraient exclues.)

- **Compatibilité avec les normes et pratiques internationales existantes** : les mesures des dépenses de santé doivent être compatibles avec les définitions et les classifications standard au plan international, telles que celles du Système des comptes nationaux et des statistiques financières de l'État. Les déviations par rapport à ces normes pour tenir compte de problèmes propres à certains pays doivent être clairement documentées.
- **Faisabilité de l'exercice** : en raison des limites en termes de temps et de ressources pour élaborer des CNS, il y a des pays qui ne pourront peut-être pas inclure certaines dépenses ou auront peut-être du mal à recueillir des données de la meilleure qualité sur certaines dépenses. Par exemple, un rapport de CNS comprenant une enquête auprès des ménages afin de déterminer leurs dépenses pour les soins de santé pourrait prendre plus de deux ans à réaliser et coûter des milliers de dollars. Par conséquent, chaque pays doit peser le pour et le contre en termes de temps à consacrer par rapport au niveau de qualité à atteindre lors de la planification d'exercices d'élaboration de CNS. Pour minimiser le temps nécessaire et le coût financier d'un exercice d'élaboration de CNS, l'équipe a le choix entre trois options :
  - Accepter une estimation approximative au lieu de données plus précises, et documenter clairement ce choix
  - Exclure les estimations approximatives
  - Exécuter la collecte des données nécessaires en tenant compte du temps et des ressources disponibles. Si de meilleures données deviennent disponibles ultérieurement, les CNS pour l'année concernée pourront faire l'objet d'une révision, ou une estimation plus précise pourra être utilisée lors d'une phase ultérieure de l'élaboration des CNS.

Les critères de mesure des dépenses

- Transparence
  - Explication claire de toutes les hypothèses et de tous les calculs dans le rapport des CNS
- Compatibilité internationale
  - Pour déterminer «quel est notre positionnement par rapport aux autres pays »
- Faisabilité de l'exercice
  - L'exercice doit pouvoir être effectué dans un délai raisonnable (par ex., un an) et à un coût raisonnable

PHRplus

IV. Questions à prendre en compte lors de la détermination des dépenses de santé

Il existe également des dépenses au sujet desquelles le responsable de la

comptabilisation des dépenses de santé doit réfléchir et pour lesquelles il doit utiliser son jugement personnel afin de décider lesquelles inclure et comment les traiter.

Utilisation du prix final du marché dans le secteur privé à but lucratif

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 13 et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

Lorsqu'il doit décider quelle somme a réellement été dépensée pour un produit ou service particulier vendu par le secteur privé à but lucratif, **le responsable de la comptabilisation des dépenses de santé doit utiliser le revenu total en conséquence de la vente du produit ou de la prestation du service au point final où ce produit ou service est consommé** (GE : page 183, 12.13). Ces prix du marché incluent tous les coûts intermédiaires ainsi que la valeur ajoutée à chaque étape de la production, comme les frais de main-d'œuvre (salaires, etc.), les dépenses d'investissement, les frais généraux et la maintenance. Par exemple, dans le cas des médicaments vendus par le secteur privé à but lucratif, c'est le chiffre d'affaires des pharmacies de vente au détail qui est utilisé, et non le chiffre d'affaires des sociétés pharmaceutiques ou de leurs distributeurs. Si un hôpital privé a un chiffre d'affaires brut de 100 millions de $, tous les 100 millions de $ doivent être inclus dans l'estimation des CNS, mais pas le chiffre d'affaires des entreprises qui fournissent à l'hôpital des matériels, des aliments, des équipements, etc.

Autres questions à prendre en compte lors de la détermination des dépenses de santé

- La production et la consommation du marché libéral (p. ex., secteur privé à but lucratif), on peut simplement considérer le montant total payé pour les activités au point de consommation
  - Cliniques privées: chiffre d'affaires de la clinique pas celui des des fournisseurs
  - Hôpitaux privés: chiffre d'affaire de l'hôpital, pas celui des fournisseurs de l'hôpital
  - Médicaments: chiffre d'affaire des pharmacies, pas des fabricants ou distributeurs de médicaments

PF-R plus

Que faire quand il n'existe pas de prix du marché ?

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 14 et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

(GE : page 184-185, 12.15-12.18)

De nombreuses activités en rapport avec la santé se déroulent en dehors de l'économie de marché et le consommateur final du produit ou du service ne paie souvent pas d'argent en échange d'un tel produit ou service. Mais cela ne veut pas dire que le produit ou service n'a pas de valeur. Incluons-nous ces activités ? Comment pouvons-nous les évaluer en termes monétaires ?

- **Biens et services de santé gratuits**

  Les biens et services de santé produits par des entités telles que les administrations publiques et les organisations à but non lucratif (p. ex., hôpital de mission) sont offerts gratuitement – ou à prix réduit – aux utilisateurs. Certains employeurs du secteur privé et certaines entreprises semi-publiques fournissent gratuitement des services de santé à leurs employés. Si un patient reçoit des soins de santé gratuits dans une clinique de l'État, d'une ONG ou de son entreprise, cela ne signifie pas qu'il n'existe pas de coûts financiers associés à l'administration de tels

soins. Le responsable de la comptabilisation des dépenses de santé pour les CNS doit recueillir des données auprès de l'entité concernée afin de déterminer combien d'argent elle dépense pour pouvoir fournir les biens et services en rapport avec les soins de santé.

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 15 et 16, et animez une discussion en incorporant des informations des Notes pour les présentateurs.

Que faire quand il n'existe pas de prix du marché?

- Biens et services de santé gratuits -- recueillir des données sur les dépense auprès de l'entité concernée
- Biens offerts à titre de don – prix du marché des biens
- Échanges et troc – prix du marché du poulet ou exclure si en dessous de 2%
- Soins on rémunérés -- exclure

PHRplus

- **Biens offerts à titre de don**

  Un autre exemple est l'assistance en nature des bailleurs consistant en vaccins ou équipements médicaux. Dans le cas de tels biens offerts à titre de don, le prix du marché du même article ou d'un article similaire serait utilisé pour estimer la valeur du bien offert à titre de don.

- **Échanges et troc**

  Dans de nombreux pays en développement, un prestataire de services de santé peut être rémunéré sans que de l'argent ne change de mains – par exemple, on peut le payer en lui donnant un poulet ou du riz. Ceci est très courant dans le cas des guérisseurs traditionnels.

  Le responsable de la comptabilisation des dépenses de santé pour les CNS peut donner une valeur monétaire à ces activités en déterminant le prix du marché pour le poulet ou un article équivalent qui est donné le plus souvent en paiement pour un service de santé. Une autre façon de procéder consiste à utiliser le prix payé aux guérisseurs traditionnels par leurs patients qui les payent en argent liquide. Si cette pratique n'est pas courante, cela signifie sans doute que cette activité ne franchit pas le « seuil des deux pour cent » et qu'elle doit donc être exclue.

Note pour les formateurs

Autres exemples de production non commercialisée et d'activités non rémunérées :

Associations à but non lucratif telles que celles qui gèrent des hôpitaux de missions et fournissent des soins de santé gratuits pour les patients.

Subventions et dons des bailleurs ou d'autres organisations caritatives visant à réduire le fardeau du ticket modérateur pour les patients.

- **Soins non rémunérés**

  Les activités non rémunérées en matière de soins de santé sont les soins infirmiers et autres administrés par des membres de la famille à un malade (GE : page 186, 12.22). Souvent, ces intrants sont très substantiels – par exemple, les soins à domicile pour les personnes âgées ou les personnes qui sont séropositives. Cependant, il faudrait beaucoup de temps pour essayer de comptabiliser de telles dépenses ; cela risquerait de prolonger de façon déraisonnable la durée de l'élaboration des CNS. En outre, il n'est pas facile d'attribuer une valeur monétaire à ces services. C'est pourquoi les soins de santé non rémunérés **ne sont généralement pas inclus dans les dépenses totales de santé** comptabilisées dans le cadre de travail des CNS.

Dépenses d'équipement

Deux aspects de la formation de capital doivent être incorporés à l'estimation des dépenses pour les soins de santé : la formation du capital immobilisé brut et son utilisation (GE : page 185-186, 12.19-12.21). Le terme « capital » fait référence aux biens qui ont une durée de vie utile de plus d'un an – par exemple, bâtiments, équipements et véhicules. Il existe deux façons possibles de comptabiliser les dépenses d'équipement. La première consiste à inclure le coût total du bien d'équipement pour l'année pendant laquelle il a été payé. Par exemple, si l'État a acheté une machine d'échographie et a agrandi un hôpital en 2006, le montant total de ces dépenses sera comptabilisé dans les CNS de 2006. La plupart des gouvernements des pays en développement comptabilisent les dépenses d'équipement de cette manière. La seconde façon de faire consiste à « amortir » les investissements de ce type. Cela signifie que l'on détermine la valeur de l'utilisation de l'équipement chaque année. Si l'on prend l'exemple de la méthode d'amortissement la plus simple, pour une machine d'échographie qui coûte 100 000 $ et a une durée de vie utile de cinq ans, la dépense serait amortie à raison de 20 000 $ par an (un cinquième du prix d'achat). Le responsable de la comptabilisation des dépenses de santé pour les CNS inclurait alors la dépense d'amortissement de 20 000 $ dans les CNS de l'année. La plupart des sociétés privées utilisent l'amortissement pour comptabiliser les dépenses d'équipement. Le module 4 explique comment les dépenses d'équipement ou de formation de capital sont classées et organisées dans le tableau des CNS. Notez que nous n'avons pas besoin de nous préoccuper des dépenses d'équipement dans le secteur privé à but lucratif étant donné que le coût de ces dépenses est reflété dans les prix qui sont facturés aux patients.

Dépenses d'équipement

- Biens d' équipement on une vie utile > 1 an
- Bâtiments, équipement, véhicules
- Pleinement amortie l'année où il a été acheté

PF-R plus

Autres questions à prendre en considération lors de la détermination de ce qui doit être inclus (suite)

- Formation et utilisation du capital
  - P. ex., les nouveaux équipements ou bâtiments doivent être comptabilisés pendant l'année au cours de laquelle l'achat a été effectué
  - Recommandation pour l'utilisation du capital : dans l'idéal, la valeur doit être répartie tout au long de la durée de vie du produit
  - La formation de capital dans le secteur de la santé est saisie séparément, sous les rubriques: fonctions liés à la santé

PF-R plus

V. Dépenses en rapport avec les soins de santé

En plus des dépenses « directes » pour les soins de santé, un pays peut décider d'inclure des dépenses en rapport avec des soins de santé qui sont importantes pour la détermination des politiques nationales (GE : page 23-24, 3.07-3.11, et Tableau 3.1). Les dépenses en rapport avec les soins de santé font référence aux activités qui peuvent concerner plusieurs disciplines, telles que l'éducation, les dépenses « sociales » en général, la recherche et le développement. Les activités en rapport avec la santé peuvent être étroitement liées aux soins de santé en termes d'exploitation, d'institutions et de personnel mais, dans la mesure du possible, elles doivent être exclues quand on mesure les activités associées directement aux fonctions de prestation de soins de santé[1]. Un exemple d'une activité en rapport avec la santé est la surveillance de la qualité de l'eau potable si son but principal est l'élimination des maladies d'origine hydrique. D'autres exemples sont montrés dans le Tableau 3.1. Enfin, il existe une autre catégorie d'activités, telles que la construction de grands systèmes d'adduction d'eau dans les villes dont le but principal est l'amélioration de l'accès des citadins à l'eau, qui ne sont ni des dépenses directes pour les soins de santé, ni des dépenses en rapport avec la santé, étant donné que leur but principal n'est pas d'améliorer la santé.

NOTE POUR LES FORMATEURS

Le formateur projette les diapositives 17 et 18, fait référence aux notes et discute les points indiqués.

Activités EN RAPPORT AVEC les soins de santé

- Il faut les distinguer des activités DIRECTES de soins de santé (qui ont été décrites jusqu'à ce point)
- Elles peuvent s'avérer être importantes pour les politiques nationales
- Elles « élargissent » la limite des dépenses – mais il ne faut pas utiliser une notion excessivement large de ce qui est « en rapport avec la santé »

Activités EN RAPPORT AVEC les soins de santé (suite)

- Qu'est ce qui caractérise une activité EN RAPPORT AVEC la santé ?
  - C'est une activité qui peut concerner d'autres domaines d'étude, tels que l'éducation, les dépenses « sociales » en général et la R&D-(recherche et développement)
  - Elle peut être étroitement liée aux soins de santé en termes d'opérations, d'institutions et de personnel. Mais, dans la mesure du possible, elle ne doit pas être prise en compte lors de la mesure des activités appartenant à la catégorie des fonctions DIRECTES du secteur de la santé

Un argument théorique peut être avancé pour dire que beaucoup de choses sont en rapport avec la santé : l'alimentation, le logement, l'emploi, la sécurité nationale, etc. Cependant, si toutes ces activités sont incluses, le rapport des CNS sera moins précis et, par conséquent, moins utile comme outil d'élaboration de politiques – et sa préparation serait alors une tâche presque impossible. Comme c'est le cas avec d'autres aspects des CNS – période couverte, montant des dépenses, soins non rémunérés, etc. – les équipes des CNS doivent fixer des limites pour l'inclusion des activités en rapport avec la santé.

[1] L'inclusion des dépenses en rapport avec la santé dans les tableaux des CNS est présentée séparément des dépenses directes pour les soins de santé. Le module 4, consacré à la compréhension des classifications et du cadre de travail des CNS, explique comment traiter cette distinction entre les dépenses directes pour les soins de santé et les dépenses en rapport avec la santé.

Tableau 3.1 Activités en rapport avec les soins de santé		
Activité	Incluse comme étant en rapport avec la santé	Ne sera probablement pas incluse comme étant en rapport avec la santé
Adduction d'eau et activités en rapport avec l'hygiène	Surveillance de la qualité de l'eau potable ; construction de systèmes de protection de l'eau pour éliminer les maladies à transmission hydrique	Construction et entretien de grands systèmes d'adduction d'eau dans les villes dont le but principal est l'accès des citadins à l'eau
Activités de soutien à la nutrition	Conseils en matière de nutrition et programmes de suppléments diététiques pour réduire la malnutrition infantile	Programmes généraux de déjeuners scolaires et subventions générales pour les prix des denrées alimentaires, dont les buts principaux sont l'aide aux familles défavorisées ou la sécurité alimentaire
Éducation et formation	Éducation médicale et formation sur le tas pour les agents de santé	Enseignement secondaire des futurs médecins et agents de santé
Recherche	Recherche médicale ; recherche concernant les services de santé pour améliorer la performance des programmes	Recherche scientifique de base en biologie et chimie

Source GE: page 23.
Note: un sujet d'importance pour les limites est les dépenses nationales pour la recherche pharmaceutique. Les comptables des comptes nationaux devraient déterminer si ces dépenses intéresse les décideurs, et si oui les inclurent.

Note pour les formateurs

Divisez la classe en groupes de cinq participants au maximum. Chaque groupe doit élire un rapporteur. Une ou deux questions doivent être posées à chaque groupe pour que ses membres les discutent. Au bout d'une vingtaine de minutes, reconstituez la classe, demandez à chaque groupe de lire les questions qui ont été discutées par les autres groupes, puis dites à chaque rapporteur de présenter les réponses de son groupe ainsi que les justifications de telles réponses.

Question 4 à discuter

Est-ce que le CNS de votre pays inclut de quelconques activités en rapport avec la santé ? Dans l'affirmative, lesquelles, et pourquoi (quel est l'intérêt pour les choix politiques) ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question. Chaque équipe de pays doit répondre à cette question selon le contexte de son propre pays.

À présent que les participants maîtrisent les concepts des dépenses de santé, ils sont prêts à apprendre et à appliquer les codes de classifications prescrits par la Classification internationale des comptes de la santé (International Classification of Health Accounts – ICHA).

VI. Application de ce module

Après avoir présenté et discuté les diapositives, le formateur doit prévoir une demi-heure pour discuter certaines des questions sur les limites présentées ci-dessous qui concernent un pays fictif. Ces questions forcent les participants à étudier de plus près si les activités décrites devraient être incluses dans les estimations des CNS ou non. Des réponses recommandées par le *Guide pour d'élaboration des CNS* sont également présentées à titre d'illustration. Cependant, au lieu de passer beaucoup de temps à comparer les réponses des participants aux réponses suggérées, le formateur doit étudier attentivement les réponses des participants et leurs justifications. Plus tard, les équipes de CNS des différents pays devront noter et enregistrer des types de justifications similaires quand elles détermineront les limites des dépenses pour les soins de santé dans leur propre pays.

Exercices sur les limites

Exercice 1

Une pénurie persistante de pluie a causé un assèchement substantiel de la rivière ManNa. En raison de la gravité de la sécheresse, il s'est avéré nécessaire de développer davantage les infrastructures d'adduction d'eau et d'hygiène du pays, ainsi que d'instituer des systèmes de surveillance et de contrôle des ressources en eau afin de s'assurer que l'eau est potable. En raison des effets préjudiciables de la sécheresse sur les ressources alimentaires du pays, le MdS a établi des programmes de nutrition dans le cadre desquels les mères enceintes et leurs enfants reçoivent des suppléments nutritionnels et vitaminiques. Certaines organisations de donateurs fournissent également une aide alimentaire. Les donateurs encourent des frais administratifs ainsi que des coûts d'acquisition des produits alimentaires lors de la mise en œuvre du programme d'alimentation.

Incluez-vous les dépenses de santé directes ou indirectes (précisez) concernant :

- ☐ L'infrastructure d'adduction d'eau et d'hygiène ?

Réponses

Non, elle est en dehors de la définition fonctionnelle de la santé parce que la construction et l'entretien de grands réseaux urbains d'approvisionnement en eau ont pour objectif principal de donner accès à l'eau à la population.

- La surveillance et le contrôle des ressources en eau ?

Réponses

Oui, bien que ce soit en dehors de la définition fonctionnelle des dépenses directes de santé, encore que l'on puisse les considérer comme des dépenses de santé « indirectes » parce que leur objectif principal est d'éliminer les maladies hydriques. Si ces fonctions sont importantes pour les choix politiques, il est possible de les inclure comme dépenses indirectes de santé (HCR.4).

- Les programmes d'assistance alimentaire ?

Réponses

Non, ils sont en dehors de la définition fonctionnelle de la santé parce que leur objectif principal est d'éliminer la faim et de fournir un soutien financier général – pas nécessairement pour améliorer la santé (effet secondaire des programmes d'assistance alimentaire).

- Les suppléments vitaminiques ?

Réponses

Oui, bien qu'ils soient en dehors de la définition fonctionnelle directe de la santé, si cela est important dans le cadre des choix politiques, ils pourraient être inclus comme dépense indirecte de santé (HCR.4) étant donné que ces suppléments visent à faciliter la récupération après une malnutrition aiguë.

- Les frais administratifs des donateurs (bureaux des donateurs dans le pays) ?

Réponses

Non, parce que les frais généraux des donateurs n'ont normalement rien à voir avec le pays. Les dépenses des donateurs (p. ex., embauche d'expatriés) ne reflètent pas les réalités financières locales et représentent une estimation excessive des coûts.

Exercice 2 :

La Banque mondiale a fait un prêt de trois millions de dollars à la Susmanie pour lui permettre d'améliorer son système de soins de santé primaires. Pouvez-vous inclure ce prêt et ses paiements d'intérêts dans les dépenses de santé ? Dans l'affirmative, quelles entités sont considérées comme la source des fonds pour le prêt et/ou pour les paiements d'intérêts ?

Réponses

Le prêt serait considéré comme une dépense du MdF parce que, à la différence des dons, les prêts sont remboursés par le gouvernement du pays. Les paiements d'intérêts doivent être inclus pendant l'année de leur échéance, mais il faut les placer dans la catégorie « autres » (comptabilité d'exercice et non de caisse).

Exercice 3

Les enquêtes sur les ménages ont révélé un recours important aux guérisseurs traditionnels. Une étude préliminaire de l'Association médicale montre que la plupart des traitements utilisés par les guérisseurs traditionnels ne sont pas efficaces. À la suite de cette étude, l'Association médicale offre des subventions pour étudier l'efficacité des médicaments administrés par les guérisseurs traditionnels. L'Association offre également des bourses aux étudiants qui s'engagent à aller travailler avec des guérisseurs traditionnels dans les régions rurales. Également en conséquence de cette étude, le MdS affecte certaines de ses ressources pour former les membres de son personnel afin de fournir des services d'une façon tenant mieux compte des sensibilités culturelles.

Incluez-vous comme dépenses de santé directes ou indirectes (précisez) :

- ☐ Les dépenses correspondant aux paiements pour des traitements inefficaces administrés par des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

Oui, si la principale raison de l'achat du traitement était d'améliorer la santé.

- ☐ Les dépenses correspondant à l'achat de porte-bonheur et de talismans ?

Réponses

La réponse est incertaine, mais de nombreux pays ont décidé de les inclure comme dépenses de santé parce que l'achat de tels objets a pour but d'améliorer le bien-être ou la santé de la personne qui les achète.

- ☐ Les règlements en nature/le commerce de troc en échange de services ?

Réponses

Oui, mais les paiements en nature doivent être comptabilisés à leur valeur actuelle. Ceci est généralement fait en allant au marché local pour déterminer la valeur de l'objet en question (poulet, etc.).

- ☐ Les subventions de recherche pour étudier les approches des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

Oui, elles peuvent être incluses comme dépenses en rapport avec la santé si l'objet principal de la recherche est d'améliorer la performance du programme. (HCR.3).

- ☐ Les bourses d'étude pour permettre aux étudiants de travailler avec des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

Non, parce que l'objectif principal de la bourse est d'éduquer l'étudiant et n'affecte pas directement la santé.

- Les ressources affectées à la formation des membres du personnel du MdS ?

Réponses

Oui, elles peuvent être incluses comme dépenses en rapport avec la santé (HCR.3).

Exercice 4 :

En Susmanie, les cliniques du secteur public conseillent aux patients de s'adresser à un hôpital spécialisé en soins secondaires et tertiaires. L'État rembourse l'hôpital pour les services par le biais d'un versement forfaitaire qui est payé pendant l'exercice fiscal suivant. En 2004, l'hôpital a acheté cinq dialyseurs pour traiter les patients supplémentaires envoyés par les cliniques ; l'État a remboursé l'hôpital en 2005.

Incluez-vous dans le CNS pour 2004 :

- Les frais encourus par les hôpitaux en 2004 que l'État a remboursés l'année suivante ?

Réponses

Oui, parce que le service a réellement été fourni en 2004. Le CNS utilise la méthode dite de « comptabilité d'exercice » pour définir ses limites temporelles.

- Les frais d'exploitation encourus pour l'achat d'équipements de diagnostic dans l'hôpital spécialisé ?

Réponses

Oui, les frais d'exploitation seront inclus comme dépense directe de santé.

- L'achat des cinq dialyseurs ?

Réponses

Il peut être inclus comme fonction en rapport avec la santé, sous la classification « HCR.1 Formation de capital pour les institutions prestataires de services de santé ».

Exercices 5

Tous les cinq ans, le MdS de Susmanie conduit une enquête sur l'utilisation des soins de santé par les ménages et leurs dépenses dans ce domaine. L'enquête la plus récente fut conduite en 2004. À présent, en 2006, l'équipe du CNS est en train de conduire la première phase du CNS. Les données recueillies sur les dépenses concernent l'année en cours, sauf dans le cas des dépenses des ménages au de frais médicaux hors remboursement. En plus du fait que ces données sont dépassées, la devise de la Susmanie (le Croûton) a beaucoup fluctué sur les marchés des changes internationaux.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses au titre de frais médicaux hors remboursement en 2004 ? Dans l'affirmative, comment ?

Réponses

Oui, sur la base des estimations de l'an 2000, les frais médicaux hors remboursement doivent être extrapolées pour l'année 2006 en utilisant les taux d'inflation/déflation annuels.

- ☐ Quel taux de change (au début de l'exercice 2006, à la fin de l'exercice 2006, la valeur de la devise en 2004, ou une autre période) utiliseriez-vous pour convertir le Croûton de la Susmanie en dollars US afin de permettre une comparaison internationale ?

Réponses

Le taux de change moyen pour 2006.

Exercice 6 :

Issatou Touré est une fonctionnaire de l'État qui cotise au Programme National d'Assurance. Elle a été diagnostiquée comme ayant une maladie très rare (corpuscules de Golgi et Mazzoni - infection des globules rouges) et nécessite une intervention chirurgicale. Son pays natal ne dispose d'aucun médecin ou établissement qui puisse effectuer cette opération extrêmement complexe. Issatou est transportée par avion à Paris, où elle est hospitalisée à l'hôpital Hôtel Dieu en vue du traitement. L'intervention fut un succès, mais elle doit rester longtemps à Paris pour sa convalescence post-opératoire. Sa famille passe trois mois avec elle à Paris. Toutes les dépenses médicales sont prises en charge par le Programme National d'Assurance.

Incluez-vous :

- ☐ Le prix des voyages par avion d'Issatou et de sa famille à Paris, et leur retour ?

Réponses

Oui, parce que le PNA paie les coûts dans le cadre du coût des soins de santé de Issatou. Notez que le CNS comprend les dépenses par les citoyens temporairement à l'étranger, que leurs soins soient payés par les intéressés ou par l'État.

- ☐ Les frais occasionnés par l'intervention chirurgicale ?

Réponses

Oui.

- ☐ Les frais occasionnés par les soins post-opératoires ?

Réponses

Oui.

- ☐ Les frais de séjour à l'hôpital ?

Réponses

Oui

- ☐ Les honoraires des médecins ?

Réponses

Oui.

- ☐ Les frais de séjour de la famille pendant trois mois à Paris?

Réponses

Non, parce qu'il ne s'agit pas de coûts en rapport direct avec la santé. En outre, les frais de séjour de la famille auraient été encourus par la famille quel que soit le pays.

Exercice 7 :

Grâce à son excellente infrastructure médicale, ainsi qu'à ses médecins et son personnel paramédical de haut niveau, la Susmanie est une destination naturelle pour le tourisme médical. En réalité, le gouvernement a consciemment pris la décision d'attirer des touristes médicaux de pays voisins. Entre autres choses, le MdS propose des arrangements subventionnés pour l'hébergement des familles et met à la disposition des patients des réseaux de financement efficaces pour faciliter le règlement des frais hospitaliers.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers en Susmanie ?

Réponses

Oui, parce que la collecte de ces informations est pertinente pour les choix politiques.

- ☐ Les subventions relatives à l'hébergement des membres des familles des touristes médicaux ?

Réponses

Oui, à nouveau, en raison de la pertinence politique de telles informations et parce que le MdS finance l'hébergement.

Exercice 8 :

Dans le pays voisin du DeKar, moins de un pour cent des dépenses totales de santé sont encourues par des ressortissants étrangers, et le MdS ne montre pas le moindre intérêt pour développer l'industrie du tourisme médical dans ce pays.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers au DeKar ?

Réponses

Non, parce que cette information n'est pas pertinente pour le pays et parce que le montant est inférieur au seuil recommandé de 2 %

Références

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 2000. *Un système de comptes de la santé*. Chapitres 1, 3, 5, 9, 10 et 11. Paris : OCDE (sur le CD des ressources pour les CNS)

Triplett, J.E. 1999. *What's Different about Health? Human Repair and Car Repair in National Accounts and in National Health Accounts*. Rotterdam : International Symposium on National Health Accounts, 4-5 juin 1999.

Organisation mondiale de la Santé. Mai 2001. « Principes des systèmes de comptes de la santé ». Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé, Banque mondiale et United States Agency for International Development. 2003. *Guide pour la production de comptes nationaux de la santé avec application spéciale pour les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé, 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 ; Systèmes de santé : Amélioration des performances*, Chapitres 4, 5. Genève, Suisse : OMS. (sur le CD des ressources pour les CNS)

Module 3

Diapositives associées à la présentation

1

PHR*plus*

Module 3 :
Définir les dépenses et leurs limites dans le cadre des CNS

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc., Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc., Program for Appropriate Technology in Health, SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc., Training Resources Group, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, University Research Co., LLC

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Connaître les éléments constitutifs des dépenses en matière de santé
- ▲ Se familiariser avec les limites fonctionnelles, géographiques et temporelles des dépenses de santé
- ▲ Être en mesure de déterminer de façon appropriée les dépenses exactes des soins de santé dans votre pays

PHR*plus*

3

Mesure des dépenses de santé

L'équipe des CNS doit être en mesure de définir les concepts suivants :

- ▲ Une dépense
- ▲ La santé
- ▲ La limite géographique des dépenses de santé
- ▲ La limite temporelle des dépenses de santé

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Avant de lire la diapositive, le formateur doit dire que « la décision de mesurer ou de ne pas mesurer certaines dépenses lors de l'estimation des dépenses de santé est un élément crucial de l'élaboration des CNS. »

Pour décider ce qui doit être mesuré et ce qui ne doit pas l'être, les analystes nationaux doivent tenir compte à la fois des conditions existant dans leur propre pays et de leur contribution aux comparaisons internationales et des bénéfices qu'ils pourraient en retirer.

4

L'importance d'une définition CLAIRE des dépenses de santé

- ▲ Elle réduit au minimum les écarts relatifs aux estimations de dépenses
- ▲ Elle facilite les comparaisons entre pays (il faut des définitions claires pour les pays; ces définitions devront être en accord avec les normes internationales)

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 1. En l'absence d'une définition claire, il est facile de trouver des problèmes dans une étude de CNS, ce qui réduit sa crédibilité et sa fiabilité.

Écrivez toutes les hypothèses de travail ; **notez exactement ce que vous mesurez – ceci sera répété tout au long de ce programme de formation.**

Point 2. Par exemple, en raison de l'absence d'une définition claire, certains pays ont traité tous les soins curatifs comme des soins en milieu hospitalier. Cette hypothèse est clairement fausse. Des soins curatifs peuvent aussi être administrés en dehors d'un hôpital ou pendant une visite dans un hôpital pendant la journée. Il est évident qu'une telle hypothèse a causé une estimation excessive du coût total des soins en milieu hospitalier pour ces pays.

5

Qu'est-ce qu'une dépense ?

- « Une mesure monétaire de la valeur de la consommation de biens et services dans un secteur particulier », en d'autres termes :
- Quel est le montant DÉPENSÉ pour un service ou un produit particulier ?

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 2. Souligne le fait que ces dépenses ont **déjà** eu lieu.

6

Que sont les soins de santé ?

« Des activités dont le but principal est le rétablissement, le maintien, et l'amélioration de la santé dans un pays au cours d'une période définie »

- Les CNS utilisent une définition FONCTIONNELLE
  - Les « activités » en rapport avec les soins de santé sont le concept clé ici, et ce QUEL QUE SOIT le prestataire de soins ou l'établissement/l'organisme payeur
- « Quel est le but principal de l'activité ? »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 2. Par conséquent, des entités qui ne sont pas, stricto sensu, des entités du secteur de la santé sont incluses : par exemple, avant l'adoption des CNS, les dépenses du MdE pour les centres hospitaliers universitaires étaient exclues du total des estimations de dépenses de santé. Maintenant, ces dépenses sont incluses. De même, certaines des activités du MdS n'entrent pas nécessairement dans la définition des dépenses de santé. Par exemple, le MdS peut contribuer au financement d'orphelinats. Étant donné que le but principal de l'orphelinat n'est pas d'améliorer la santé – mais de fournir un logement pour les orphelins – les CNS excluent cette dépense qui ne concerne pas la santé. Le MdS peut également financer des maisons de retraite – qui ne sont pas couvertes par la définition des soins de santé.

Point 3. Pour décider si une activité est une activité de santé, posez-vous la question : « Quel est le but principal ? »

7

Quelles sont ces activités ?

- SCS les définies comme les activités dont l'objectif principal est :
  - La promotion de la santé et la prévention des maladies
  - Le traitement des maladies et la réduction de la mortalité prématurée
  - La prestation de soins infirmiers aux personnes souffrant de maladies chroniques
  - La prestation de soins infirmiers aux personnes invalides et aux personnes souffrant d'incapacités
  - L'assistance aux patients pour leur permettre de mourir dignement
  - La gestion et l'administration de la santé publique
  - La gestion et l'administration de programmes de santé, des assurances maladie et autres régimes de financement de la santé

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Les CNS **ne font pas de distinction** entre les activités de santé efficaces et les activités de santé inefficaces. Le **but** de l'activité – non le résultat concret – est ce qui est important.

Et demandez à la classe que faire au sujet des points suivants : les soins de santé dans les prisons fournis et payés par le Ministère de la Justice (oui) ? L'élimination des seringues et des gants usagés dans les cliniques (oui : santé environnementale) ? Etc.

8

La définition des « dépenses directes pour les soins de santé »?

- Toute dépense finançant des activités dont le but principal est le rétablissement, le maintien, et l'amélioration de la santé dans un pays au cours d'une période définie

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Avec des diapositives ultérieures, le formateur discutera ce qui peut être fait pour des activités « en rapport avec la santé » - c. à d., qui améliorent indirectement les soins de santé (p. ex., services d'hygiène). En général, ces activités sont exclues ; cependant, si, dans le contexte politique d'un pays, on considère que ces activités s'intègrent aux activités du secteur de la santé, elles pourront être considérées comme des dépenses « en rapport avec la santé ».

9

Définir une limite géographique pour les dépenses de santé

- Ne se limitent pas à l'activité dans le pays lui-même :
  - INCLUT les dépenses des citoyens et résidents séjournant temporairement à l'étranger
  - EXCLUT les dépenses des ressortissants étrangers séjournant temporairement dans le pays (généralement sans importance pour les décideurs)
  - INCLUT les dépenses effectuées par les donateurs (à la fois en espèces et en nature) dont le but principal est de produire des biens et services directement ou indirectement et ce dans le domaine de la santé d'un pays
  - EXCLUT les dépenses effectuées par les donateurs pour la planification et l'administration d'une telle assistance en matière de soins de santé

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Point secondaire 1. Le Kenya voulait tenir compte de ses ressortissants à l'étranger parce que beaucoup d'entre eux vont se faire soigner à l'étranger quand ils sont séropositifs.

Point secondaire 2. Dans certains pays, par exemple la Jordanie, le tourisme médical est une industrie importante. Pour des raisons de choix politiques, le gouvernement voulait suivre les dépenses des ressortissants étrangers en Jordanie. Bien que ces dépenses soient en dehors de la limite géographique des dépenses de santé, les dépenses dans le cadre du tourisme médical peuvent être comptabilisées sous forme d'addendum joint aux CNS de base. Ceci satisferait les besoins d'élaboration des politiques tout en maintenant la compatibilité internationale.

Point secondaire 3. Exclut l'assistance des bailleurs, p. ex., le personnel d'une ambassade qui prépare un rapport sur les activités du programme pour le pays fournissant de l'assistance.

10

Définir une limite temporelle

- Calendrier civile ou fiscale devrait-être spécifiée
- Les CNS utilisent la méthode de la <u>comptabilité d'exercice</u>, c. à d., :
  - Les biens et les services sont comptabilisés pendant l'année au cours de laquelle ils ont été fournis, et non pas pendant l'année au cours de laquelle ils ont été payés

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Quelle est la période pour laquelle les dépenses doivent être comptabilisées ?

Pour la formation dans le pays même, le formateur peut demander quelle période est envisagée dans ce pays.

Comptabilité d'exercice ou comptabilité de caisse : si le paiement pour un service est effectué l'année après celle pendant laquelle le service a été rendu, la dépense doit être comptabilisée pendant l'exercice fiscal durant lequel le service a réellement été rendu.

11

Les critères de mesure des dépenses

- Le seuil des 2 % (principe de travail)
  - Ne pas se lancer dans des investigations trop lourdes pour une valeur ajoutée informationnelle faible
- Pertinence
  - En cas de doute, il faut inclure les dépenses représentant une grande valeur pour les décideurs

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 1. Le seuil des deux pour cent a été recommandé par des experts internationaux : si l'on estime qu'une dépense représente moins de 2 % du total des dépenses de santé, il n'est pas nécessaire de prendre le temps et de faire les efforts qui seraient nécessaires pour la comptabiliser. Des dépenses aussi faibles ne sont pas extrêmement pertinentes pour les choix politiques. Par exemple, dans un pays africain où PHR a apporté une assistance technique, l'équipe des CNS a hésité pendant un certain temps quant à la façon de comptabiliser les « masques de ventilation » utilisés dans les hôpitaux et même quant à la décision de les comptabiliser ou non. En fin de compte, il a été demandé à l'équipe s'il était vraiment nécessaire de comptabiliser cette dépense et si cela aurait des implications sur les choix politiques.

12

Les critères de mesure des dépenses

- Transparence
  - Explication claire de toutes les hypothèses et de tous les calculs dans le rapport des CNS
- Compatibilité internationale
  - Pour déterminer «quel est notre positionnement par rapport aux autres pays »
- Faisabilité de l'exercice
  - L'exercice doit pouvoir être effectué dans un délai raisonnable (par ex., un an) et à un coût raisonnable

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 2. Compatibilité internationale : les déviations par rapport à ces normes pour tenir compte de problèmes propres à certains pays **doivent être clairement documentées**.

Point 3. Le formateur voudra peut-être souligner le fait que la préparation d'un rapport de CNS à la méthodologie extrêmement solide peut prendre deux ans. Les données seront peut-être dépassées ou n'auront peut-être plus de valeur pour les décideurs lorsque l'étude sera terminée. Gardez cet équilibre entre temps et qualité présent à l'esprit.

13

Autres questions à prendre en compte lors de la détermination des dépenses de santé

- La production et la consommation du marché libéral (p. ex., secteur privé à but lucratif), on peut simplement considérer le montant total payé pour les activités au point de consommation
  - Cliniques privées: chiffre d'affaires de la clinique pas celui des des fournisseurs
  - Hôpitaux privés: chiffre d'affaire de l'hôpital, pas celui des fournisseurs de l'hôpital
  - Médicaments: chiffre d'affaire des pharmacies, pas des fabricants ou distributeurs de médicaments

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Production du marché : facile, parce que les producteurs du marché libre doivent couvrir toutes leurs dépenses intermédiaires, y compris la main-d'œuvre (c. à d., salaires), biens d'équipement utilisés et entretien.

14

Que faire quand il n'existe pas de prix du marché?

- Biens et services de santé gratuits -- recueillir des données sur les dépense auprès de l'entité concernée
- Biens offerts à titre de don – prix du marché des biens
- Échanges et troc – prix du marché du poulet ou exclure si en dessous de 2%
- Soins on rémunérés -- exclure

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

L'absence de prix du marché est un problème pour les entités qui produisent des soins de santé à un prix subventionné ou nul.

Par exemple, lorsque des bailleurs fournissent une assistance en nature comme des vaccins ou des équipements, le **prix du marché de ces biens dans le pays qui les reçoit** serait utilisé pour estimer le coût total.

Que se passe-t-il si les payements des usagers associés à des soins de santé reviennent au MdF ? Ils ne sont pas inclus dans le coût des services parce que la valeur du service produit est représentée par le coût de production des prestataires publics.

Le paiement à un guérisseur traditionnel se fait parfois sous forme de troc (poulet, riz, etc.). Le responsable de la comptabilisation des dépenses de santé doit décider comment donner une valeur monétaire à cette forme de paiement.

15

Dépenses d'équipement

- Biens d' équipement on une vie utile > 1 an
- Bâtiments, équipement, véhicules
- Pleinement amortie l'année où il a été acheté

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 2. Ici encore. Tenez compte du facteur temps. Si vous voulez comptabiliser ces dépenses, il sera difficile de terminer les CNS dans un délai raisonnable.

16

Autres questions à prendre en considération lors de la détermination de ce qui doit être inclus (suite)

- Formation et utilisation du capital
  - P. ex., les nouveaux équipements ou bâtiments doivent être comptabilisés pendant l'année au cours de laquelle l'achat a été effectué
  - Recommandation pour l'utilisation du capital : dans l'idéal, la valeur doit être répartie tout au long de la durée de vie du produit
  - La formation de capital dans le secteur de la santé est saisie séparément, sous les rubriques: fonctions liés à la santé

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 2. La consommation de capital fait référence à l'estimation de la valeur de l'**utilisation** des biens d'équipement. La valeur de l'actif immobilisé est consommée en partie pendant l'année de son achat ; toutefois, cet article, disons une machine d'échographie, a une certaine durée de vie utile. Par conséquent, dans l'idéal, la valeur monétaire devrait être distribuée sur toute la durée de vie utile du produit. L'équipe des CNS devrait donc estimer, si possible, l'**amortissement** comptabilisé pour le produit. Mais ceci n'est pas toujours réaliste dans la plupart des pays en développement.

17

Activités EN RAPPORT AVEC les soins de santé

- Il faut les distinguer des activités DIRECTES de soins de santé (qui ont été décrites jusqu'à ce point)
- Elles peuvent s'avérer être importantes pour les politiques nationales
- Elles « élargissent » la limite des dépenses – mais il ne faut pas utiliser une notion excessivement large de ce qui est « en rapport avec la santé »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur pourrait expliquer que, conceptuellement, beaucoup de choses sont en rapport avec la santé, y compris les aliments, le logement, l'emploi et la sécurité nationale. Mais si vous incluez **tout** ce qui a un rapport avec la santé, les CNS ne seraient plus un outil utile pour les décideurs – et la tâche n'aurait plus de limite.

18

Activités EN RAPPORT AVEC les soins de santé (suite)

- Qu'est ce qui caractérise une activité EN RAPPORT AVEC la santé ?
  - C'est une activité qui peut concerner d'autres domaines d'étude, tels que l'éducation, les dépenses « sociales » en général et la R&D-(recherche et développement)
  - Elle peut être étroitement liée aux soins de santé en termes d'opérations, d'institutions et de personnel. Mais, dans la mesure du possible, elle ne doit pas être prise en compte lors de la mesure des activités appartenant à la catégorie des fonctions DIRECTES du secteur de la santé

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit indiquer que c'est le pays lui-même qui devra décider en fin de compte ce qui constitue une activité de santé fondamentale et une activité en rapport avec la santé. Les définitions et les distinctions doivent être documentées soigneusement.

19

Exemples d'activités EN RAPPORT AVEC la santé

Type d'activité	Incluse comme étant en rapport avec la santé	Ne sera vraisemblablement pas incluse comme étant en rapport avec la santé
Activités de fourniture d'eau et d'hygiène	*Surveillance de la qualité de l'eau potable* : construction de systèmes de protection de l'eau pour éliminer les maladies à transmission hydrique	*Construction et entretien de grands systèmes municipaux de fourniture d'eau* dont le but principal est l'accès à l'eau pour les populations urbaines
Activités de soutien nutritionnel	*Programme de conseils en nutrition et de fourniture de suppléments d'alimentation* visant à réduire la malnutrition infantile	*Programmes universels de repas scolaires et de subventions pour les aliments de base*, dont les buts principaux sont l'aide aux personnes économiquement défavorisées
Éducation et formation	*Éducation médicale et formation sur le tas pour les travailleurs du secteur paramédical*	*Éducation secondaire reçue par les futurs médecins ou agents de santé*
Recherche	*Recherche dans le domaine des services de santé pour améliorer la performance des programmes**	*Recherche scientifique élémentaire* en biologie et en chimie

PHRplus

20

Exercice sur les limites

- Division en petits groupes (20 minutes)
  - Groupe 1 : Discutez et justifiez la réponse de votre groupe à la question 1
  - Groupe 2 : Discutez et justifiez la réponse de votre groupe aux questions 2 et 3
  - Groupe 3 : Discutez et justifiez la réponse de votre groupe à la question 4 et 5
  - Groupe 4: Discutez et justifiez la réponse de votre groupe à la question 6 et 7
- Choisissez un porte-parole pour rapporter vos conclusions
- Présentation et discutions

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Formations nationales et multinationales : le formateur voudra peut-être diviser la classe en groupes de cinq personnes (au maximum) pour discuter l'une des questions (pendant une vingtaine de minutes). Il devra aussi prévoir du temps pour permettre au porte-parole élu par chaque groupe de lire les réponses et de les justifier. Avant chaque présentation de rapport, donnez aux membres des autres groupes le temps de lire les questions qu'ils n'ont pas discutées. Les présentations de rapports et la discussion en classe devraient prendre environ une demi-heure.

21

Questions de Limites géographiques spécifique au Comptes Régionaux de la Santé

- Quel seront les limites géographiques des régions de votre pays?
  - Défini d'après la résidence des bénéficiaires ?
    - Souligne les différences régionales dans l'utilisation des services de santé
  - Défini par l'endroit ou les dépenses on été faites ?
    - Souligne l'utilisation des fonds par les autorités régionales

PHRplus

Module 3 - Exercices

Questions à discuter

Est-ce que les dépenses en rapport avec les activités suivantes du secteur de la santé doivent être incluses dans le CNS ? Justifiez votre réponse.

Questions 1a

Soins de santé dans les prisons administrés et payés par le Ministère de la Justice ?

Réponses possibles

Question 1b

Élimination des seringues et des gants usagés dans une clinique ?

Réponses possibles

Question 2a à discuter

Inclurez-vous les dépenses de santé des ressortissants étrangers dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 2b à discuter

Quelles dépenses de donateurs capturerez-vous dans votre CNS ? Par exemple, exclurez-vous tous les coûts d'assistance administrative et technique étrangère ?

Réponses possibles

Question 3a à discuter

Quelle est la limite du cadre temporel du CNS dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 3b à discuter

P. ex., pour quelle période (indiquez des dates) estimerez-vous les dépenses du CNS pendant cette phase du CNS ?

Réponses possibles

Question 4 à discuter

Est-ce que le CNS de votre pays inclut de quelconques activités en rapport avec la santé ?

Dans l'affirmative, lesquelles, et pourquoi (quel est l'intérêt pour les choix politiques) ?

Réponses possibles

Exercices sur les limites

Exercice 1 :

Une pénurie persistante de pluie a causé un assèchement substantiel de la rivière ManNa. En raison de la gravité de la sécheresse, il s'est avéré nécessaire de développer davantage les infrastructures d'adduction d'eau et d'hygiène du pays, ainsi que d'instituer des systèmes de surveillance et de contrôle des ressources en eau afin de s'assurer que l'eau est potable. En raison des effets préjudiciables de la sécheresse sur les ressources alimentaires du pays, le MdS a établi des programmes de nutrition dans le cadre desquels les mères enceintes et leurs enfants reçoivent des suppléments nutritionnels et vitaminiques. Certaines organisations de donateurs fournissent également une aide alimentaire. Les donateurs encourent des frais administratifs ainsi que des coûts d'acquisition des produits alimentaires lors de la mise en œuvre du programme d'alimentation.

Incluez-vous les dépenses de santé directes ou indirectes (précisez) concernant :

- ☐ L'infrastructure d'adduction d'eau et d'hygiène ?

Réponses

- ☐ La surveillance et le contrôle des ressources en eau ?

Réponses

- ☐ Les programmes d'assistance alimentaire ?

Réponses

- ☐ Les suppléments vitaminiques ?

Réponses

- ☐ Les frais administratifs des donateurs (bureaux des donateurs dans le pays) ?

Réponses

Exercice 2 :

La Banque mondiale a fait un prêt de trois millions de dollars à la Susmanie pour lui permettre d'améliorer son système de soins de santé primaires. Pouvez-vous inclure ce prêt et ses paiements d'intérêts dans les dépenses de santé ? Dans l'affirmative, quelles entités sont considérées comme la source des fonds pour le prêt et/ou pour les paiements d'intérêts ?

Réponses

Exercice 3 :

Les enquêtes sur les ménages ont révélé un recours important aux guérisseurs traditionnels. Une étude préliminaire de l'Association médicale montre que la plupart des traitements utilisés par les guérisseurs traditionnels ne sont pas efficaces. À la suite de cette étude, l'Association médicale offre des subventions pour étudier l'efficacité des médicaments administrés par les guérisseurs traditionnels. L'Association offre également des bourses aux étudiants qui s'engagent à aller travailler avec des guérisseurs traditionnels dans les régions rurales. Également en conséquence de cette étude, le MdS affecte certaines de ses ressources pour former les membres de son personnel afin de fournir des services d'une façon tenant mieux compte des sensibilités culturelles.

Incluez-vous comme dépenses de santé directes ou indirectes (précisez) :

- ☐ Les dépenses correspondant aux paiements pour des traitements inefficaces administrés par des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

- ☐ Les dépenses correspondant à l'achat de porte-bonheur et de talismans ?

Réponses

- ☐ Les règlements en nature/le commerce de troc en échange de services ?

Réponses

- ☐ Les subventions de recherche pour étudier les approches des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

- ☐ Les bourses d'étude pour permettre aux étudiants de travailler avec des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

- ☐ Les ressources affectées à la formation des membres du personnel du MdS ?

Réponses

Exercice 4 :

En Susmanie, les cliniques du secteur public conseillent aux patients de s'adresser à un hôpital spécialisé en soins secondaires et tertiaires. L'État rembourse l'hôpital pour les services par le biais d'un versement forfaitaire qui est payé pendant l'exercice fiscal suivant. En 2004, l'hôpital a acheté cinq dialyseurs pour traiter les patients supplémentaires envoyés par les cliniques ; l'État a remboursé l'hôpital en 2005.

Incluez-vous dans le CNS pour 2001 :

- ☐ Les frais encourus par les hôpitaux en 2004 que l'État a remboursés l'année suivante ?

Réponses

- ☐ Les frais d'exploitation encourus pour l'achat d'équipements de diagnostic dans l'hôpital spécialisé ?

Réponses

- ☐ L'achat des cinq dialyseurs ?

Réponses

Exercices 5 :

Tous les cinq ans, le MdS de Susmanie conduit une enquête sur l'utilisation des soins de santé par les ménages et leurs dépenses dans ce domaine. L'enquête la plus récente fut conduite en 2004. À présent, en 2006, l'équipe du CNS est en train de conduire la première phase du CNS. Les données recueillies sur les dépenses concernent l'année en cours, sauf dans le cas des dépenses des ménages au de frais médicaux hors remboursement. En plus du fait que ces données sont dépassées, la devise de la Susmanie (le Croûton) a beaucoup fluctué sur les marchés des changes internationaux.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses au titre de frais médicaux hors remboursement en 2004 ? Dans l'affirmative, comment ?

Réponses

- ☐ Quel taux de change (au début de l'exercice 2006, à la fin de l'exercice 2006, la valeur de la devise en 2004, ou une autre période) utiliseriez-vous pour convertir le Croûton de la Susmanie en dollars US afin de permettre une comparaison internationale ?

Réponses

Exercice 6 :

Issatou Touré est une fonctionnaire de l'État qui cotise au Programme National d'Assurance. Elle a été diagnostiquée comme ayant une maladie très rare (corpuscules de Golgi et Mazzoni - infection des globules rouges) et nécessite une intervention chirurgicale. Son pays natal ne dispose d'aucun médecin ou établissement qui puisse effectuer cette opération extrêmement complexe. Issatou est transportée par avion à Paris, où elle est hospitalisée au Royal College of Surgery en vue du traitement. L'intervention fut un succès, mais elle doit rester longtemps à Paris pour sa convalescence post-opératoire. Sa famille passe trois mois avec elle à Paris. Toutes les dépenses médicales sont prises en charge par le Programme National d'Assurance.

Incluez-vous :

- ☐ Le prix des voyages par avion de Issatou et de sa famille à Paris, et leur retour ?

Réponses

- ☐ Les frais occasionnés par l'intervention chirurgicale ?

Réponses

- ☐ Les frais occasionnés par les soins post-opératoires ?

Réponses

- ☐ Les frais de séjour à l'hôpital ?

Réponses

- ☐ Les honoraires des médecins ?

Réponses

- ☐ Les frais de séjour de la famille pendant trois mois à Paris ?

Réponses

Exercice 7 :

Grâce à son excellente infrastructure médicale, ainsi qu'à ses médecins et son personnel paramédical de haut niveau, la Susmanie est une destination naturelle pour le tourisme médical. En réalité, le gouvernement a consciemment pris la décision d'attirer des touristes médicaux de pays voisins. Entre autres choses, le MdS propose des arrangements subventionnés pour l'hébergement des familles et met à la disposition des patients des réseaux de financement efficaces pour faciliter le règlement des frais hospitaliers.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers en Susmanie ?

Réponses

- ☐ Les subventions relatives à l'hébergement des membres des familles des touristes médicaux ?

Réponses

Exercice 8 :

Dans le pays voisin du DeKar, moins de un pour cent des dépenses totales de santé sont encourues par des ressortissants étrangers, et le MdS ne montre pas le moindre intérêt pour développer l'industrie du tourisme médical dans ce pays.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers au DeKar ?

Réponses

Module 3 - Réponses

Questions à discuter

Est-ce que les dépenses en rapport avec les activités suivantes du secteur de la santé doivent être incluses dans le CNS ? Justifiez votre réponse.

Questions 1a

Soins de santé dans les prisons administrés et payés par le Ministère de la Justice ?

Réponses possibles

Oui. Rappelez-vous que le CNS utilise une définition « fonctionnelle » des dépenses de santé ; par conséquent, elle comprend toutes les dépenses de santé, quel que soit le payeur.

Question 1b

Élimination des seringues et des gants usagés dans une clinique ?

Réponses possibles

Oui. Cette procédure a un impact sur la santé du milieu.

Question 2 à discuter

Quelle est la limite spatiale de votre pays en ce qui concerne le CNS ? Justifiez votre réponse.

Réponses possibles

Question 2a à discuter

Inclurez-vous les dépenses de santé des ressortissants étrangers dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 2b à discuter

Quelles dépenses de donateurs capturerez-vous dans votre CNS ? Par exemple, exclurez-vous tous les coûts d'assistance administrative et technique étrangère ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question. Chaque équipe de pays doit répondre à cette question selon le contexte de son propre pays.

Question 3a à discuter

Quelle est la limite du cadre temporel du CNS dans votre pays ?

Réponses possibles

Question 3b à discuter

P. ex., pour quelle période (indiquez des dates) estimerez-vous les dépenses du CNS pendant cette phase du CNS ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question. Chaque équipe de pays doit répondre à cette question selon le contexte de son propre pays.

Question 4 à discuter

Est-ce que le CNS de votre pays inclut de quelconques activités en rapport avec la santé ?

Dans l'affirmative, lesquelles, et pourquoi (quel est l'intérêt pour les choix politiques) ?

Réponses possibles

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question. Chaque équipe de pays doit répondre à cette question selon le contexte de son propre pays.

Exercices sur les limites

Exercice 1 :

Une pénurie persistante de pluie a causé un assèchement substantiel de la rivière ManNa. En raison de la gravité de la sécheresse, il s'est avéré nécessaire de développer davantage les infrastructures d'adduction d'eau et d'hygiène du pays, ainsi que d'instituer des systèmes de surveillance et de contrôle des ressources en eau afin de s'assurer que l'eau est potable. En raison des effets préjudiciables de la sécheresse sur les ressources alimentaires du pays, le MdS a établi des programmes de nutrition dans le cadre desquels les mères enceintes et leurs enfants reçoivent des suppléments nutritionnels et vitaminiques. Certaines organisations de donateurs fournissent également une aide alimentaire. Les donateurs encourent des frais administratifs ainsi que des coûts d'acquisition des produits alimentaires lors de la mise en œuvre du programme d'alimentation.

Incluez-vous les dépenses de santé directes ou indirectes (précisez) concernant :

- ☐ L'infrastructure d'adduction d'eau et d'hygiène ?

Réponses

Non, elle est en dehors de la définition fonctionnelle de la santé parce que la construction et l'entretien de grands réseaux urbains d'approvisionnement en eau ont pour objectif principal de donner accès à l'eau à la population.

- ☐ La surveillance et le contrôle des ressources en eau ?

Réponses

Oui, bien que ce soit en dehors de la définition fonctionnelle des dépenses directes de santé, encore que l'on puisse les considérer comme des dépenses

de santé « indirectes » parce que leur objectif principal est d'éliminer les maladies hydriques. Si ces fonctions sont importantes pour les choix politiques, il est possible de les inclure comme dépenses indirectes de santé (HCR.4).

- Les programmes d'assistance alimentaire ?

Réponses

Non, ils sont en dehors de la définition fonctionnelle de la santé parce que leur objectif principal est d'éliminer la faim et de fournir un soutien financier général – pas nécessairement pour améliorer la santé (effet secondaire des programmes d'assistance alimentaire).

- Les suppléments vitaminiques ?

Réponses

Oui, bien qu'ils soient en dehors de la définition fonctionnelle directe de la santé, si cela est important dans le cadre des choix politiques, ils pourraient être inclus comme dépense indirecte de santé (HCR.4) étant donné que ces suppléments visent à faciliter la récupération après une malnutrition aiguë.

- Les frais administratifs des donateurs (bureaux des donateurs dans le pays) ?

Réponses

Non, parce que les frais généraux des donateurs n'ont normalement rien à voir avec le pays. Les dépenses des donateurs (p. ex., embauche d'expatriés) ne reflètent pas les réalités financières locales et représentent une estimation excessive des coûts.

Exercice 2 :

La Banque mondiale a fait un prêt de trois millions de dollars à la Susmanie pour lui permettre d'améliorer son système de soins de santé primaires. Pouvez-vous inclure ce prêt et ses paiements d'intérêts dans les dépenses de santé ? Dans l'affirmative, quelles entités sont considérées comme la source des fonds pour le prêt et/ou pour les paiements d'intérêts ?

Réponses

Le prêt serait considéré comme une dépense du MdF parce que, à la différence des dons, les prêts sont remboursés par le gouvernement du pays. Les

paiements d'intérêts doivent être inclus pendant l'année de leur échéance, mais il faut les placer dans la catégorie « autres » (comptabilité d'exercice et non de caisse).

Exercice 3 :

Les enquêtes sur les ménages ont révélé un recours important aux guérisseurs traditionnels. Une étude préliminaire de l'Association médicale montre que la plupart des traitements utilisés par les guérisseurs traditionnels ne sont pas efficaces. À la suite de cette étude, l'Association médicale offre des subventions pour étudier l'efficacité des médicaments administrés par les guérisseurs traditionnels. L'Association offre également des bourses aux étudiants qui s'engagent à aller travailler avec des guérisseurs traditionnels dans les régions rurales. Également en conséquence de cette étude, le MdS affecte certaines de ses ressources pour former les membres de son personnel afin de fournir des services d'une façon tenant mieux compte des sensibilités culturelles.

Incluez-vous comme dépenses de santé directes ou indirectes (précisez) :

- ☐ Les dépenses correspondant aux paiements pour des traitements inefficaces administrés par des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

Oui, si la principale raison de l'achat du traitement était d'améliorer la santé.

- ☐ Les dépenses correspondant à l'achat de porte-bonheur et de talismans ?

Réponses

La réponse est incertaine, mais de nombreux pays ont décidé de les inclure comme dépenses de santé parce que l'achat de tels objets a pour but d'améliorer le bien-être ou la santé de la personne qui les achète.

- ☐ Les règlements en nature/le commerce de troc en échange de services ?

Réponses

Oui, mais les paiements en nature doivent être comptabilisés à leur valeur actuelle. Ceci est généralement fait en allant au marché local pour déterminer la valeur de l'objet en question (poulet, etc.).

- ☐ Les subventions de recherche pour étudier les approches des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

Oui, elles peuvent être incluses comme dépenses en rapport avec la santé si l'objet principal de la recherche est d'améliorer la performance du programme. (HCR.3).

- Les bourses d'étude pour permettre aux étudiants de travailler avec des guérisseurs traditionnels ?

Réponses

Non, parce que l'objectif principal de la bourse est d'éduquer l'étudiant et n'affecte pas directement la santé.

- Les ressources affectées à la formation des membres du personnel du MdS ?

Réponses

Oui, elles peuvent être incluses comme dépenses en rapport avec la santé (HCR.3).

Exercice 4 :

En Susmanie, les cliniques du secteur public conseillent aux patients de s'adresser à un hôpital spécialisé en soins secondaires et tertiaires. L'État rembourse l'hôpital pour les services par le biais d'un versement forfaitaire qui est payé pendant l'exercice fiscal suivant. En 2004, l'hôpital a acheté cinq dialyseurs pour traiter les patients supplémentaires envoyés par les cliniques ; l'État a remboursé l'hôpital en 2005.

Incluez-vous dans le CNS pour 2001 :

- Les frais encourus par les hôpitaux en 2004 que l'État a remboursés l'année suivante ?

Réponses

Oui, parce que le service a réellement été fourni en 2004. Le CNS utilise la méthode dite de « comptabilité d'exercice » pour définir ses limites temporelles.

- Les frais d'exploitation encourus pour l'achat d'équipements de diagnostic dans l'hôpital spécialisé ?

Réponses

Oui, les frais d'exploitation seront inclus comme dépense directe de santé.

- L'achat des cinq dialyseurs ?

Réponses

Il peut être inclus comme fonction en rapport avec la santé, sous la classification « HCR.1 Formation de capital pour les institutions prestataires de services de santé ».

Exercices 5 :

Tous les cinq ans, le MdS de Susmanie conduit une enquête sur l'utilisation des soins de santé par les ménages et leurs dépenses dans ce domaine. L'enquête la plus récente fut conduite en 2004. À présent, en 2006, l'équipe du CNS est en train de conduire la première phase du CNS. Les données recueillies sur les dépenses concernent l'année en cours, sauf dans le cas des dépenses des ménages au de frais médicaux hors remboursement. En plus du fait que ces données sont dépassées, la devise de la Susmanie (le Croûton) a beaucoup fluctué sur les marchés des changes internationaux.

Incluez-vous :

- ☐ Les dépenses au titre de frais médicaux hors remboursement en 2004 ? Dans l'affirmative, comment ?

Réponses

Oui, sur la base des estimations de l'an 2004, les frais médicaux hors remboursement doivent être extrapolées pour l'année 2006 en utilisant les taux d'inflation/déflation annuels.

- ☐ Quel taux de change (au début de l'exercice 2006, à la fin de l'exercice 2006, la valeur de la devise en 2004, ou une autre période) utiliseriez-vous pour convertir le Croûton de la Susmanie en dollars US afin de permettre une comparaison internationale ?

Réponses

Le taux de change moyen pour 2006.

Exercice 6 :

Issatou Touré est une fonctionnaire de l'État qui cotise au Programme National d'Assurance. Elle a été diagnostiquée comme ayant une maladie très rare (corpuscules de Golgi et Mazzoni - infection des globules rouges) et nécessite une intervention chirurgicale. Son pays natal ne dispose d'aucun médecin ou établissement qui puisse effectuer cette opération extrêmement complexe. Issatou est transportée par avion à Paris, où elle est hospitalisée à l'hôpital Hôtel Dieu en vue du traitement. L'intervention fut un succès, mais elle doit rester longtemps à Paris pour sa convalescence post-opératoire. Sa famille passe trois mois avec elle à Paris. Toutes les dépenses médicales sont prises en charge par le Programme National d'Assurance.

Incluez-vous :

- Le prix des voyages par avion d'Issatou et de sa famille à Paris, et leur retour ?

Réponses

Oui, parce que le PNA paie les coûts dans le cadre du coût des soins de santé d'Issatou. Notez que le CNS comprend les dépenses par les citoyens temporairement à l'étranger, que leurs soins soient payés par les intéressés ou par l'État.

- Les frais occasionnés par l'intervention chirurgicale ?

Réponses

Oui.

- Les frais occasionnés par les soins post-opératoires ?

Réponses

Oui.

- Les frais de séjour à l'hôpital ?

Réponses

Oui

- Les honoraires des médecins ?

Réponses

Oui.

- Les frais de séjour de la famille pendant trois mois à Paris ?

Réponses

Non, parce qu'il ne s'agit pas de coûts en rapport direct avec la santé. En outre, les frais de séjour de la famille auraient été encourus par la famille quel que soit le pays.

Exercice 7 :

Grâce à son excellente infrastructure médicale, ainsi qu'à ses médecins et son personnel paramédical de haut niveau, la Susmanie est une destination naturelle pour le tourisme médical. En réalité, le gouvernement a consciemment pris la décision d'attirer des touristes médicaux de pays voisins. Entre autres choses, le MdS propose des arrangements subventionnés pour l'hébergement des familles et met à la disposition des patients des réseaux de financement efficaces pour faciliter le règlement des frais hospitaliers.

Incluez-vous :

- Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers en Susmanie ?

Réponses

Oui, parce que la collecte de ces informations est pertinente pour les choix politiques.

- Les subventions relatives à l'hébergement des membres des familles des touristes médicaux ?

Réponses

Oui, à nouveau, en raison de la pertinence politique de telles informations et parce que le MdS finance l'hébergement.

Exercice 8 :

Dans le pays voisin du DeKar, moins de un pour cent des dépenses totales de santé sont encourues par des ressortissants étrangers, et le MdS ne montre pas le moindre intérêt pour développer l'industrie du tourisme médical dans ce pays.

Incluez-vous :

- Les dépenses de santé encourues par des ressortissants étrangers au DeKar ?

Réponses

Non, parce que cette information n'est pas pertinente pour le pays et parce que le montant est inférieur au seuil recommandé de 2 %

4

Module 4

Compréhension des classifications et du cadre de travail des CNS

Note pour les formateurs

Ce module reprend les documents qui ont été présentés dans les deux premiers modules. Le formateur doit commencer chaque section du module en demandant aux participants de décrire brièvement ce dont ils se souviennent au sujet des différents thèmes évoqués – le Système de comptes de santé à l'origine des CNS, les principales classifications des CNS – avant de leur présenter des exposés plus détaillés et des travaux pratiques sur chaque sujet.

Les diapositives associées à la présentation qui accompagnent ce module sont divisées en quatre sections :

4a) Compréhension de la classification et des tableaux,

4b) Classification des sources de financement et des agents de financement,

4c) Classification des prestataires de soins de santé et des fonctions de santé, et

4d) Élaboration et lecture des tableaux.

Durée

Formation multinationale :

90 minutes pour la présentation des sources de financement et des agents de financement, et pour les exercices.

180 minutes pour la présentation des prestataires de soins de santé et des fonctions de santé, et pour les exercices.

Formation nationale :

90 minutes pour la présentation des sources de financement et des agents de financement, et pour les exercices.

180 minutes pour la présentation des prestataires de soins de santé et des fonctions de santé, et pour les exercices.

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- connaîtront la Classification internationale des comptes de santé (CICS) et son système de codes
- comprendront l'approche des CNS en ce qui concerne les classifications afin de permettre l'insertion de catégories appropriées pour leur propre pays dans le cadre des catégories plus générales de la CICS
- pourront identifier et classer les sources de financement et les agents de financement

Les objectifs de la présentation

- Se familiariser avec la Classification internationale des comptes de la santé (CICS) et son système de codification numérique
- Comprendre l'approche des CNS vis-à-vis des classifications pour permettre l'introduction de catégories appropriées pour chaque pays à l'intérieur des catégories plus générales identifiées par la CICS

Les objectifs de la présentation

- Identifier les sources et les agents de financement
- Classer les sources et les agents de financement en utilisant l'approche des CNS, tout en respectant les catégories de la CICS

Les objectifs de la présentation

- Identifiez les prestataires de soins et leurs fonctions
- Classer les prestataires de soins de santé et de leurs fonctions en utilisant l'approche des CNS, tout en respectant les catégories des CICS

Les objectifs de la présentation

- Comprendre la structure de chaque tableau
- Être en mesure de déterminer les en-tête des lignes et des colonnes de chaque tableau sur la base des CICS

- pourront identifier et classer les prestataires de soins de santé et les fonctions de soins de santé
- comprendront la structure de chaque tableau
- seront en mesure d'élaborer les tableaux et d'y placer des en-têtes en utilisant le système de codes de la CICS

Contenu

- Présentation générale de la Classification internationale des comptes de santé
- L'approche des CNS en ce qui concerne les classifications : flexibilité permettant de répondre aux besoins de chaque pays
- Classifications pour les sources de financement
- Classifications pour les agents de financement
- Classifications pour les prestataires de soins de santé
- Classifications pour les fonctions de santé
- Élaboration des tableaux

Exercices

- Identifier et classer les sources de financement, les agents de financement, les prestataires de soins de santé et les fonctions de santé.

I. La Classification internationale des comptes de santé

Note pour les formateurs

Montrez aux participants la liste des noms de la CICS pour les sous-catégories, ainsi que leurs codes respectifs. Une liste plus complète des classifications de la CICS se trouve dans *Un système de comptes de santé* (OCDE 2000).

Emploi du temps de l'atelier de formation : il est recommandé que les diapositives associées à la présentation soient projetées en deux séances de 45 minutes chacune – la première séance étant consacrée aux sources de financement et aux agents de financement (sous-section III et IV) et la seconde aux prestataires de soins de santé et aux fonctions (sous-sections V et VI).

Le formateur peut commencer ce module en rappelant aux participants que le « parent » des CNS est la Classification internationale des comptes de santé de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) (GE : page 6, 1.22 ; page 7, encadré 1.1).

Qu'est-ce que la classification internationale des comptes de la santé (CICS) ?

- Elle décrit les principales dimensions des dépenses pour la santé (p. ex., sources, agents de financement, prestataires de soins et fonction) – en termes de CATÉGORIES ayant des CARACTÉRISTIQUES COMMUNES
  - P. ex., les sources de financement peuvent être divisées selon les catégories suivantes :
    - Fonds publics
    - Fonds privés
    - Fonds du reste du monde

PHRplus

Chaque tableau des CNS classe les entités du secteur des soins de santé conformément aux codes de la CICS. Ce plan de classification décrit les principales dimensions d'un système de soins de santé (à savoir, sources de financement, agents de financement, prestataires de soins de santé et fonctions de santé) en termes de catégories dont le contenu a certaines caractéristiques en commun. Par exemple, les sources de financement de la santé peuvent être divisées en les catégories suivantes : « fonds publics », « fonds privés » et « fonds du reste du monde ». Avec ces catégories, la CICS offre un vocabulaire commun que les pays peuvent utiliser pour décrire les financiers, les acheteurs et les utilisateurs des soins de santé, ainsi que les services de santé eux-mêmes. L'emploi d'une norme acceptée dans le monde entier permet aux divers pays de faire des comparaisons entre la performance de leur système de santé et celle des systèmes de santé d'autres pays.

Qu'est-ce que la CICS ? (suite)

- Classification formulée par l'OCDE pour les Systèmes de comptes de la santé (SCS)
- Chaque tableau des CNS classe les entités du secteur de la santé en catégories, conformément à la CICS
- Étant donné qu'il s'agit d'une norme acceptée au niveau internationale, la CICS permet de comparer les dépenses en matière de santé de différents pays

PHRplus

Toutes les classifications et catégories de la CICS (et des CNS) ont leur propre code. Un code alphabétique est employé pour les quatre principales classifications utilisées par les CNS :

- Les sources de financement des dépenses de santé sont identifiées par les lettres *FS*[1] (Financing Sources)
- Les agents de financement sont identifiés par les lettres *HF* (Health Financing Agents)

L'approche de la CICS : les principales catégories

- Chaque catégorie commence par un code alphabétique :
  - Les « *Sources de financement* » sont identifiées par « FS », pour « Financing Sources»
  - Les « *Agents de financement* » sont identifiés par « HF », pour « Financing Agents »
  - Les « *Prestataires de soins de santé* » sont identifiés par « HP », pour « Health providers»
  - Les « *Fonctions de soins de santé* » sont identifiées par « HC », pour «Health Care Functions »

PHRplus

Cette catégorie n'était pas initialement incluse dans la CICS, mais est une classification additionnelle développé pour être utilisé dans le cadre des CNS.

- Les prestataires de soins de santé sont identifiés par les lettres *HP* (Health Providers)
- Les fonctions de santé sont identifiées par les lettres *HC* (Health Care Functions)

La CICS subdivise ces catégories générales en entités plus limitées, telles que les « fonds publics », qui sont désignées par un code numérique suivant les lettres. Par conséquent, dans l'en-tête de la ligne ou de la colonne de chaque tableau des CNS, la sous-catégorie est identifiée d'abord par :

- le code alphabétique correspondant aux principales catégories de la CICS, p. ex., « FS » pour les sources de financement,
- puis un code numérique, p. ex., « FS.1 »
- et enfin, le nom donné par la CICS à la sous-catégorie en question, p. ex., « FS.1 Fonds publics ».

L'approche de la CICS : spécification des entités à l'intérieur des principales catégories

- À l'intérieur de la catégorie générale (p. ex., les sources de financement), des entités particulières (p. ex., les fonds publics) sont identifiées par une lettre et un code numérique suivis du nom de la CICS
  - Procédure de codification des « fonds publics » (cf. documentation distribuée)
    - On commence par le code alphabétique en anglais, correspondant à la catégorie principale de la CICS ; par conséquent, «FS » pour Sources de financement
    - Ce code est suivi d'un code numérique ; par conséquent, «FS.1. »
    - Enfin, on ajoute le nom descriptif de la CICS pour cette sous-catégorie ; par conséquent, «FS.1. Fonds publics »

PHRplus

Note pour les formateurs

Soulignez le fait que l'équipe doit faire son possible pour conserver au moins les deux premiers niveaux (code à deux chiffres) d'une catégorie de la CICS avant d'ajouter des sous-catégories.

II. L'approche des CNS vis-à-vis des classifications

L'approche des CNS vis-à-vis des classifications

- Les CNS s'appuient sur l'approche des SCS (c. à d., CICS)
- Les CNS utilisent les classifications de la CICS mais permettent d'ajouter des « sous-catégories » pour tenir compte des spécificités des structures, en matière de soins de santé, de chaque pays

PHRplus

Comme cela a été expliqué dans le module 1, la CICS a été développée pour le Système des comptes de santé (SCS) qui avait été proposé pour les pays membres de l'OCDE. Les CNS constituent une adaptation du SCS pour répondre aux besoins des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires : la méthodologie des CNS commence par les classifications du SCS, mais elle permet une ventilation en un nombre plus élevé de catégories pour tenir compte de la nature pluraliste des systèmes de soins de santé des pays en développement. Ainsi, les CNS stipulent les critères suivants pour concevoir la structure des classifications du secteur de la santé d'un pays (GE : page 5, 1.19) :

- Dans la mesure du possible, il convient de respecter les normes et conventions internationales en vigueur, tout en étant suffisamment souple pour pouvoir répondre aux besoins politiques particuliers de chaque analyse nationale. Il est possible d'introduire des catégories appropriées pour le pays concerné, mais elles doivent s'inscrire dans le contexte des catégories générales de la CICS. Par exemple, prenez un pays qui souhaite comparer ses dépenses dans ses hôpitaux publics et dans ses hôpitaux privés :

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 8 à 12 de la présentation 4(a), référez-vous aux notes et discutez les points figurant sur chaque diapositive.

Note pour les formateurs

Tout au long de cette section, le formateur doit souligner l'importance du lien très fort entre l'approche des CNS et celle du Système de comptes de santé, ainsi que celle de son plan international de classification.

La CICS ne contient qu'une classification générale pour les hôpitaux, à savoir « H.P.1.1 Hôpitaux Généraux ». Ceci reflète la conception d'origine de la CICS pour les pays membres de l'OCDE, dont la plupart n'avaient que des prestataires de soins publics. Par conséquent, il n'y avait alors aucune raison, sur le plan de l'élaboration de politiques de la santé, de faire une distinction entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Cependant, cette classification est trop générale pour les besoins d'élaboration des politiques dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, qui ont des systèmes de santé plus pluralistes.

L'approche des CNS : les classifications doivent respecter certains critères

1. Respect, dans la mesure du possible, des normes et conventions internationales en vigueur (c. à d., CICS)
   - ▲ MAIS aussi être flexible afin de répondre aux besoins POLITIQUES spécifiques de l'analyse nationale
     - △ Par conséquent, possibilité d'introduction de catégories appropriées pour le pays MAIS dans le cadre des catégories générales identifiées par la CICS
       - ❖ P. ex., un code CICS pourrait être : HP 1.1. Hôpitaux généraux
       - ❖ Si un pays souhaite comparer les dépenses des hôpitaux publics et des hôpitaux privés, il peut ajouter des sous-catégories :
         - HP.1.1.1 Hôpitaux généraux publics
         - HP.1.1.2 Hôpitaux généraux non publics

PHRplus

- Lorsque des sous-catégories sont ajoutées, les deux premiers caractères du code doivent correspondre aux catégories de la CICS. Les chiffres qui suivent peuvent désigner la classification nationale appropriée plus ventilée. Par exemple, pour tenir compte de la distinction entre « public » et « privé » pour les hôpitaux, les CNS peuvent ajouter des sous-catégories :

  HP.1.1.1 = « Hôpitaux Généraux PUBLICS »

  HP.1.1.2 = « Hôpitaux Généraux NON PUBLICS »

L'approche des CNS : critères de classification (suite)

1. Suite : ajout de classifications secondaires :
   - ▲ Les deux premiers chiffres du code doivent correspondre aux catégories de la CICS.
     - △ Les chiffres suivants sont « nouveaux » et désignent la classification de « sous-catégorie » appropriée pour le pays

PHRplus

- Le formateur peut également indiquer qu'il est possible d'éliminer les catégories de la CICS qui ne sont pas pertinentes dans un pays particulier.
- Chaque catégorie doit être mutuellement exclusive et complète. Ceci garantit que chaque transaction de dépense pourra être placée dans une catégorie et dans une catégorie seulement.
- Le plan de classification doit être RÉALISABLE. En d'autres termes, la classification doit être claire et les données à recueillir doivent être disponibles.
- Dans la mesure où ces critères sont complémentaires, ils peuvent aussi être en contradiction les uns avec les autres. L'équipe des CNS doit résoudre cette contradiction de la façon qui préservera au mieux la pertinence politique des CNS.

L'approche des CNS : critères de classification (suite)

2. Toutes les catégories doivent être complètes et mutuellement exclusives
   - ▲ c. à d. que chaque transaction de dépense ne doit pouvoir rentrer que dans une –et une seule– catégorie
3. Chaque catégorie doit être réalisable – s'assurer de la disponibilité de données spécifiques

PHRplus

III. Identification et classifications pour les sources de financement

Comme cela a été indiqué dans le premier module, les sources de financement sont les financiers réels du système de soins de santé, et elles répondent à la question « d'où vient l'argent ? » Le Tableau 4.1 illustre des catégories et des sous-catégories typiques pour les sources de financement. Dans les quatre tableaux suivants, les lignes claires sont des classifications de la CICS. Les lignes foncées illustrent de nouvelles sous-catégories possibles appropriées pour les priorités du pays.

Tableau 4.1: Classification CNS des Sources de Financement (FS)

Code	Description
FS.1	**Fonds publics**
FS.1.1	Fonds des administrations publiques
FS.1.1.1	Revenus de l'administration centrale
FS.1.1.2	Revenus de l'administration régionale et municipale
FS.1.2	**Autres fonds publics**
FS.1.2.1	Rentabilité des actifs détenus par une entité publique
FS.1.2.2	Autres
FS.2	**Fonds privés**
FS.2.1	Fonds des employeurs
FS.2.2	Fonds des ménages
FS.2.3	Institutions à but non lucratif au service des ménages
FS.2.4	Autres fonds privés
FS.3	**Fonds du reste du monde**

Note pour les formateurs

Avant de projeter la diapositive 3 de la présentation 4(b), discutez les notes associées à la diapositive. Puis projetez la diapositive et continuez la présentation.

Note pour les formateurs

Dites aux participants de se référer au tableau des classifications de la CICS du module 4.

Les sources de financement sont divisées en trois catégories générales : fonds publics, fonds privés et fonds du reste du monde. **Certaines catégories et sous-catégories suscitent généralement des questions des participants** ; le formateur doit être prêt à expliquer les points suivants :

Sous la rubrique « FS.1 Fonds publics » (GE : page 45 4.22-4.23 ; page 270, B.05-B.08) :

- **Fonds des administrations publiques** : cette catégorie comptabilise tous les fonds produits comme recettes générales des administrations territoriales. Ceci fait généralement référence aux contributions du Ministère des Finances aux soins de santé. Les recettes des administrations territoriales comprennent les impôts qui sont affectés aux soins de santé mais sont perçus comme taxes à la valeur ajoutée (p. ex., les loteries nationales qui financent des programmes de santé particuliers) et/ou impôts sur le revenu et impôts fonciers. Notez que cette classification ne comprend pas les impôts sur les salaires perçus par l'administration pour financer la sécurité sociale, qui est généralement comptabilisée sous la rubrique « Fonds des employeurs ».

Sous la rubrique « FS.2. Fonds privés » (GE : page 45, 4.24 ; page 271-272, B.10-B.18) :

- **Fonds des employeurs** : fait référence aux contributions des employeurs privés au programme d'assurance « privée » d'un employé ou à des « régimes de sécurité sociale » (généralement obligatoires).
- **Fonds des employeurs du secteur para-public** : décrit les entreprises semi-publiques ou les entreprises industrielles et commerciales de l'État, comme une compagnie aérienne nationale. Si un pays décide d'identifier les dépenses du secteur para-publique, il peut le faire en ajoutant cette sous-catégorie. Le degré d'autonomie de cette entreprise para-publique par rapport au gouvernement détermine son inclusion dans la catégorie des fonds privés ou publics

La rubrique « **Fonds du reste du monde : FS.3** » inclut les fonds destinés aux soins de santé qui sont fournis par les bailleurs internationaux ou bilatéraux qui sont des partenaires du pays concerné (GE : page 45, 4.25 ; page 272, B.19).

IV. Identification et classifications des agents de financement

Le Tableau 4.2 présente des catégories et des sous-catégories dans un exemple de classification des CNS pour les agents de financement, c'est-à-dire pour les entités qui ont le contrôle programmatique de la façon dont les fonds sont dépensés (GE : page 38,-40 4.03-4.09).

Tableau 4.2 : Classification CNS des Agents de Financement

Code	Description
HF.A	**Secteur public**
HF.1.1	Administrations publiques
HF.1.1.1	Administration centrale
HF.1.1.1.1	Ministere de la Santé
HF.1.1.2	Administrations d'Etats fédérés/de provinces
HF.1.1.3	Administrations locales/municipales
HF.1.2	**Administrations de sécurité sociale**
HF.2.1.1	Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires
HF.2.5.1	Sociétés paraétatiques
HF.B	**Secteur non public**
HF.2.1.2	*Régimes d'assurance des employeurs privés*
HF.2.2	Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)
HF.2.3	Versements directs des ménages privés
HF.2.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)
HF.2.5.2	*Compagnies et entreprises privées non paraétatiques (autre que l'assurance maladie)*
HF.3	**Reste du monde**

Question 1 à discuter

Que sont les assurances sociales, et quand sont-elles censées être privées ou publiques ?

Réponse :

Pour simplifier, une assurance impose par le gouvernement (par décret ou loi) est considérée come une assurance sociale. Le type de gestion des fonds d'assurances détermine s'il s'agit d'assurances sociales publiques ou privés.

Note pour les formateurs

Avant de projeter la diapositive 5 de la présentation 4(b), discutez les notes associées à la diapositive. Puis projetez la diapositive et continuez la présentation.

Note pour les formateurs

Dites aux participants de se référer au tableau laminé des classifications de la CICS du module 4.

Note pour les formateurs

Rappelez aux participants que, comme dans le cas du tableau des sources de financement des CNS, les lignes claires correspondent aux catégories de la CICS. Les lignes foncées énumèrent de nouvelles sous-catégories possibles qui reflètent des priorités additionnelles de certains pays. Notez que des ministères particuliers, tels que celui de la santé, peuvent être ajoutés comme sous-catégories.

Le formateur doit donner des explications plus détaillées sur certaines de ces sous-catégories (GE : page 39, 6.06 ; en bas de page N° 6) :

- **Administration de sécurité sociale**: ce sont des programmes généraux d'assurances sociales financés par les cotisations obligatoires du secteur formel pour des parties importantes de la population. Les fonds de la sécurité sociale peuvent inclure des services sans rapport direct avec la santé, comme les pensions, qui doivent être exclus de l'estimation des dépenses de santé.
- **Assurances sociales privées** : ce sont des programmes qui sont obligatoires pour certains groupes de personnes. Cette catégorie comprend des programmes d'assurances établis par l'État pour les fonctionnaires seulement (p. ex., une assurance maladie pour les fonctionnaires qui peut exister en dehors des régimes généraux de la sécurité sociale). Ils peuvent également inclure des mutuelles (mutuelles de santé) qui appartiennent à leurs adhérents et sont contrôlées par ceux-ci, mais qui peuvent aussi recevoir des contributions de l'État.
- **Sociétés d'assurances privées (hors assurances sociales)** : il s'agit à la fois des compagnies d'assurances à but lucratif et des compagnies d'assurances à but non lucratif auxquelles l'adhésion est facultative pour le bénéficiaire et qui ne reçoivent pas de contributions de l'État.
- **Sociétés et firmes privées (autres que les compagnies d'assurance maladie)** : cette sous-catégorie comprend les sociétés qui administrent leur propre programme de soins de santé pour leurs employés mais dont le but principal est la production de biens ou services pour le marché – non la prestation de soins de santé. Elle pourrait également inclure les entreprises para-publiques qui offrent des soins de santé aux membres de leur personnel.

Note pour les formateurs

Avant de présenter cette section, demandez aux participants de décrire leur compréhension des assurances sociales.

Note pour les formateurs

S'il s'agit d'un programme de formation national, projetez la diapositive 9 et demandez aux participants de faire les exercices des diapositives 6 et 8 de la présentation 4(b).

S'il s'agit d'un programme de formation multinational, demandez aux participants de préparer leurs propres classifications nationales après la classe et discutez-en le lendemain.

Formation national, exercice 1

Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Comment trieriez-vous ces entités – sources ou agents de financement ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Formation national, exercice 2

Comment classifiez vous les sources et agents de financement de votre pays (en prenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées.

Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Formation national, exercice 3

Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Comment trieriez-vous ces entités – prestataires et fonctions ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Formation national, exercice 4

Comment classifiez vous les prestataires et fonctions de votre pays (en prenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Exercice Formation Multinational 1

Classez les entités dont les noms suivent dans les catégories suivantes : Sources de financement, et Agents de financement.

Services médicaux des Forces Armées
Fondation Santé (ONG)
Ménages
Agence de développement International (IDA)
Ministère de l'Éducation
Ministère des Finances
Ministère de la Santé
Ministère de la Justice
Compagnie aérienne nationale
Programme National d'Assurances (PNA)
Commission du Pétrole et du Gaz naturel
Firmes privées, p. ex., Coca-Cola
Assurance privée Inc.

NOTA : certaines entités peuvent être à la fois une source de financement et un agent de financement – p. ex., le MdS et les administrations territoriales. Ceci dépend du contexte du pays et de la nature des fonds reçus et affectés. Cependant, c'est un bon point de départ pour les équipes nationales. Cette liste peut être modifiée et mise à jour au fur et à mesure que l'équipe en apprend davantage sur son système de santé tout en recueillant les données.

Note pour les formateurs

Prévoyez une heure pour faire cet exercice

Note pour les formateurs

Si des participants posent des questions sur les prestataires de soins de santé ou sur les fonctions de santé, demandez-leur d'attendre. Ces deux points seront traités plus tard.

Exercice Formation Multinational 2

Affectez les codes de l'CICS aux entités ci-dessus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Commencez cet exercice en demandant à la classe de dessiner un organigramme du système de soins de santé du pays, ou simplement d'énumérer toutes les entités importantes dans le secteur de la santé. Ensuite, la classe devrait discuter tour à tour chacune des entités pertinentes de la liste et la classer comme agent de financement ou source de financement (les prestataires de soins de santé et les fonctions de santé seront traités plus tard).

Il est préférable de faire ceci sur des tableaux à feuilles mobiles.

Ces deux questions prennent généralement environ deux heures pour la classe parce que les concepts des FS et HF sont complexes, et il faut que les participants comprennent bien la structure du système de santé.

Les participants peuvent les énumérer dans les tableaux vierges fournis pour cet exercice.

Réponses aux exercices 1 et 2

Services médicaux des Forces Armées (Agent de financement – HF.1.1.1 Administration centrale sauf Régimes de sécurité sociale, Prestataire – dépend du type d'administration de service)

Fondation Santé (FS.2.3.1 Institutions à but non lucratif – Health Foundation et HF. 2.4 – Institutions à but non lucratif au service des ménages)

Ménages (Sources de financement FS.2.2 – Fonds des ménages et Agents de financement HF.2.3 – Frais médicaux, hors remboursement des ménages)

Agence de développement international (IDA) (FS.3 – Reste du monde et HF.3 – RdM)

Ministère de l'Éducation (Agent de financement HF.1.1.1.2 – Revenus de l'Administration centrale – Ministère de l'Éducation)

Ministère des Finances (Source de financement FS.1.1 – Fonds des collectivités territoriales)

Ministère de la Santé (Agent de financement HF.1.1.1.1 – Revenus de l'Administration centrale – MdS ou peut être [rarement] une source de financement FS.1.1.1 – MdS)

Ministère de la Justice (Agent de financement HF.1.1.1.3 – Revenus de l'Administration centrale – Ministère de la Justice)

Compagnie aérienne nationale (le plus souvent un Agent de financement HF.2.5.1 – Entreprise publique, en fonction de son degré d'autonomie, peut être classée secteur public ou secteur privé. Occasionnellement peut être classée comme une source, FS.1.3. (Recommandé par le GE)

Programme national d'assurances (Agent de financement HF.1.2.1 – À l'intérieur des Régimes de sécurité sociale – assurance sociale publique)

Commission du Pétrole et du Gaz naturel (le plus souvent un Agent de financement HF.2.5.1 – Entreprise publique, en fonction de son degré d'autonomie, la commission peut être classée secteur public ou secteur privé. Occasionnellement, elle peut être classée comme une source FS.1.3)

Firmes privées (Source de financement FS.2.1 –Fonds des employeurs)

Assurance privée Inc. (Agent de financement – HF.2.2 Compagnies d'assurances privées)

V. Identification et classifications des prestataires de soins de santé

Les « Prestataires de soins de santé » sont les entités qui fournissent ou administrent des soins de santé et des services en rapport avec la santé. Il s'agit de la réponse à la question « qui » fournit des services de santé ou « où » ces services sont-ils fournis (GE : page 41-44, 4.10-4.19).

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 3 de la présentation 4(c) pour le texte initial, et discutez-en avec les participants.

Les catégories de la CICS pour les prestataires de soins de santé comprennent un certain nombre d'entités de pertinence limitée pour de nombreux pays. Par exemple, certains pays ne disposent pas d'établissements offrant des soins infirmiers ou résidentiels de longue durée avec hébergement. Mais d'autres pays ont des types de prestataires de soins de santé pour lesquels la CICS n'a pas créé de catégories. La CICS ne divise pas la classification des prestataires de soins de santé par type de statut juridique, alors que cette ventilation pourrait être utile en raison du contexte politique de nombreux pays. Par exemple, les propriétaires de centres communautaires de soins ambulatoires peuvent être des organisations à but non lucratif, des administrations publiques ou d'autres structures. Pour résoudre ce problème, une équipe de CNS nationale peut éliminer des catégories de la CICS qui ne sont pas appropriées pour son pays ou ajouter des sous-catégories dont elle a besoin.

Le Tableau 4.3 montre une liste de catégories de prestataires de soins de santé de la CICS.

Le formateur voudra peut-être aussi expliquer certaines des catégories suivantes :

- **Cabinets de médecins**. Cette catégorie fait référence aux praticiens dans le secteur de la santé qui ont un diplôme de docteur en médecine, ou un diplôme équivalent, et dont le travail consiste principalement en la pratique indépendante de la médecine en tant que généraliste ou spécialiste. Ces catégories font référence aux cabinets essentiellement « privés » des médecins.
- **Cabinets dentistes**. Comme la catégorie des « cabinets médicaux », cette catégorie fait principalement référence aux cabinets dentaires indépendants.

- **Cabinets d'autres professionnels de santé**. Cette catégorie peut inclure des cabinets indépendants d'autres praticiens de la santé, tels que les chiropracteurs et les optométristes. Une sous-catégorie peut être incluse pour désigner les prestataires de soins de santé de la « médecine traditionnelle ».
- **Pharmacies**. Toutes les pharmacies (publiques et privées).
- **Fourniture et gestion de programmes de santé publique**. Cette catégorie comprend la gestion et la fourniture de programmes de santé publique par le secteur public et le secteur privé.
- **Administration générale de la santé et assurance maladie**. Cette catégorie comprend les établissements engagés essentiellement dans la réglementation des activités des organismes qui fournissent des soins de santé et une assurance maladie (p. ex., les organismes qui réglementent l'octroi de permis d'exercer pour les prestataires de soins de santé, la sécurité sur le lieu de travail, etc.).

Encadré 4.3: Classifications CNS des prestataires	
Code	Description
HP.1	**Hôpitaux**
HP.1.1	Hôpitaux généraux
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)
HP.1.4	*Hôpitaux pratiquant une médecine autre que allopathique (médecine chinoise, Ayurveda, etc.)*
HP.2	**Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement**
HP.2.1	Maisons médicalisées
HP.2.2	Etablissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes
HP.2.3	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées
HP.2.9	Autres établissements de soins avec hébergement
HP.3	**Prestataires de soins ambulatoires**
HP.3.1	Cabinets de médecins
HP.3.2	Cabinets de dentistes
HP.3.3	Cabinet d'autres professionnels de santé
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires
HP.3.4.1	Centres de planning familial
HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes
HP.3.4.3	Centres indépendants de chirurgie ambulatoire
HP.3.4.4	Centres de dialyse
HP.3.4.5	Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnées
HP.3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et centres de soins intégrés
HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic
HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile
HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires
HP.3.9.1	Service d'ambulance
HP.3.9.2	Banques de sang et d'organes
HP.3.9.3	*Médecins pratiquant une médecine alternative ou traditionnelle*
HP.3.9.9	Autres services de soins ambulatoires
HP.4	**Détaillants et autres distributeurs de soins médicaux**
HP.4.1	Pharmacies
HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique
HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs
HP.4.4	Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optique et les appareils auditifs)
HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux
HP.5	**Fourniture et gestion de programmes de santé publique**
HP.6	**Administration générale de la santé et de l'assurance maladie**
HP.6.1	Administration publique de santé
HP.6.2	Régimes de sécurité sociale
HP.6.3	Autres programmes d'assurance sociale
HP.6.4	Autres régimes d'assurance (privés)
HP.6.9	Autres institutions chargées de l'administration de la santé
HP.7	**Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)**
HP.7.1	Etablissements prestataires de médecine du travail
HP.7.2	Ménages privés prestataires de soins à domicile
HP.7.3	Autre producteurs secondaires des soins de santé
HP.8	***Institutions fournissant des services sanitaires connexes***
HP.8.1	*Institutions de recherche*
HP.8.2	*Institutions d'enseignement et de formation*
HP.8.3	*Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes*
HP.9	**Reste du monde**
HP.nsk	***Prestataire non spécifié par type***

VI. Classifications des fonctions

La catégorie « Fonctions » décrit « quels » types de services sont fournis, à la différence de la catégorie des prestataires de soins de santé, qui fait référence à « qui » ou « quoi » fournit des soins. Le Tableau 4.4 énumère les catégories et les sous-catégories de la CICS et des CNS dans la classification des fonctions (GE : page 25, 3.15-3.20).

Exemple

Le besoin de classification pour les prestataires de soins de santé se manifeste de façon aiguë dans le cas des soins curatifs et des soins primaires. En l'absence d'un système de classification ou de définitions claires, les soins fournis en milieu hospitalier sont souvent considérés comme des soins curatifs et les soins ambulatoires sont assimilés aux soins primaires. Cette hypothèse est incorrecte : tous les soins aux patients hospitalisés ne sont pas forcément curatifs, et tous les soins ambulatoires ne sont pas forcément primaires. La classification des différents types de soins et des endroits où ils sont administrés évitera de telles hypothèses erronées à l'avenir.

Le formateur doit donner plus d'explications sur certaines des classifications fonctionnelles.

- **Soins curatifs en hospitalisation de jour** : cette catégorie comprend des services tels que la chirurgie pour des patients en hospitalisation de jour, la dialyse et les soins oncologiques qui ne nécessitent pas une hospitalisation de plus de quelques heures (autrement ils seraient considérés comme des soins en milieu hospitalier).
- **Soins curatifs ambulatoires** : cette catégorie comprend les soins de santé ambulatoires fournis par des médecins dans les établissements ou cliniques offrant des services de soins de santé ambulatoires – p. ex., un hôpital peut avoir une clinique offrant des soins ambulatoires à des patients non hospitalisés.
- **Services médicaux et diagnostiques courants** : cette catégorie comprend des examens de routine, des évaluations médicales, la prescription de médicaments, les conseils ordinaires aux patients, les conseils en matière de nutrition, les injections et les vaccinations (s'ils ne sont pas couverts par des programmes publics de soins de santé préventifs).
- **Fonctions sanitaires connexes** : seule la formation de capital (p. ex., construction et équipement de locaux de prestataires de soins de santé) sera incluse dans l'estimation des dépenses totales de santé. HCR.1-5 ne doit être ajouté qu'à l'estimation des dépenses générales de santé (qui couvrent plus de dépenses *en rapport avec* la santé), et non dans l'estimation des dépenses totales de santé.

Encadré 4.4 : Nomenclature proposée pour les fonctions de soins de santé	
Code	**Description**
HC.1	**Services de soins curatifs**
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostiques courants
HC.1.3.2	Soins dentaires ambulatoires
HC.1.3.3	Autres soins de santé spécialisés
HC.1.3.4	Autres soins curatifs ambulatoires
HC.1.4	Services de soins curatifs à domicile
HC.2	**Services de réadaptation**
HC.2.1	Réadaptation en milieu hospitalier
HC.2.2	Réadaptation en hospitalisation de jour
HC.2.3	Réadaptation en mode ambulatoire
HC.2.4	Services de réadaptation à domicile
HC.3	**Services de soins de longue durée**
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3	Soins de longue durée à domicile
HC.4	**Services auxiliaires**
HC.4.1	Laboratoires d'analyses médicales
HC.4.2	Imagerie diagnostique
HC.4.3	Transports sanitaires et secours d'urgence
HC.4.9	Autres services auxiliaires
HC.5	**Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires**
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables
HC.5.2.1	Lunetterie et autres produits d'optique
HC.5.2.2	Appareils orthopédiques et autres prothèses
HC.5.2.3	Appareils auditifs
HC.5.2.4	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants
HC.5.2.9	Autres biens médicaux durables
HC.6	**Services de prévention et de santé publique**
HC.6.1	Santé maternelle et infantile ; services de planning familial et de consultations
HC.6.2	Services de médecine scolaire
HC.6.3	Prévention des maladies transmissibles
HC.6.4	Prévention des maladies non transmissibles
HC.6.5	Médecine du travail
HC.6.9	Autres services de santé publique
HC.7	**Administration de la santé et assurance maladie**
HP.7.1	Administration générale de la santé : administrations publiques
HC.7.1.1	Administration générale de la santé : adm. publiques (sauf sécurité sociale)
HC.7.1.2	Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale
HP.7.2	Administration de la santé et assurance maladie : organismes privés
HC.7.2.1	Administration de la santé et assurance maladie : assurance sociale
HC.7.2.2	Administration de la santé et assurance maladie : autres organismes privés
HC.nsk	***Dépenses de santé non spécifiées par catégorie***
HCR.1-5	**Fonctions sanitaires connexes**
HC.R.1	Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé
HC.R.2	Éducation et formation du personnel de santé
HC.R.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HC.R.4	Contrôles sanitaires (dentées alimentaires, hygiène, eau potable)
HC.R.5	Hygiène du milieu
HC.R.nsk	***HC.R Dépense non spécifiée par catégorie***

Note pour les formateurs

Demandez aux participants d'examiner la liste des fonctions dans le document sur la CICS qui leur a été distribué.

Exercice Formation Multinational 3

Classez les entités dont les noms suivent dans les catégories suivantes : Prestataires et Fonctions.

Administration du Programme National d'Assurances
Transports par ambulance
CATSCAN (scanner)
Soins dentaires
Soins infirmiers pour personnes âgées
Clinique de planification familiale
Programme de prévention et d'éducation de santé
Appareils auditifs
Soins curatifs en milieu hospitalier
Tests de Laboratoire
Centre hospitalier universitaire
Sage-femme
Pharmacies privées
Salaires du personnel du MdS
Salaires des médecins
Guérisseur traditionnel
Clinique de gynécologie/obstétrique

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives associées à la présentation et animez la discussion.

Exercice Formation Multinational 4

Affectez les codes de l'CICS aux entités ci-dessus

Réponses aux exercices 3 et 4

Administration du Programme National d'Assurances (Fonction HC.7.2.1 – Administration de la santé et assurance maladie ; assurance sociale)

Transports par ambulance (Fonction HC.4.3 – Transports sanitaires et secours d'urgence)

CATSCAN (Fonction HCR.1 – Formation de capital pour les institutions prestataires de services de santé)

Soins dentaires (Fonction HC.1.3.2 – Soins dentaires ambulatoires)

Soins infirmiers pour personnes âgées (Fonction HC.3.3 – Soins de longue durée)

Clinique de planification familiale (Prestataire HP 3.4.1 – Centres de planification familiale)

Programme de prévention et d'éducation de santé (Fonction HC.6 – Services de prévention et de santé publique)

Appareils auditifs (Fonction HC.5.2.3 – Appareils auditifs)

Tests de Laboratoires d'analyses médicales (Fonction HC.4.1 – Laboratoires d'analyses médicales)

Centre hospitalier universitaire (HP.1.2 – Centres hospitaliers universitaires)

Sage-femme (Prestataire HP.3.3.1 – Cabinets d'autres professionnels de la santé – sage-femme)

Cliniques privées (Prestataire – HP.3.1.1 – Cabinets de médecins privés)

Pharmacies privées (Prestataire HP.4.1.1 – Pharmacies privées)

Salaires du personnel du MdS (Fonction HC.7.1.1 – Administration centrale de la santé)

Salaires des médecins* (question piège !) Les salaires doivent être divisés proportionnellement entre les classifications fonctionnelles des soins en milieu hospitalier et en mode ambulatoire. Idem pour la maintenance.

Guérisseur traditionnel (Prestataire HP 3.9.3 – Cabinets d'autres professionnels de la santé – Guérisseurs traditionnels)

Clinique de gynécologie/obstétrique (Prestataire HP.3.4.9 – Tous les autres centres collectifs de soins ambulatoires et intégrés)

VII. Dépenses ne pouvant pas être classées

Un plan de classification complet comprend une catégorie pour chaque type de dépense, mais dans la pratique il n'existe parfois pas assez de données pour remplir toutes les catégories. Le plan de la CICS tient compte de ce problème en incluant une catégorie supplémentaire appelée « Dépenses de santé non spécifiées par catégorie », ou « n.s.k. ». Cependant, le recours à cette catégorie doit être limité au minimum parce qu'un emploi excessif de cette catégorie compromettrait la validité des estimations. Comme les CNS sont préparés périodiquement, la qualité des données peut être améliorée progressivement et la catégorie n.s.k. pourra alors être éliminée du processus de classification (GE : page 44, 4-19).

Question supplémentaire

Comment classeriez-vous les activités ci-dessous dans le cas d'une classification fonctionnelle ?

Les bailleurs de fonds ont communiqués leurs dépenses selon la ventilation suivante :	Classification CNS ?
Services de soins primaires Services de soins secondaires/tertiaires Formation Recherche Information, éducation et communication Administration	

Réponse :

Les bailleurs de fonds ont communiqués leurs dépenses selon la ventilation suivante :	Classification CNS ?
Services de soins primaires	HC 1.3 Soins curatifs ambulatoires
Services de soins secondaires/tertiaires	HC 1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier
Formation	H.CR 2 Éducation et formation du personnel de santé
Recherche	(HCR 3 Recherche et développement dans le domaine de la santé)
Information, éducation et communication	HC 6.9 Tous les autres services de santé publique
Administration	Administration de la santé et assurance maladie – organismes privés (HC.7.2)/non inclus*

* cela dépends de si ce sont des dépenses en administration dans le système sanitaire ou l'administration interne des bailleurs

VIII. Application de ce module : comment travailler avec les tableaux des CNS

Définissez/expliquez les estimations de dépenses totales pour la santé

Les CNS ont trois estimations possibles des dépenses de santé qu'un pays peut vouloir mesurer (GE : page 26-27, 3.22-3.25).

Dépenses totales actuelles pour la santé (DTAS) – cette catégorie fait seulement référence aux dépenses directes pour la santé. Elle exclut toutes les dépenses *en rapport avec* les soins de santé. Ceci comprend les dépenses pour les soins de santé personnels, plus les dépenses pour les services de santé de groupe et pour l'administration des agents de financement du système.

Dépenses totales pour la santé (DTS) – cette catégorie comprend toutes les dépenses directes pour la santé ainsi qu'une fonction en rapport avec la santé, à savoir, la formation de capital. Chaque fois que nous mentionnons les DTS, c'est la définition à laquelle nous faisons référence en particulier.

Dépenses nationales pour la santé (DNS) – Cette estimation totale répond le mieux aux besoins et aux préoccupations des décideurs. Elle peut inclure ou non certaines fonctions en rapport avec la santé de HC.R.2-5.

Les quatre tableaux de base

Une série de neuf tableaux sont utilisés pour illustrer les flux de fonds entre les principales catégories de soins de santé (sources de financement, agents de financement, prestataires de soins de santé, fonctions, etc.). Il est recommandé que les équipes des pays travaillent au moins avec les quatre premiers tableaux :

Le Tableau 1 montre le transfert des fonds pour la santé des sources de financement aux agents de financement.

Le Tableau 2 montre le transfert des fonds pour la santé des agents de financement aux prestataires de soins de santé.

Le Tableau 3 montre le transfert des fonds pour la santé des agents de financement aux fonctions de santé.

Le Tableau 4 montre le transfert des fonds pour la santé des prestataires de soins de santé aux fonctions de santé.

Lecture des tableaux des CNS

Le formateur doit utiliser deux des tableaux pour illustrer comment lire un tableau de CNS. Essentiellement, le formateur doit expliquer les points suivants :

Flux à l'intérieur d'un tableau :

- Les fonds sont transférés de haut en bas, depuis les « originateurs » (en-têtes de colonnes) à destination des « bénéficiaires/utilisateurs » (en-têtes des lignes)
- Le montant total dépensé par chaque « originateur » est montré au bas de chaque colonne.
- Le montant total reçu par chaque « bénéficiaire/utilisateur » est inclus à la fin de chaque ligne.

Flux entre les tableaux :

- Le flux des fonds à travers toutes les principales catégories d'entités de soins de santé peut être suivi d'un tableau à un autre en appliquant ces règles :
- Les en-têtes des **lignes** d'un tableau deviennent les en-têtes des **colonnes** ou originateurs du tableau suivant.
- Par conséquent, les totaux des **lignes** du premier tableau deviennent les totaux des **colonnes** du deuxième tableau.
- Les dépenses totales pour la santé (DTS) sont le nombre contenu dans la case du coin inférieur droit de chaque tableau. Ce nombre est le même dans tous les tableaux. (Ceci est différent du total des dépenses nationales pour la santé, qui comprend les fonctions en rapport avec la santé.)

Tableaux supplémentaires

En plus des quatre principales dimensions des soins de santé qui ont été traitées ci-dessus (c. à d., les sources de financement, les agents de financement, les prestataires de soins de santé et les fonctions), les CNS suggèrent des catégories supplémentaires, telles que :

- **Les groupes de bénéficiaires** font référence aux groupes de personnes qui reçoivent des biens et des services de santé. Ces groupes peuvent être constitués en fonction de leur statut socioéconomique (SSE), du lieu de leur résidence (R) (p. ex., urbain ou rural), de leur âge (A) ou de leur sexe (S). Une classification par groupes de bénéficiaires permet d'effectuer une analyse significative de l'affectation des ressources, de l'équité et des questions de distribution en matière de dépenses de santé (GE : page 52-53, 5.06).
- **Les problèmes de santé, maladies, interventions (D)** font référence à la classification des dépenses pour la santé en fonction de mesures particulières de la santé et des maladies, ou de questions politiques, comme les interventions dans les domaines du VIH/sida, du paludisme ou de la santé reproductive (GE : page 65, Tableau 5.8).
- **les intrants (I)** comprennent des types particuliers d'intrants utilisés pour fournir des services, tels que la main-d'œuvre, les médicaments et autres produits pharmaceutiques, et les équipements médicaux.

Ces classifications supplémentaires peuvent être utilisées pour organiser les informations sur les dépenses pour la santé d'une façon capable de tenir compte de priorités importantes en termes de politiques de la santé. Par exemple, les décideurs voudront peut-être affecter les ressources de façon plus équitable entre les régions géographiques ; dans un tel cas, une ventilation des groupes de bénéficiaires entre zones rurales et urbaines pourrait être utile. Ces informations sur les dépenses, quand elles sont combinées à d'autres données, telles que les informations sur les résultats concrets pour la santé, peuvent produire de meilleures indications pour permettre de répondre à la question de savoir si les dépenses et services actuels se traduisent en gains de santé adéquats.

Cinq tableaux supplémentaires sont proposés en utilisant ces nouvelles catégories :

- La ventilation des dépenses totales actuelles pour la santé entre tranches d'âges et sexes (HF x A/G) (GE : page 57, 5.26 ; page 63, Tableau 5.6)
- La ventilation des dépenses pour la santé entre les régions (HF x R) (GE : page 58, 5.31 ; page 66, Tableau 5.9)
- La ventilation des dépenses actuelles pour la santé par agents de financement pour la population classée par quintile de dépenses par ménage et par tête d'habitant (HF x SES) (GE : page 57, 5.27 ; PG : page 64, Tableau 5.7)

- L'affectation de différents types d'intrants par agents de financement (HF x I) : la classification des intrants s'applique aux biens qui sont utilisés pour produire des soins de santé et des services en rapport avec la santé (GE : page 65, Tableau 5.8)
- La ventilation des dépenses actuelles pour la santé par agents de financement pour la population classée par groupes de maladies (HF x GBD)

Le formateur doit indiquer que tous les tableaux supplémentaires illustrent les flux de fonds depuis les « agents de financement » à destination d'un « groupe de bénéficiaires ». Le formateur peut demander à la classe pourquoi les agents de financement sont les mêmes dans tous ces tableaux. La raison principale remonte à la définition des agents de financement – qui sont les entités qui ont le « contrôle » sur la façon dont les ressources sont affectées. Par conséquent, d'un point de vue politique, les agents de financement jouent un rôle crucial en contrôlant comment les ressources sont dépensées entre les divers groupes de bénéficiaires.

Références

Organisation pour la coopération et le développement économiques. 2000. *Un système de comptes de la santé*. Paris. OCDE. (Sur le CD des ressources des CNS)

PHR*plus*. 2003. *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process*. Exposé introductif à l'intention des décideurs. Bethesda, MD: PHR*plus*, Abt Associates Inc. (Sur le CD des ressources des CNS)

Module 4

Diapositives associées à la présentation

1

PHR*plus*

Module 4 a :
Compréhension des classifications et des tableaux

USAID

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by: Abt Associates Inc. and partners: Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc.; Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Se familiariser avec la Classification internationale des comptes de la santé (CICS) et son système de codification numérique
- ▲ Comprendre l'approche des CNS vis-à-vis des classifications pour permettre l'introduction de catégories appropriées pour chaque pays à l'intérieur des catégories plus générales identifiées par la CICS

PHR*plus*

3

Qu'est-ce que la classification internationale des comptes de la santé (CICS) ?

- Elle décrit les principales dimensions des dépenses pour la santé (p. ex., sources, agents de financement, prestataires de soins et fonction) – en termes de CATÉGORIES ayant des CARACTÉRISTIQUES COMMUNES
  - P. ex., les sources de financement peuvent être divisées selon les catégories suivantes :
    - Fonds publics
    - Fonds privés
    - Fonds du reste du monde

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

La CICS est une sorte de « système de nomenclature » pour les dépenses de santé. Elle donne à tous les pays un langage commun pour décrire les financiers, les acheteurs et les utilisateurs de soins de santé, ainsi que les services eux-mêmes.

4

Qu'est-ce que la CICS ? (suite)

- Classification formulée par l'OCDE pour les Systèmes de comptes de la santé (SCS)
- Chaque tableau des CNS classe les entités du secteur de la santé en catégories, conformément à la CICS
- Étant donné qu'il s'agit d'une norme acceptée au niveau internationale, la CICS permet de comparer les dépenses en matière de santé de différents pays

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit souligner l'importance du SCS et ses liens avec les CNS.

5

L'approche de la CICS : les principales catégories

- Chaque catégorie commence par un code alphabétique :
  - Les « *Sources de financement* » sont identifiées par « FS », pour « Financing Sources»
  - Les « *Agents de financement* » sont identifiés par « HF », pour « Financing Agents »
  - Les « *Prestataires de soins de santé* » sont identifiés par « HP », pour « Health providers»
  - Les « *Fonctions de soins de santé* » sont identifiées par « HC », pour «Health Care Functions »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Avant de discuter du contenu de la diapositive, le formateur doit expliquer que la CICS affecte un code à chaque acteur du secteur des soins de santé. Ce code commence par un code alphabétique pour la catégorie **générale**, suivi d'un code numérique pour la catégorie plus précise.

6

L'approche de la CICS : spécification des entités à l'intérieur des principales catégories

- À l'intérieur de la catégorie générale (p. ex., les sources de financement), des entités particulières (p. ex., les fonds publics) sont identifiées par une lettre et un code numérique suivis du nom de la CICS
  - Procédure de codification des « fonds publics » (cf. documentation distribuée)
    - On commence par le code alphabétique en anglais, correspondant à la catégorie principale de la CICS ; par conséquent, «FS » pour Sources de financement
    - Ce code est suivi d'un code numérique ; par conséquent, «FS.1. »
    - Enfin, on ajoute le nom descriptif de la CICS pour cette sous-catégorie ; par conséquent, «FS.1. Fonds publics »

PHRplus

7

L'approche des CNS vis-à-vis des classifications

- ▲ Les CNS s'appuient sur l'approche des SCS (c. à d., CICS)
- ▲ Les CNS utilisent les classifications de la CICS mais permettent d'ajouter des « sous-catégories » pour tenir compte des spécificités des structures, en matière de soins de santé, de chaque pays

PI Rplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

La liste et les définitions des catégories de la CICS ont été publiées dans le guide intitulé « Système de comptes de la santé » publié par l'OCDE (2000).

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit rappeler aux participants que la CICS avait été conçue à l'origine pour les structures monolithiques des secteurs de la santé des pays membres de l'OCDE (dans lesquels l'État payait pour tout) et non pour les secteurs de la santé pluralistes des pays en développement (qui ont de nombreux acteurs uniques).

Les CNS permettent de classer les divers acteurs dans les systèmes de santé pluralistes en ventilant davantage les catégories de la CICS.

Les CNS adaptent la CICS pour tenir compte des particularités de chaque pays.

8

L'approche des CNS : les classifications doivent respecter certains critères

1. Respect, dans la mesure du possible, des normes et conventions internationales en vigueur (c. à d., CICS)
   - ▲ MAIS aussi être flexible afin de répondre aux besoins POLITIQUES spécifiques de l'analyse nationale
     - △ Par conséquent, possibilité d'introduction de catégories appropriées pour le pays MAIS dans le cadre des catégories générales identifiées par la CICS
       - ❖ P. ex., un code CICS pourrait être : HP 1.1. Hôpitaux généraux
       - ❖ Si un pays souhaite comparer les dépenses des hôpitaux publics et des hôpitaux privés, il peut ajouter des sous-catégories :

         HP.1.1.1 Hôpitaux généraux publics

         HP.1.1.2 Hôpitaux généraux non publics

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Si un pays n'est pas entièrement d'accord avec un nom de description de la CICS, il peut créer son propre nom et placer le nom d'origine de la CICS entre crochets. L'uniformité est importante dans les CNS.

Message dont les participants devront se souvenir à l'avenir : une équipe de CNS peut ajouter des catégories pertinentes pour son propre pays, mais à des fins de comparaisons internationales, elle devra alors documenter comment passer de l'approche nationale à l'approche internationalement uniforme de la CICS.

Le code alphabétique et les deux premiers chiffres (au minimum) du code numérique doivent correspondre aux classifications de la CICS afin de permettre des comparaisons internationales.

Les mots en *italique* sont des « possibilités » pour de nouvelles catégories de la CICS et ne sont pas mentionnés dans le SCS.

Par exemple : la CICS ne divise pas les prestataires de soins de santé en fonction du statut juridique public ou privé parce que tout est public dans les pays de l'OCDE, mais comme cette distinction est importante dans de nombreux pays, vous pouvez ajouter de nouvelles catégories.

Les pays individuels peuvent également éliminer certaines catégories ou sous-catégories de la CICS qui ne sont pas pertinentes pour eux.

9

L'approche des CNS : critères de classification (suite)

1. Suite : ajout de classifications secondaires :
   - ▲ Les deux premiers chiffres du code doivent correspondre aux catégories de la CICS.
     - △ Les chiffres suivants sont « nouveaux » et désignent la classification de « sous-catégorie » appropriée pour le pays

PHRplus

10

L'approche des CNS : critères de classification (suite)

2. Toutes les catégories doivent être complètes et mutuellement exclusives
   - c. à d. que chaque transaction de dépense ne doit pouvoir rentrer que dans une –et une seule– catégorie
3. Chaque catégorie doit être réalisable – s'assurer de la disponibilité de données spécifiques

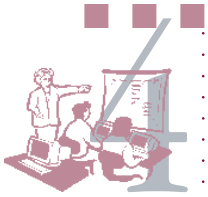
PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Point 3. Réalisable : pour que la classification soit CLAIRE et les données à recueillir DISPONIBLES (compromis entre l'aspect « durée de réalisation » et l'aspect « qualité » d'un rapport).

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 3. Réalisable : pour que la classification soit CLAIRE et les données à recueillir DISPONIBLES (compromis entre l'aspect « durée de réalisation » et l'aspect « qualité » d'un rapport).



1

PHRplus

Module 4 b : Classification des sources et des agents de financement

The PHRplus Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by: Abt Associates Inc. and partners: Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc.; Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Identifier les sources et les agents de financement
- ▲ Classer les sources et les agents de financement en utilisant l'approche des CNS, tout en respectant les catégories de la CICS

PHRplus

3

Les sources de financement

- Définition : entité qui fournit des fonds en matière de santé
  - « D'où provient l'argent ? »
    - Exemples : MdF, ménages, bailleurs de fonds

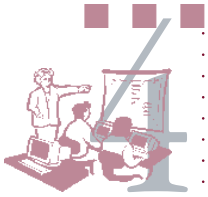
PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

AVANT de projeter cette diapositive, demandez aux participants s'ils se souviennent de la définition d'une « source de financement ».

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Lors de la classification d'une entité comme FS ou HF, n'assumez pas que l'entité en question sera toujours le même acteur. Par exemple, un MdS peut être à la fois un agent de financement et une source de financement. N'oubliez pas d'examiner la source des fonds de l'entité et de déterminer qui reçoit ces fonds. La nature des fonds est ce qui détermine FS, HF, HP et HC – ce n'est pas la nature de l'institution.



4

Classification des sources de financement

Code	Description
FS.1	Fonds publics
FS.1.1	Fonds des administrations publiques
FS.1.1.1	- Revenus de l'Administration centrale
FS.1.1.2	- Revenus de l'Administrations régional et municipale
FS.1.2	Autres fonds publics
FS.1.2.1	Rentabilité des actifs détenus par une entité publique
FS.1.2.2	Autres
FS.2	Fonds privés
FS.2.1	- Fonds des employeurs
FS.2.1.1	**- Fonds des employeurs du secteur para-public**
FS.2.1.2	**- Fonds des autres employeurs**
FS.2.2	Fonds des ménages
FS.2.3	Associations à but non lucratif au service des ménages
FS.2.4	Autres fonds privés
FS.3	Fonds du reste du monde

PI Rpins

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive et discutez les définitions une par une en incorporant les informations figurant dans les Notes pour les présentateurs.

Faites une pause, et demandez aux participants de poser des questions ou de demander des éclaircissements pour chaque catégorie.

L'analyse de cette diapositive devrait prendre au moins 20 minutes.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit d'abord présenter rapidement les principales catégories de sources. Les codes avec un chiffre correspondent aux principales catégories de sources de financement : c. à d., les fonds publics, les fonds privés et les fonds du reste du monde. Les lignes foncées sont des extensions ou des expansions de la CICS (à partir du SCS). Dans le cas de FS, il s'agit d'une dimension toute nouvelle des soins de santé (qui ne figure pas dans la CICS) ; par conséquent, tout le tableau est foncé.

Sous « Fonds publics : FS.1 »

Fonds des administrations publiques : comptabilise tous les fonds produits sous forme de recettes générales de l'administration centrale. Ceci fait généralement référence aux contributions du Ministère des Finances aux soins de santé. Les recettes de l'administration centrale comprennent les impôts qui sont affectés aux soins de santé mais perçus comme taxes à la valeur ajoutée (p. ex., loteries nationales finançant des programmes de santé particuliers) et/ou comme impôts sur le revenu, sur les ventes ou sur les biens fonciers. Notez que cette classification n'inclut pas les impôts sur les salaires perçus par l'administration centrale pour la sécurité sociale, ces fonds étant généralement classés dans la catégorie « Fonds des employeurs ».

Revenus de l'administration régionale et municipale : fait référence aux administrations territoriales qui obtiennent leurs propres fonds grâce aux impôts locaux, etc.

Autres fonds publics : comprend les fonds obtenus grâce à l'encaissement d'intérêts sur des fonds investis ou d'autres actifs détenus par des entités publiques du secteur de la santé.

Sous « Fonds privés : FS.2 »

Fonds des employeurs : fait référence à la contribution d'un employeur privé au programme d'assurance « privée » d'un employé ou à des « régimes de sécurité sociale » (en général, un paiement obligatoire) ; p. ex., Abt Associates Inc.

Secteur para-public : décrit des entreprises semi-publiques ou des entreprises à caractère industriel ou commercial appartenant à l'État, telles qu'une compagnie aérienne nationale. Si un pays décide de comptabiliser séparément ses dépenses para-publiques, il peut le faire en ajoutant une sous-catégorie. Le degré d'autonomie de l'entreprise para-publique par rapport à l'État détermine son placement dans la catégorie des fonds publics ou dans lae catégorie des fonds privés. Au Kenya, le gouvernement estime que les entreprises para-publiques devraient être classées dans la catégorie des fonds « publics ».

Fonds des ménages : ces fonds incluent la sécurité sociale, les cotisations aux assurances privées et les paiements directs aux prestataires de soins de santé pour couvrir le ticket modérateur à leur charge. Ceci comprendrait également la valeur monétaire des rémunérations payées aux guérisseurs traditionnels.

Associations à but non lucratif au service des ménages : organisations nationales à but non lucratif (p. ex., en Iran, la Fondation Ayatollah Khomeiny).

Autres fonds privés : comprend les versements d'intérêts, ou les bénéfices réalisés par les compagnies d'assurances, etc., qui servent à financer les soins de santé. Cette catégorie inclut également les flux nets de prêts du secteur privé utilisés par les prestataires de soins de santé ou par les assureurs pour couvrir les dépenses actuelles.

Fonds du reste du monde : FS.3 comprend les fonds pour la santé contribués par des bailleurs internationaux ou bilatéraux qui sont des partenaires du pays concerné.

5

Classifications des agents de financement

- Définition : ces agents gèrent les fonds et contrôlent leur utilisation ; en d'autres termes : ILS ONT DES RESPONSABILITÉS EN MATIERE DE PLANIFICATION
  - « Comment les fonds sont-ils organisés et gérés ? »
  - Ils reçoivent des fonds de sources et les utilisent pour financer les services, produits (p. ex., pharmaceutiques) ou activités de santé
  - Exemples : MdS, compagnies d'assurances

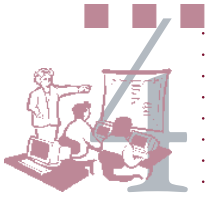
PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Avant de discuter cette diapositive, demandez à la classe de définir HF.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Répétez que la catégorie HF est un niveau très important du système parce que les agents de financement contrôlent la façon dont les ressources sont utilisées. Par exemple, le MdF donne de l'argent au MdS, mais le MdF n'est pas en mesure d'influencer la façon les fonds seront utilisés. C'est le MdS qui décide. Par conséquent, le MdS est l'agent de financement (HF).



6

Classifications des agents de financement

Code	Description
HF1	Secteur public
HF.1.1	- Administration publique (hors administration de sécurité sociale)
HF.1.1.1	- Administration centrale
HF.1.1.1.1	**- Ministère de la Santé**
HF. 1.1.2	- Administration d'états fédérés/de provinces
HF. 1.1.3	- Collectivités locales/municipales
HF.1.2	- Administration de sécurité sociale
HF.2.1.1	*- Assurances groupe fonctionnaires*
HF.2.5.1	*- Entreprises publiques industrielles et commerciales*
HF.2	Secteur non public
HF.2.1	- Assurances sociales privées
HF.2.1.2	- Assurances groupe employeurs privés
HF.2.2	- Sociétés d'assurances privées (hors assurance sociale)
HF.2.3	- Versement direct des ménages
HF.2.4	- Institutions à but non lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)
HF.2.5.2	- Sociétés et firmes privées (autres que les compagnies d'assurance maladie)
HF.3	Reste du monde

Les lignes foncées correspondent à des classifications secondaires additionnelles qui ne sont pas incluses dans la CICS

PHRplus

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive et discutez les définitions une par une en incorporant les informations figurant dans les Notes pour les présentateurs.

Faites une pause, et demandez aux participants de poser des questions ou de demander des éclaircissements pour chaque catégorie.

L'analyse de cette diapositive devrait prendre au moins 20 minutes.

Notes pour les présentateurs

À nouveau, le formateur doit commencer par présenter les grandes catégories d'agents de financement (HF) (avec des codes numériques d'un chiffre). Répétez que la nature du financement de la santé (d'où il provient, et où il va) est ce qui détermine les classifications d'une entité dans S, HF, HP ou HC – et non la nature de l'institution elle-même. Notez également que HF inclut des institutions ainsi que certains « programmes », des programmes d'assurance.

Dans les catégories gouvernementales générales : « Public » comprend toutes les unités institutionnelles des fonds des administrations centrales et territoriales ainsi que de la sécurité sociale. Cela inclut les institutions à but lucratif en dehors du marché libéral qui sont contrôlées et financées principalement par des administrations de l'État.

Des ministères individuels, tels que le Ministère de la Santé, peuvent être ajoutés comme sous-catégories sous la rubrique « administration centrale ».

Administrations territoriales : fait référence à celles qui reçoivent des fonds d'une autre institution (p. ex., le MdF) et assignent ces fonds aux prestataires de soins de santé. (Quand il s'agissait d'une source de fonds, ceci faisait référence à l'obtention de fonds au moyen de l'imposition ; cependant, en tant que HF, les administrations territoriales reçoivent des fonds du MdF, pour prendre un exemple, et elles les distribuent ensuite.) Rappelez aux participants que cela ne pose pas de problème si on classe une entité comme source de financement dans un cas et comme agent de financement dans un autre.

Fonds de la sécurité sociale : ce sont les programmes généraux d'assurances sociales qui sont financés par des cotisations obligatoires provenant du secteur formel pour le bénéfice de parties importantes de la population. Les fonds de la sécurité sociale peuvent financer des services autres que la santé, tels que le versement de pensions, qui doivent être exclus de l'estimation des dépenses de santé. Seule la partie de ces fonds qui est consacrée à la santé doit être comptabilisée aux fins des CNS.

Secteur privé : comprend toutes les unités institutionnelles du pays qui n'appartiennent pas à l'État.

Programmes d'assurances groupe employeurs privés : ce sont les programmes qui sont obligatoires pour une certaine partie de la population. Un tel programme est « privé » en ce sens que l'État ne le contrôle pas vraiment, mais « social » en ce sens qu'il est « obligatoire » pour des parties limitées de la population. Par exemple, les mutuelles peuvent être incluses ; elles appartiennent à leurs membres et sont contrôlées par ces derniers, mais elles peuvent également recevoir des contributions de l'État. Cette catégorie comprend également les programmes d'assurances établis par l'État pour les fonctionnaires et agents publics exclusivement (p. ex., assurance maladie des fonctionnaires pouvant exister en dehors des régimes généraux de sécurité sociale). Citons comme autre exemple Abt Associates, une société privée qui oblige les membres de son personnel à avoir une certaine forme de couverture d'assurance maladie (même si la société contribue à un tel programme).

Sociétés d'assurances privées (hors assurance sociale) : fait référence aux compagnies d'assurances à but lucratif et aux compagnies d'assurances à but non lucratif auxquelles les bénéficiaires peuvent payer des primes pour obtenir une couverture s'ils le désirent et qui ne reçoivent pas de subventions de l'État. Cette couverture d'assurance est facultative.

Sociétés et firmes privées (autres que les compagnies d'assurance maladie) : comprend toutes les sociétés anonymes dont le but principal n'est pas la fourniture de soins de santé. Au lieu de cela, l'activité principale est la production d'autres biens ou service pour le marché. Par exemple, une société telle que Coca-Cola peut administrer ses propres services de santé pour le bénéfice de ses employés. Cette catégorie pourrait également inclure des sociétés para-publiques offrant une couverture d'assurance maladie aux membres de leur personnel.

7

Exercice

- ▲ **Identifiez les entités du secteur de la santé qui figurent sur les diapositives suivantes comme étant des sources et/ou agents de financement**
- ▲ **Puis déterminez comment vous les classeriez conformément aux catégories générales de la CICS**

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Le formateur a besoins d'informations dès le début pour pouvoir adapter l'exercice

aux besoins particuliers d'un pays.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur a besoins d'informations dès le début pour pouvoir adapter l'exercice aux besoins particuliers d'un pays.

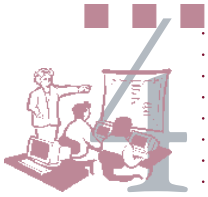
Pour la formation multinationale :

1) Identifiez les entités du secteur des soins de santé figurant sur les prochaines diapositives comme sources de financement et/ou comme agents de financement.

2) Déterminez comment vous les classeriez conformément aux catégories générales de la CICS.

Une fois de plus, faites remarquer que certaines entités peuvent être une source de financement et un agent de financement en même temps, p. ex., le MdS ou des administrations territoriales. Tout dépend du contexte du pays et de la nature des fonds reçus et affectés. Cependant, c'est un bon point de départ pour n'importe quelle équipe nationale. Cette liste peut être révisée et mise à jour au fur et à mesure que l'équipe en apprend davantage sur son système de santé grâce à la collecte des données.

Le formateur doit s'assurer que lorsque de nouvelles sous-catégories sont créées, il faut se souvenir de les numéroter de façon consécutive – p. ex., MdS HF.1.1.1.1 et MdJ HF.1.1.1.2.



8 **Exercice**
Triez et classez selon la catégorie– FS et/ou HF

- Services médicaux des Forces armées (MdD)
- ONG
- Ménages
- Agence de Développement International
- Ministère de l'Éducation
- Ministère des Finances
- Ministère de la Santé
- Ministère de la Justice
- compagnie aérienne nationale
- Programme national d'assurance
- Commission du Pétrole et du Gaz naturel de Susmania
- Firmes privées (p. ex., Coca Cola)
- Assurance privée

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Pour la formation multinationale :

1) Identifiez les entités du secteur des soins de santé figurant sur les prochaines diapositives comme sources de financement et/ou comme agents de financement.

2) Déterminez comment vous les classeriez conformément aux catégories générales de la CICS.

Une fois de plus, faites remarquer que certaines entités peuvent être une source de financement et un agent de financement en même temps, p. ex., le MdS ou des administrations territoriales. Tout dépend du contexte du pays et de la nature des fonds reçus et affectés. Cependant, c'est un bon point de départ pour n'importe quelle équipe nationale. Cette liste peut être révisée et mise à jour au fur et à mesure que l'équipe en apprend davantage sur son système de santé grâce à la collecte des données.

Le formateur doit s'assurer que lorsque de nouvelles sous-catégories sont créées, il faut se souvenir de les numéroter de façon consécutive – p. ex., MdS HF.1.1.1.1 et MdJ HF.1.1.1.2.

RÉPONSES :

Services médicaux des Forces Armées (Agent de financement – HF.1.1.1 Administration centrale sauf Régimes de sécurité sociale, Prestataire – dépend du type d'administration de service)

Fondation Santé (FS.2.3.1 Institutions à but non lucratif – Health Foundation et HF. 2.4 – Institutions à but non lucratif au service des ménages)

Ménages (Sources de financement FS.2.2 – Fonds des ménages et Agents de financement HF.2.3 – Frais médicaux, hors remboursement des ménages)

Agence de développement international (IDA) (FS.3 – Reste du monde et HF.3 – RdM)

Ministère de l'Éducation (Agent de financement HF.1.1.1.2 – Revenus de l'Administration centrale – Ministère de l'Éducation)

Ministère des Finances (Source de financement FS.1.1 – Fonds des collectivités territoriales)

Ministère de la Santé (Agent de financement HF.1.1.1.1 – Revenus de l'Administration centrale – MdS ou peut être [rarement] une source de financement FS.1.1.1 – MdS)

Ministère de la Justice (Agent de financement HF.1.1.1.3 – Revenus de l'Administration centrale – Ministère de la Justice)

Compagnie aérienne nationale (le plus souvent un Agent de financement HF.2.5.1 – Entreprise publique, en fonction de son degré d'autonomie, peut être classée secteur public ou secteur privé. Occasionnellement peut être classée comme une source, FS.1.3. (Recommandé par le GP)

Programme national d'assurances (Agent de financement HF.1.2.1 – À l'intérieur des Régimes de sécurité sociale – assurance sociale publique)

Commission du Pétrole et du Gaz naturel (le plus souvent un Agent de financement HF.2.5.1 – Entreprise publique, en fonction de son degré d'autonomie, la commission peut être classée secteur public ou secteur privé. Occasionnellement, elle peut être classée comme une source FS.1.3)

Cliniques privées (Prestataire – HP.3.1.1 – Cabinets de médecins privés)

Firmes privées (Source de financement FS.2.1 –Fonds des employeurs)

Assurance privée Inc. (Agent de financement – HF.2.2 Compagnies d'assurances privées)

9

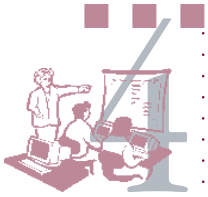
Exercice

- ▲ Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Tracez un organigramme de vos structures de santé nationales/régionales
- ▲ Comment trieriez-vous ces entités – sources ou agents de financement ?

PFR*plus*

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Diapositive en option – seulement pour un programme national de CNS ou de SCNS.



Note pour les formateurs

Assurez-vous que les participants lisent la liste des Fonctions dans le document de la CICS qui leur a été distribué

1

PHR*plus*

Module 4 c : Classifications des prestataires de soins de santé et de leurs fonctions

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by: Abt Associates Inc. and partners. Development Associates, Inc., Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc.; Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Identifiez les prestataires de soins et leurs fonctions
- ▲ Classer les prestataires de soins de santé et de leurs fonctions en utilisant l'approche des CNS, tout en respectant les catégories des CICS

PHR*plus*

3

Classification des prestataires de soins de santé

- ▲ Définition : entités qui fournissent ou administrent des soins de santé et des services en rapport avec la santé
- ▲ « qui/où » (qui fournit les services ? Où sont-ils administrés ?)
- ▲ Exemples : hôpitaux, cliniques, pharmacies

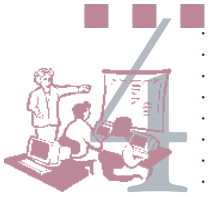
PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit commencer par demander à la classe de définir le concept de « Prestataire de soins de santé ».

NOTE POUR LES FORMATEURS

Avant de discuter cette diapositive, demandez à la classe la définition du concept de « Prestataire de soins de santé ».



4

Classification des PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Code	Description
HP.1	**hôpitaux**
HP.1.1	**Hôpitaux généraux**
HP.1.1.1	**Hôpitaux généraux publics**
HP.1.1.2	**Hôpitaux généraux privés à but lucratif**
HP 1 2	Hôpitaux spécialisés (hôpitaux psychiatriques/centres de désintoxication)
HP. 1 3	Hôpitaux spécialisés (mis à part les hôpitaux psychiatriques./centres de désintoxication.)
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement
HP 3	Prestataires de soins de santé ambulatoires
HP3.1	Cabinets de médecins
HP3 2	Cabinets de dentistes
HP 3 3	Cabinets d'autres professionnels de santé
HP 3 4	Centres de soins ambulatoires
HP 3 4 1	Centres de planning familial
HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes
HP 3.4.3	Centres indépendants chirurgicaux ambulatoires
HP 3.4 4	Centres de dialyse
HP 3.4.5	Autres centres de services pluridisciplinaires et structures de soins coordonnées
HP 3 5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic
HP.4	Détaillants et autres fournisseurs de produits médicaux
HP 4 1	Pharmacies agrées
HP 5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique
HP 6	Administration générale de la santé et assurance maladie
HP 7	Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)
HP 8	*Institutions fournissant des services sanitaires connexes*
HP 9	Reste du monde
HP. *nsk*	*Prestataire non spécifié par type*

Note pour les formateurs

Commencez par présenter dans leurs grandes lignes les principales catégories, puis passez plus de temps à parler de certaines catégories qui nécessitent généralement plus d'explications.

Notes pour les présentateurs

Hôpital : un hôpital doit pouvoir fournir au minimum des services à des patients hospitalisés (milieu hospitalier : services d'hébergement spécialisés) et il peut offrir des services de soins ambulatoires comme activité secondaire. Il doit être engagé principalement dans des services de diagnostics et de traitements médicaux pour des patients hospitalisés. Faites remarquer que, dans certains pays, pour pouvoir recevoir la classification d'hôpital, il faut avoir un nombre minimum de lits. À des fins internationales, ce qui nous intéresse, c'est que les soins aux patients hospitalisés soient le but principal d'un établissement.

Hôpitaux spécialisés : p. ex., traitements orthopédiques, médecine traditionnelle, tuberculose, soins aux brûlés

Prestataires de soins de santé ambulatoires : cette catégorie comprend les établissements engagés principalement dans la fourniture de services aux patients non hospitalisés. Il n'est pas nécessaire qu'ils offrent de services en milieu hospitalier.

Cabinets de médecins : fait référence aux praticiens de la santé qui ont un diplôme de docteur en médecine ou un diplôme équivalent, et dont le travail consiste principalement en la pratique indépendante de la médecine en tant que généraliste ou spécialiste. Ces catégories font référence aux cabinets essentiellement « privés » des médecins.

Cabinets de dentistes : comme la catégorie des « cabinets médicaux », cette catégorie fait principalement référence aux cabinets dentaires indépendants.

Note pour les formateurs

Préparez et animez une discussion pas à pas, et répondez aux questions.

Cabinet d'autres professionnels de santé: cette catégorie peut inclure des cabinets indépendants d'autres praticiens de la santé, tels que les chiropracteurs et les optométristes. Une sous-catégorie peut être incluse pour désigner les prestataires de soins de santé de la « médecine traditionnelle ».

Centres chirurgicaux ambulatoires autonomes : établissements qui fournissent des services chirurgicaux pour des patients non hospitalisés - p. ex., chirurgie orthoscopique, cataracte.

Autres centres collectifs de soins ambulatoires et centres de soins intégrés: centres ou cliniques de praticiens de la santé ayant des diplômes différents, dans lesquels des praticiens de plusieurs spécialités travaillent. Cette catégorie inclut les centres communautaires généraux pour des patients non hospitalisés et les cliniques ou polycliniques offrant des services variés.

Tous les autres centres communautaires et centres de soins pour des patients non hospitalisés : soins administrés par des équipes pluridisciplinaires et autres soins.

Question pour la classe : Où placeriez-vous une clinique de village n'employant qu'une seule personne ? Les CNS ne proposent pas de réponse directe. Une sous-catégorie pourrait être créée sous 3.4.5 ou 3.4.9.

Pharmacies : comprend les pharmacies publiques et les pharmacies privées.

Fourniture et gestion de programmes de santé publique : cette catégorie comprend la fourniture et la gestion de programmes de santé publique par des organismes publics et privés à la fois.

Administration générale de la santé et assurance maladie : fait référence aux établissements qui sont engagés essentiellement dans la réglementation des activités des organismes qui fournissent des soins de santé et une assurance maladie (p. ex., les organismes qui réglementent l'octroi de permis d'exercer pour les prestataires de soins de santé, la sécurité sur le lieu de travail, etc.)

Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie) : cette catégorie comprend les prestataires de soins de santé sur le lieu de travail, les ménages privés qui fournissent leurs propres « soins à domicile » et tous les autres producteurs secondaires de soins de santé.

Institutions fournissant des services sanitaires connexes: répétez la définition de « en rapport avec la santé » ! Ces prestataires de services sont des établissements de recherche ou d'éducation, des centres de formation, etc.

5

Classification des FONCTIONS

- ▲ Définition : services ou activités réels fournis par des prestataires de soins de santé
- ▲ « Quel type de service, produit ou activité a été fourni ? »
- ▲ Exemple : Soins thérapeutiques, produits pharmaceutiques, soins pour patients non hospitalisés, programmes de prévention

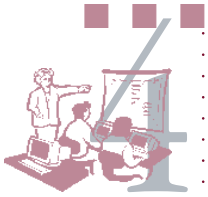
PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Commencez par demander à la classe quelle est sa définition d'une fonction.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Expliquez que cette classification est ventilée par types de service, **pas** par niveau de soins (primaire, secondaire, tertiaire).



6

Classification des FONCTIONS

Code	Description
HC.1	Services de soins thérapeutiques
HC.1.1	Services de soins curatifs et de réadaptation
HC.1.2	Cas de soins thérapeutiques (pendant la journée)*
HC.1.3	Soins thérapeutiques pour patients non hospitalisés*
HC.1.3.1	Services médicaux et de diagnostic de base*
HC.1.3.2	Soins dentaires pour patients non hospitalisés
HC.2	Services de rééducation
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.4	Services auxiliaires
HC.4.1	Laboratoire clinique
HC.4.2	Imagerie pour diagnostics
HC.4.3	Transport de patients et services médicaux d'intervention rapide
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients non hospitalisés
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux durables
HC.5.1.1	Médicaments prescrits sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres produits médicaux non durables
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie
HC.n.s.n	*Dépense de santé FS de nature non spécifiée*
HC.R.1-5	Fonctions en rapport avec la santé
HC.R.1	Formation brute de capital
HC.R.2	Éducation et formation du personnel de santé
HC.R.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HC.R.4	Contrôle sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable
HC.R.5	Hygiène du milieu
HCR. n.s.n	*Dépense de santé FSR de nature non spécifiée*

Note pour les formateurs

Le formateur doit être bien préparé pour pouvoir discuter chaque fonction et répondre aux questions.

Notes pour les présentateurs

En milieu hospitalier : le patient doit être admis et hospitalisé au moins jusqu'au lendemain.

Soins curatifs en hospitalisation de jour : cette catégorie inclut des services tels que la chirurgie ambulatoire, la dialyse et les traitements oncologiques, qui ne devraient pas nécessiter de séjour de plus d'une journée à l'hôpital (sinon, on parlerait de soins en milieu hospitalier).

Note pour les formateurs

Commencez en présentant les principales composantes de cette catégorie.

Laissez les fonctions sanitaires connexes pour la fin.

Soins curatifs ambulatoires : cette catégorie comprend les services de soins de santé ambulatoires administrés par des médecins dans des établissements de soins de santé ambulatoires ou dans les locaux affectés à cet emploi dans un hôpital – en d'autres termes, un hôpital peut avoir un service de soins de santé ambulatoires/ pour patients non hospitalisés.

* Ces deux descriptions posent également des problèmes aux experts internationaux. La plupart des pays utilisent HC.1.3 – Soins curatifs ambulatoires – comme leur catégorie principale pour les services de soins ambulatoires.

Services médicaux et diagnostiques courants : cette catégorie comprend les examens de routine, les évaluations médicales, la prescription de médicaments, les conseils ordinaires aux patients, les conseils en matière de nutrition, les injections et les vaccinations (s'ils ne sont pas couverts par des programmes publics de soins de santé préventifs).

Services de prévention et de santé publique : cette catégorie comprend les campagnes de vaccination. Elle n'inclut pas les conseils donnés à titre préventif pendant les visites médicales ordinaires parce qu'il est très difficile de les séparer des soins curatifs administrés alors.

Fonctions sanitaires connexes : seule la formation de capital (p. ex., construction et équipement de locaux de prestataires de soins de santé) sera incluse dans l'estimation des dépenses totales de santé. HCR.2-5 ne doit être ajouté qu'à l'estimation des dépenses générales de santé (qui couvrent plus de dépenses *en rapport avec* la santé), et non dans l'estimation des dépenses totales de santé.

Au sein de HCR, la « formation de capital pour les établissements prestataires de soins de santé » (p. ex., construction d'une nouveau bloc opératoire dans un hôpital) doit être classée dans la catégorie HCR.1 ; mais la formation de capital pour une fonction « en rapport avec la santé », p. ex., la construction d'une nouvelle école de soins infirmiers, doit être classée dans la catégorie HCR.2 – Éducation et formation du personnel de santé.

HCR.4 – Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène et eau potable) – cette catégorie comprend les dépenses encourues pour les systèmes d'alimentation en eau dont la fonction principale est d'empêcher la dissémination de maladies hydriques.

7

Exercice

- ▲ **Identifiez les entités du secteur de la santé qui figurent sur les diapositives suivantes comme prestataires de soins de santé ou fonctions**
- ▲ **Puis déterminez comment vous les classeriez conformément aux catégories générales de la CICS**

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Dans le cas d'une formation nationale, les questions suivantes doivent être posées pour l'exercice.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

1) Quelles sont les principales entités du secteur des soins de santé dans votre pays et comment les diviseriez-vous au sein des catégories de prestataires de soins de santé et de fonctions de santé ? Il est utile pour le formateur de commencer cet exercice en demandant à la classe de dessiner un organigramme du système de soins de santé du pays et d'énumérer toutes les principales entités dans le secteur de la santé. Ensuite, la classe devra analyser chaque entité appropriée sur la liste et l'identifier comme prestataire de soins de santé ou comme fonction.

2) Comment classeriez-vous les prestataires de soins de santé et les fonctions de santé dans votre pays (en tenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Il est utile de faire ceci sur des tableaux à feuilles mobiles. Pour ces deux questions, la classe a besoin d'environ deux heures, parce que les concepts de prestataires de soins de santé et de fonctions de santé sont complexes, et parce qu'il est nécessaire que les participants aient une vision claire de la structure du système de santé. Dans ce cas, les entités seront soit des prestataires de soins de santé, soit des fonctions de santé. Il ne doit pas exister de chevauchement.

8

Exercice

Triez et classez – prestataires de soins de santé ou fonctions

- Administration du Programme national d'assurances (PNA)
- Transports par ambulance
- Machine CATSCAN (scanner)
- Soins dentaires
- Soins infirmiers pour personnes âgées
- Clinique de planification familiale
- Programme de prévention et d'éducation pour la santé
- Appareils de correction auditive
- Soins pour patients hospitalisés
- Tests de laboratoire
- Centre hospitalier universitaire
- Sage-femme
- Cliniques privées
- Pharmacies privées
- Salaires des membres du personnel du MdS
- Salaires des médecins
- Guérisseur traditionnel
- Clinique de gynécologie/obstétrique

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Dans le cas d'une formation multinationale :

Les mêmes questions sont posées, mais pour le pays fictif de Susmanie (veuillez vous référer au module 1, unité 4).

1) Identifiez les entités du secteur de la santé énumérées sur les diapositives suivantes comme prestataires de soins de santé ou fonctions de santé.

2) Déterminez comment vous les classeriez conformément aux catégories générales de la CICS.

Administration du Programme National d'Assurances (Fonction HC.7.2.1 – Administration de la santé et assurance maladie ; assurance sociale)

Transports par ambulance (Fonction HC.4.3 – Transports sanitaires et secours d'urgence)

CATSCAN (Fonction HCR.1 – Formation de capital pour les institutions prestataires de services de santé)

Soins dentaires (Fonction HC.1.3.2 – Soins dentaires ambulatoires)

Soins infirmiers pour personnes âgées (Fonction HC.3.3 – Soins de longue durée)

Clinique de planification familiale (Prestataire HP 3.4.1 – Centres de planification familiale)

Programme de prévention et d'éducation de santé (Fonction HC.6 – Services de prévention et de santé publique)

Appareils auditifs (Fonction HC.5.2.3 – Appareils auditifs)

Tests de Laboratoires d'analyses médicales (Fonction HC.4.1 – Laboratoires d'analyses médicales)

Centre hospitalier universitaire (HP.1.2 – Centres hospitaliers universitaires)

Sage-femme (Prestataire HP.3.3.1 – Cabinets d'autres professionnels de la santé – sage-femme)

Cliniques privées (Prestataire – HP.3.1.1 – Cabinets de médecins privés)

Pharmacies privées (Prestataire HP.4.1.1 – Pharmacies privées)

Salaires du personnel du MdS (Fonction HC.7.1.1 – Administration centrale de la santé)

Salaires des médecins* (question piège !) Les salaires doivent être divisés proportionnellement entre les classifications fonctionnelles des soins en milieu hospitalier et en mode ambulatoire. Idem pour la maintenance.

Guérisseur traditionnel (Prestataire HP 3.9.3 – Cabinets d'autres professionnels de la santé – Guérisseurs traditionnels)

Clinique de gynécologie/obstétrique (Prestataire HP.3.4.9 – Tous les autres centres collectifs de soins ambulatoires et intégrés)

9

Question supplémentaire sur la classification fonctionnelle

▲ **Comment classeriez-vous les activités ci-dessous dans le cas d'une classification fonctionnelle ?**

Les bailleurs de fonds ont communiqués leurs dépenses selon la ventilation suivante :	Classification CNS ?
Services de soins primaires	
Services de soins secondaires/tertiaires	
Formation	
Recherche	
Information, éducation et communication	
Administration	

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Services de soins primaires : HC 1.3 Soins curatifs ambulatoires

Services de soins secondaires/tertiaires : HC 1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier

Formation : H.CR 2 Éducation et formation du personnel de santé

Recherche : chercheurs (HCR 3 Recherche et développement dans le domaine de la santé)

Information, éducation et communication : HC 6.9 Tous les autres services de santé publique

Administration : Administration de la santé et assurance maladie – organismes privés (HC.7.2) ou pas inclus si il s'agit de l'administration des programmes des bailleurs

10

Exercice

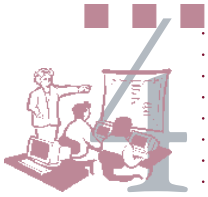
▲ **Quels sont les principaux services et prestataires de soins de santé dans votre pays ?**

▲ **Comment classeriez vous ces entités – prestataires de soins de santé ou fonctions ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Diapositive en option



1

PHRplus

Module 4 d :
Élaboration et lecture des tableaux

USAID

The PHRplus Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by: Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health, Philoxenia International Travel, Inc., Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Comprendre la structure de chaque tableau
- ▲ Être en mesure de déterminer les en-tête des lignes et des colonnes de chaque tableau sur la base des CICS

PHRplus

3

Tableaux de base des CNS (1-4)

- Il est recommandé que chaque pays remplisse au moins les quatre tableaux suivants
  - Tableau 1. FS x HF
  - Tableau 2. HF x HP
  - Tableau 3. HF x HC
  - Tableau 4. HP x HC

4

Comment lire un tableau des CNS

- Les fonds sont transférés vers le bas, depuis les « sources » (en-tête de colonne)

  ↓

  « bénéficiaires/utilisateurs » (en-tête de ligne)

- Le montant total dépensé par chaque « source » est indiqué en bas de chaque colonne
- Le montant total reçu par chaque « bénéficiaire/ utilisateur » est indiqué à la fin de chaque ligne

5

Comment lire un tableau des CNS

Agents de financement	Sources de financement					Total
	FS.1 Fonds publics	FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du reste du monde	
	FS.1.1 Recettes de l'État	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	Fonds privés – sous-total		
HF.A Secteur public						
HF. 1.1 Administration territoriale						
HF 1 1 1 Administration centrale						
HF.1.1.1.1 Min. de la Santé						
HF. 1.1.1.2 Min. de la Défense						
HF. 1.1.1.3 Min. de l'Éducation						
HF 1 1 3 Administrations locales/municipales						
HF 1 2 Régimes de sécurité sociale						
HF 2 1 1 Assurances groupe fonctionnaires						
HF.2.5 1 Entreprises publiques industrielles et commerciales						
Secteur public – sous-total						
HF.B Secteur non public						
HF 2 1 Assurances sociales privés			Transfert direct			
HF 2 1 1 Assurances groupe employeurs privés						
HF 2 2 Sociétés d'assurances privées (hors assurance sociale)						
HF 2.3 Versements directs des ménages privés						
HF 2 4 Institutions à but non lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)						
HF 2 5 2 Firmes et sociétés privées non semi publiques (hors assurance maladie)						
Secteur privé – sous-total						
HF.3. Reste du monde						

6

Compréhension des flux entre les tableaux

- ▲ Les en-tête de lignes d'un tableau deviennent les en-tête de colonnes, ou « sources » du tableau suivant
- ▲ Par conséquent, les totaux des lignes du premier tableau deviennent les « totaux » des colonnes du deuxième tableau
- ▲ Les Dépenses totales pour la santé (DTS) – le chiffre contenu dans la cellule du coin inférieur droit de chaque tableau – sont les mêmes dans chaque tableau

7

Estimations des dépenses « totales » en matière de santé

Pour faire une comparaison internationale:

- **Dépenses totales actuelles pour la santé (DTAS) – Composées de HC.1-7 seulement**
  - **Ce-ci inclut les dépenses de soins individuels et les dépenses de santé collectifs, ainsi que les fonds déstinés au financement des agents financiers**
- **Dépenses totales pour la santé (DTS) – Composées de HC.1-7 et HCR.1 (formation de capital des établissements fournissant des soins de santé). *C'est ce qui est mesuré habituellement par la plupart des pays***

A des fins nationales:

- **Dépenses nationales de santé (DNS) – Cette évaluation répond mieux aux besoins et attentes des décisionnaires. Ils peuvent inclure où pas, n'importe laquelle des fonctions en rapport avec la santé à partir de HC.R.2-5**

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Assurez-vous que les participants lisent la liste des Fonctions dans le document de la CICS qui leur a été distribué.

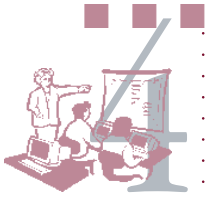
NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

es CNS ont trois estimations possibles des dépenses de santé qu'un pays peut vouloir mesurer :

DTAS – cette catégorie fait seulement référence aux dépenses directes pour la santé. Elle exclut toutes les dépenses *en rapport avec* les soins de santé. Ceci comprend les dépenses pour les soins de santé personnels, plus les dépenses pour les services de santé de groupe et pour l'administration des agents de financement du système.

DTS – cette catégorie comprend toutes les dépenses directes pour la santé ainsi qu'une fonction en rapport avec la santé, à savoir, la formation de capital. Chaque fois que nous mentionnons les DTS, c'est la définition à laquelle nous faisons référence en particulier.

DNS – Cette estimation totale répond le mieux aux besoins et aux préoccupations des décideurs. Elle peut inclure ou non certaines fonctions de HC.R.2-5 en rapport avec la santé.



8

Des agents de financement aux prestataires de soins

Agents de financement									
Prestataires de soins	HF 1 Secteur public				HF 2 Secteur privé				
	HF 1.1.1 Administration publique – Sous-secteur national de l'ensemble du système	HF 1.1.2 Administration publique – Sous-secteur des provinces	HF 1.1.3 Administration publique – Sous-secteur des municipalités	HF 1.2.1 Les sociétés publiques non financières	HF 2.1.1 Les ménages	HF 2.2.1 Les ménages directement	HF 2.3.1 Les ménages indirectement	HF 3 Reste du monde	Les sources des ressources des dépenses totales
HP 1.1.1 [illegible]									
HP 1.1.2 [illegible]									
HP 1.1.3 [illegible]									
HP 1.2.1 [illegible]									
HP 1.2.2 [illegible]									
HP 1.2.3 [illegible]									
HP 1.2.4 [illegible]									
HP 2.1.1 [illegible]									
HP 2.1.2 Autres									

PHRplus

Note pour les formateurs

Indiquez que c'est à cela que ressemble un tableau des sources de financement et des agents de financement.

Notes pour les présentateurs

Dans un tableau, lisez de haut en bas et de gauche à droite.

Les fonds sont transférés vers le bas, depuis les en-têtes des colonnes indiquant l'origine des fonds en direction des en-têtes des lignes indiquant les entités recevant/utilisant les fonds.

Le montant total dépensé par chaque originateur est indiqué au bas de chaque colonne.

Le montant total reçu par chaque utilisateur est indiqué à la fin de chaque ligne.

Mentionnez **transfert direct** (p. ex., les ménages sont classés comme HF pour servir de paramètre fictif qui illustre un transfert direct de fonds de la source de financement au prestataire de soins de santé).

Les nouvelles catégories qui ne font pas partie de la CICS sont montrées sur un **arrière-plan rouge**.

9

Des agents de financement aux fonctions

FA x F										
	HF.1 Secteur public					HF.2 Secteur privé			HF.3 Reste du monde	Totaux des lignes et montant totale des dépenses
	HF 1.1 - Administration publique (hors administration de sécurité sociale)			HF.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HF.2.5.1 Entreprises publiques à caractère économique et commercial	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.3 Versements directs des ménages	HF.2.5.2 Entreprises privées à caractère économique et commerciale		
	HF 1.1.1 Admin. centrale	HF 1.1.2 Admin. d'états fédérés/de provinces	HF 1.2 Admin. de sécurité sociale							
HC 1 et HC 2 Services de soins thérapeutiques et de rééducation										
HC 3 Services de soins infirmiers de longue durée										
HC 4 Services auxiliaires										
HC 5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires										
HC 6 Services de prévention et de santé										
HC 7 Administration de la santé et assurance										
Ajoutez des lignes additionnelles si choix fait par le pays										
Montant total des dépenses nationales de santé										

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Vous avez vu à quoi ressemble un tableau FS – HF. Voici maintenant un tableau HF x HP.

Les codes doivent être écrits en haut du tableau et la description doit être une description de la CICS. Cependant, si le pays veut utiliser sa propre description, il devra mettre la description de la CICS entre crochets ensuite.

Le formateur doit montrer quels types d'estimations « TOTALES » sont réalistes dans chaque tableau, et quelles en-têtes de colonne/ligne seront nécessaires ou non pour un total particulier.

Le formateur doit donner les renseignements suivants à la classe au sujet du tableau HF x HP :

La catégorie HP.8 est ajoutée à la CICS afin de permettre le développement de ce tableau pour diverses combinaisons de dépenses. Si le Tableau 2 est développé pour H0 ou H1, comme le montre le document OCDE 2000, il ne comprendra que les établissements fournissant des soins de santé, et HP 8 ne sera pas nécessaire. Si le Tableau 2 est préparé pour H2, il devra inclure les dépenses associées aux établissements qui fournissent des services et activités en rapport avec les soins de santé, par exemple les établissements de recherche et de formation, et ces dépenses devront être incluses sous HP 8.

10

Des prestataires de soins aux fonctions

P x F										
	HP 1	HP 2	HP 3	HP 4	HP 5	HP 6	HP 7	HP 8	HP 9	
	Hôpitaux	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement	Prestataires de soins ambulatoires	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	Autres prestataires de services de santé	Établissements fournissant des services en rapport avec la santé	Reste du monde	Totaux des lignes et montant totale des dépenses
HC 1 et HC 2 Services de soins thérapeutiques et de rééducation										
HC 3 Services de soins infirmiers de longue										
HC 4 Services										
HC 5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires										
HC 6 Services de prévention et de santé publique										
HC 7 Administration de la santé et assurance										
Ajoutez des lignes additionnelles si choix fait par le pays										
Montant total des dépenses nationales de santé										

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit répéter les différentes estimations totales.

11

1	*Sources de financement*				
Agents de financement	FS.1.1 Etat (MdF)	FS.3. Reste du monde (bailleurs de fonds)	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	TOTAUX
HF.1.1.1 Ministère de la Santé	A	B			A + B
HF.1.1.2 Ministère de l'Education	C				C
HF.2.2 Sociétés d'assurances privées (hors assurance sociale)			D		D + E
HF.2.3 Versements directs des ménages				E*	E*
TOTAUX					G
2	*Agents de financement*				
Prestataires	HF.1.1.1 MdS	HF.1.1.2 MdF	HF.2.2 Compagnies d'assurances privées	HF.2.3 Ménages	TOTAUX
HP.3.1.1 Centres hospitaliers publics	W		X		
HP.3.1.2 Centres hospitaliers privés		Y			
HP.3.4.5.1 Cliniques publiques pour patients non hospitalisés			Z		
TOTAUX	W = A + B	Y	X + Z = D + E	F	G
*transfert direct des paiements					

Notes pour les présentateurs

Les en-têtes des lignes d'un tableau deviennent les en-têtes des colonnes du tableau suivant. Il s'ensuit que les totaux des lignes du premier tableau deviennent les totaux des colonnes du deuxième tableau.

Les Dépenses totales pour la santé dans le pays sont le nombre contenu dans la case du coin inférieur droit de chaque tableau. Cette valeur est la même dans chaque tableau.

12

Tableaux additionnels des CNS (5-9)

- **Dépenses totales actuelles de santé (DTAS-H0) ventilées par tranche d'âge et par sexe (FA x A/S)**
- **Dépenses de santé ventilées par région géographique (FA x R)**
- **Dépenses actuelles de santé par agent de financement pour la population classée selon son statut socio-économique (FA x SSE)**
- **Affectation de différents types d'intrants par agent financier (FA x I) : la classification des intrants s'applique aux produits qui sont utilisés pour produire des services de soins de santé et des services de santé**
- **La distribution des dépenses actuelles de santé par agent de financement pour la population classée en fonction des maladies/problèmes de santé (FA x M)**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Ces tableaux sont généralement utilisés si les flux de fonds sont en mesure d'informer une priorité d'élaboration de politique et si les données sont disponibles.

Le formateur doit souligner le fait que tous les tableaux montrent la relation des fonds transférés depuis les AGENTS DE FINANCEMENT à destination d'un groupe de bénéficiaires particulier. Le formateur peut demander à la classe pourquoi on suppose que les fonds proviennent toujours de la catégorie HF. La raison en est, à nouveau, que les agents de financement constituent le niveau le plus puissant du système de santé et qu'ils ont le plus de contrôle sur la **distribution des ressources**. Ils représentent généralement la dimension la plus pertinente pour l'élaboration des politiques. Par exemple, un tableau des sources de financement avec ventilation par sexe ne serait pas utile aux décideurs parce que le MdF n'affecte pas de fonds pour maintenir l'équité entre les sexes ; en fait, c'est le MdS qui aurait cette responsabilité.

Tous ces tableaux nécessitent des efforts supplémentaires en matière de collecte des données de la part de l'équipe des CNS. Et des problèmes particuliers risquent toujours de survenir en préparant chaque tableau.

Le tableau HF x Intrants est généralement un tableau plus facile à compiler parce que de nombreux gouvernements contrôlent les dépenses en utilisant ces postes : salaires, maintenance, dépenses d'équipement, etc.

13

Tableaux additionnels : p. ex., agents de financement x régions

Agents de financement										
	HF.1 Secteur public					HF.2 Secteur privé			HF.3 Reste du monde	Totaux des lignes et montant totale des dépenses
	HF.1.1 : Administration publique (hors administration de sécurité sociale)		HF.1.2 Admin. de sécurité sociale	HF.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HF.2.5.1 Entreprises publiques à caractère économique et commercial	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.3 Versements directs des ménages	HF.2.5.2 Entreprises privées à caractère économique et commerciale		
	HF.1.1.1 Admin. centrale	HF.1.1.2 Admin. d'états fédérés/de provinces								
Region I										
Region II										
Region II										
Region IV										
Region V										

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

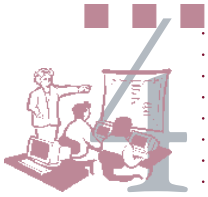
Ce tableau est de plus en plus populaire dans de nombreux pays, en particulier dans ceux qui sont très décentralisés ou qui sont préoccupés par les questions d'équité.

14

Tableaux additionnels : p. ex., agents de financement x statut socio-économique

Agents de financement										
	HF.1 Secteur public					HF.2 Secteur privé			HF.3 Reste du monde	Totaux des rangées et mesures des dépenses totales
	HF.1.1 : Administration publique (hors administration de sécurité sociale)		HF.1.2 Admin. de sécurité sociale	HF.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HF.2.5.1 Entreprises publiques à caractère économique et commercial	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.3 Versements directs des ménages	HF.2.5.2 Entreprises privées à caractère économique et commerciale		
	HF.1.1.1 Admin. centrale	HF.1.1.2 Admin. d'états fédérés/de provinces								
Quintile le plus bas										
Quintile de dépenses II										
Quintile de dépenses III										
Quintile de dépenses IV										
Quintile le plus haut										
Total										

PHRplus



15

Tableaux additionnels : p. ex., agents de financement x intrants

	Agents de financement									
	HF.1 Secteur public					HF.2 Secteur privé				
	HF.1.1 : Administration publique (hors administration de sécurité sociale)			HF.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HF.2.5.1 Entreprises publiques à caractère économique et commercial	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.3 Versements directs des ménages	HF.2.5.2 Entreprises privées à caractère économique et commerciale	HF.3 Reste du monde	Totaux des rangées et mesures des dépenses totales
	HF.1.1.1 Admin. centrale	HF.1.1.2 Admin. d'états fédérés/de provinces	HF.1.2 Admin. de sécurité sociale							
Main-d'œuvre										
Services autres que main-d'œuvre										
Fournitures médicales										
Médicaments										
Autres fournitures										
Équipements										
Autres équipements et biens durables										
Biens d'équipement										
Bâtiments										
Véhicules										
Mobilier										
Total des dépenses										

PHRplus

16

Tableaux additionnels : p. ex., agents de financement x maladie

	FA x I									
	HF.1 Secteur public					HF.2 Secteur privé				
	HF.1.1 : Administration publique (hors administration de sécurité sociale)			HF.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HF.2.5.1 Entreprises publiques à caractère économique et commercial	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.3 Versements directs des ménages	HF.2.5.2 Entreprises privées à caractère économique et commerciale	HF.3 Reste du monde	Totaux des rangées et mesures des dépenses totales
	HF.1.1.1 Admin. centrale	HF.1.1.2 Admin. d'états fédérés/de provinces	HF.1.2 Admin. de sécurité sociale							
GBD.1 Maladies										
GBD.1.1.2 Maladies										
GBD.2 Maladies non infectieuses										
GBD.3 Blessures										
Total										

PHRplus

Module 4 - Exercices

Question 1 à discuter

Que sont les assurances sociales, et quand sont-elles censées être privées ou publiques ?

Réponse :

Formation national, exercice 1

Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Comment trieriez-vous ces entités – sources ou agents de financement ?

Réponse :

Formation national, exercice 2

Comment classifiez vous les sources et agents de financement de votre pays (en prenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Réponse :

Formation national, exercice 3

Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Comment trieriez-vous ces entités – prestataires et fonctions ?

Réponse :

Formation national, exercice 4

Comment classifiez vous les prestataires et fonctions de votre pays (en prenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Réponse :

Exercice Formation Multinational 1

Classez les entités dont les noms suivent dans les catégories suivantes : Sources de financement, et Agents de financement.

Services médicaux des Forces Armées
Fondation Santé (ONG)
Ménages
Agence de développement International (IDA)
Ministère de l'Éducation
Ministère des Finances
Ministère de la Santé
Ministère de la Justice
Compagnie aérienne nationale
Programme National d'Assurances (PNA)
Commission du Pétrole et du Gaz naturel
Firmes privées, p. ex., Coca-Cola
Assurance privée Inc.

NOTA : certaines entités peuvent être à la fois une source de financement et un agent de financement – p. ex., le MdS et les administrations territoriales. Ceci dépend du contexte du pays et de la nature des fonds reçus et affectés. Cependant, c'est un bon point de départ pour les équipes nationales. Cette liste peut être modifiée et mise à jour au fur et à mesure que l'équipe en apprend davantage sur son système de santé tout en recueillant les données.

Exercice Formation Multinational 2

Affectez les codes de l'CICS aux entités ci-dessus

Réponses aux exercices 1 et 2

Identification des pays et classification des sources de financement	
Code CICS	Description

Identification des pays et classification des agents de financement	
Code CICS	Description

Exercice Formation Multinational 3

Classez les entités dont les noms suivent dans les catégories suivantes : Prestataires et Fonctions.

Administration du Programme National d'Assurances
Transports par ambulance
CATSCAN (scanner)
Soins dentaires
Soins infirmiers pour personnes âgées
Clinique de planification familiale
Programme de prévention et d'éducation de santé
Appareils auditifs
Soins curatifs en milieu hospitalier
Tests de Laboratoire
Centre hospitalier universitaire
Sage-femme
Pharmacies privées
Salaires du personnel du MdS
Salaires des médecins
Guérisseur traditionnel
Clinique de gynécologie/obstétrique

Exercice Formation Multinational 4

Affectez les codes de l'CICS aux entités ci-dessus

Réponses aux exercices 3 et 4

Identification des pays et classification des prestataires	
Code CICS	Description

Identification des pays et classification des fonctions	
Code CICS	Description

Question supplémentaire

Comment classeriez-vous les activités ci-dessous dans le cas d'une classification fonctionnelle ?

Les bailleurs de fonds ont communiqués leurs dépenses selon la ventilation suivante :	Classification CNS ?
Services de soins primaires Services de soins secondaires/tertiaires Formation Recherche Information, éducation et communication Administration	

Module 4 - Réponses

Question 1 à discuter

Que sont les assurances sociales, et quand sont-elles censées être privées ou publiques ?

Réponse :

Pour simplifier, une assurance impose par le gouvernement (par décret ou loi) est considérée come une assurance sociale. Le type de gestion des fonds d'assurances détermine s'il s'agit d'assurances sociales publiques ou privés.

Formation national, exercice 1

Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Comment trieriez-vous ces entités – sources ou agents de financement ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Formation national, exercice 2

Comment classifiez vous les sources et agents de financement de votre pays (en prenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Formation national, exercice 3

Quelles sont les principales entités du secteur de la santé dans votre pays ? Comment trieriez-vous ces entités – prestataires et fonctions ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Formation national, exercice 4

Comment classifiez vous les prestataires et fonctions de votre pays (en prenant compte des besoins nationaux et internationaux) ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays tout en suivant la classification CICS le plus possible.

Exercice Formation Multinational 1

Classez les entités dont les noms suivent dans les catégories suivantes : Sources de financement, et Agents de financement.

Services médicaux des Forces Armées
Fondation Santé (ONG)
Ménages
Agence de développement International (IDA)
Ministère de l'Éducation
Ministère des Finances
Ministère de la Santé
Ministère de la Justice
Compagnie aérienne nationale
Programme National d'Assurances (PNA)
Commission du Pétrole et du Gaz naturel
Firmes privées, p. ex., Coca-Cola
Assurance privée Inc.

NOTA : certaines entités peuvent être à la fois une source de financement et un agent de financement – p. ex., le MdS et les administrations territoriales. Ceci dépend du contexte du pays et de la nature des fonds reçus et affectés. Cependant, c'est un bon point de départ pour les équipes nationales. Cette liste peut être modifiée et mise à jour au fur et à mesure que l'équipe en apprend davantage sur son système de santé tout en recueillant les données.

Exercice Formation Multinational 2

Affectez les codes de l'CICS aux entités ci-dessus

Réponses aux exercices 1 et 2

Services médicaux des Forces Armées (Agent de financement – HF.1.1.1 Administration centrale sauf Régimes de sécurité sociale, Prestataire – dépend du type d'administration de service)

Fondation Santé (FS.2.3.1 Institutions à but non lucratif – Health Foundation et HF. 2.4 – Institutions à but non lucratif au service des ménages)

Ménages (Sources de financement FS.2.2 – Fonds des ménages et Agents de financement HF.2.3 – Frais médicaux, hors remboursement des ménages)

Agence de développement international (IDA) (FS.3 – Reste du monde et HF.3 – RdM)

Ministère de l'Éducation (Agent de financement HF.1.1.1.2 – Revenus de l'Administration centrale – Ministère de l'Éducation)

Ministère des Finances (Source de financement FS.1.1 – Fonds des collectivités territoriales)

Ministère de la Santé (Agent de financement HF.1.1.1.1 – Revenus de l'Administration centrale – MdS ou peut être [rarement] une source de financement FS.1.1.1 – MdS)

Ministère de la Justice (Agent de financement HF.1.1.1.3 – Revenus de l'Administration centrale – Ministère de la Justice)

Compagnie aérienne nationale (le plus souvent un Agent de financement HF.2.5.1 – Entreprise publique, en fonction de son degré d'autonomie, peut être classée secteur public ou secteur privé. Occasionnellement peut être classée comme une source, FS.1.3. (Recommandé par le GP)

Programme national d'assurances (Agent de financement HF.1.2.1 – À l'intérieur des Régimes de sécurité sociale – assurance sociale publique)

Commission du Pétrole et du Gaz naturel (le plus souvent un Agent de financement HF.2.5.1 – Entreprise publique, en fonction de son degré d'autonomie, la commission peut être classée secteur public ou secteur privé. Occasionnellement, elle peut être classée comme une source FS.1.3)

Firmes privées (Source de financement FS.2.1 –Fonds des employeurs)

Assurance privée Inc. (Agent de financement – HF.2.2 Compagnies d'assurances privées)

Exercice Formation Multinational 3

Classez les entités dont les noms suivent dans les catégories suivantes : Prestataires et Fonctions.

Administration du Programme National d'Assurances
Transports par ambulance
CATSCAN (scanner)
Soins dentaires
Soins infirmiers pour personnes âgées
Clinique de planification familiale
Programme de prévention et d'éducation de santé
Appareils auditifs
Soins curatifs en milieu hospitalier
Tests de Laboratoire
Centre hospitalier universitaire
Sage-femme
Pharmacies privées
Salaires du personnel du MdS

Salaires des médecins
Guérisseur traditionnel
Clinique de gynécologie/obstétrique

Exercice Formation Multinational 4

Affectez les codes de l'CICS aux entités ci-dessus

Réponses aux exercices 3 et 4

Administration du Programme National d'Assurances (Fonction HC.7.2.1 – Administration de la santé et assurance maladie ; assurance sociale)

Transports par ambulance (Fonction HC.4.3 – Transports sanitaires et secours d'urgence)

CATSCAN (Fonction HCR.1 – Formation de capital pour les institutions prestataires de services de santé)

Soins dentaires (Fonction HC.1.3.2 – Soins dentaires ambulatoires)

Soins infirmiers pour personnes âgées (Fonction HC.3.3 – Soins de longue durée)

Clinique de planification familiale (Prestataire HP 3.4.1 – Centres de planification familiale)

Programme de prévention et d'éducation de santé (Fonction HC.6 – Services de prévention et de santé publique)

Appareils auditifs (Fonction HC.5.2.3 – Appareils auditifs)

Tests de Laboratoires d'analyses médicales (Fonction HC.4.1 – Laboratoires d'analyses médicales)

Centre hospitalier universitaire (HP.1.2 – Centres hospitaliers universitaires)

Sage-femme (Prestataire HP.3.3.1 – Cabinets d'autres professionnels de la santé – sage-femme)

Cliniques privées (Prestataire – HP.3.1.1 – Cabinets de médecins privés)

Pharmacies privées (Prestataire HP.4.1.1 – Pharmacies privées)

Salaires du personnel du MdS (Fonction HC.7.1.1 – Administration centrale de la santé)

Salaires des médecins* (question piège !) Les salaires doivent être divisés proportionnellement entre les classifications fonctionnelles des soins en milieu hospitalier et en mode ambulatoire. Idem pour la maintenance.

Guérisseur traditionnel (Prestataire HP 3.9.3 – Cabinets d'autres professionnels de la santé – Guérisseurs traditionnels)

Clinique de gynécologie/obstétrique (Prestataire HP.3.4.9 – Tous les autres centres collectifs de soins ambulatoires et intégrés)(Page 4.128)

Question supplémentaire

Comment classeriez-vous les activités ci-dessous dans le cas d'une classification fonctionnelle ?

Réponse :

Les bailleurs de fonds ont communiqués leurs dépenses selon la ventilation suivante :	Classification CNS ?
Services de soins primaires Services de soins secondaires/tertiaires Formation Recherche Information, éducation et communication Administration	

Les bailleurs de fonds ont communiqués leurs dépenses selon la ventilation suivante :	Classification CNS ?
Services de soins primaires	HC 1.3 Soins curatifs ambulatoires
Services de soins secondaires/tertiaires	HC 1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier
Formation	H.CR 2 Éducation et formation du personnel de santé
Recherche	(HCR 3 Recherche et développement dans le domaine de la santé)
Information, éducation et communication	HC 6.9 Tous les autres services de santé publique
Administration	Administration de la santé et assurance maladie – organismes privés (HC.7.2)/non inclus*

* cela dépends de si ce sont des dépenses en administration dans le système sanitaire ou l'administration interne des bailleurs.

Module 5
Collecte des données

Durée

Formation multinationale : 60 minutes

Formation nationale : 60 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- auront pris conscience des étapes recommandées pour organiser le processus de collecte des données, y compris le plan de collecte des données
- auront reçu les conseils indispensables afin d'assurer la fiabilité et la pertinence des données recueillies
- se seront familiarisés avec diverses sources de données secondaires, y compris leurs avantages et leurs inconvénients
- sauront quand il convient d'effectuer une collecte de données primaires et ce dont il faut tenir compte lors de la formulation de certains instruments d'enquête.

Les objectifs de la présentation

- Prendre conscience des étapes recommandées pour organiser le processus de collecte des données, y compris le plan de collecte des données
- Connaître les conseils indispensables afin d'assurer la fiabilité et la pertinence des données recueillies
- Se familiariser avec diverses sources de données secondaires, y compris leurs avantages et leurs inconvénients
- Savoir quand il convient d'effectuer une collecte de données primaires et ce dont il faut tenir compte lors de la formulation de certains instruments d'enquête

Note pour les formateurs

Maintenant que nous avons présenté les CNS dans leurs grandes lignes, nous sommes prêts à examiner leurs activités fondamentales – la collecte des données appropriées, puis leur analyse. La production de CNS nécessite la collecte de nombreuses données relatives à divers acteurs du secteur de la santé : ministères, bailleurs, ménages, prestataires de soins de santé et organisations telles que des compagnies d'assurances privées, des employeurs et des sociétés pharmaceutiques.

Contenu

- Le processus de collecte des données
- Élaboration d'un plan de collecte des données
- Conseils pour la collecte de données exactes et pertinentes
- Identification de sources de données secondaires : leurs avantages et leurs inconvénients, et comment remédier aux inconvénients
- Collecte des données primaires – principaux éléments des questionnaires d'enquête

Exercices

- Discutez les avantages et les inconvénients des sources de données de votre pays
- Élaborez un plan de collecte de données

I. Le processus de collecte des données

Le formateur doit commencer ce sujet en rappelant aux participants que l'**équipe des CNS doit utiliser les définitions des dépenses de santé identifiées par le pays concerné lorsqu'elle recueille les données.** Dans ce but, il est nécessaire de garder certaines questions présentes à l'esprit lors de l'organisation du processus de collecte des données. Ces questions aident à déterminer quels sont les types « corrects » de données pour les CNS :

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez les diapositives 3 et 4, et animez la discussion en incorporant les informations des Notes pour les présentateurs.

- **Quelles sont les définitions et les limites des dépenses de santé telles qu'elles ont été identifiées par l'équipe du pays ?** Ces définitions doivent être formulées très clairement avant de commencer à planifier les étapes du processus de collecte des données.
- **Quelles sont les questions concernant les choix politiques auxquelles les CNS doivent répondre ?** Ces questions concernant les choix politiques déterminent les types de données sur les dépenses qui sont nécessaires : par exemple, les types de maladies, la ventilation socio-économique ou démographique de la population et le statut juridique des services.
- **Quel niveau de détail est désiré ? À quel niveau les données devraient-elles être ventilées ?** Par exemple, est-ce que les informations devraient être adaptées pour un emploi au niveau régional ou au niveau national ?

Une bonne collecte de données – Les questions initiales auxquelles il faut répondre

- ▲ Quelles sont les définitions et les limites des dépenses pour la santé ?
- ▲ Quelles sont les questions concernant les choix politiques auxquelles les CNS répondent ?
- ▲ Quel niveau de détail est désiré ? A quel niveau les données devraient-elles être ventilées ? Par ex., niveau régional ou niveau national ?

PHRplus

Élaboration d'un plan de collecte des données

En gardant ces questions présentes à l'esprit, le formateur introduit le concept d'élaboration d'un **plan de collecte des données**. Ce plan de collecte des données répond aux questions qui, quels types d'informations, quand et où de la stratégie de collecte des données (GE : pages 71-72, 6.06-6.14) :

- **Qui** sera responsable de la collecte de chaque type de données ?
- **Quels types d'informations** sont nécessaires ? Quel niveau de détail est désiré ? Quelle période les données devraient-elles couvrir ?

L'élaboration d'un plan de collecte des données

Vue d'ensemble du plan d'action pour la collecte des données primaires et secondaires, avec réponses claires aux questions suivantes :

- ▲ Qui est responsable en dernier ressort de la collecte de chaque type de données ?
- ▲ Quels types d'informations sont nécessaires ? Quel est le niveau de détail ? Quelle période devrait être couverte par les données ?
- ▲ Quand les données seront-elles recueillies ? Quelle est la date limite pour l'obtention des données ?
- ▲ Où l'équipe devrait-elle obtenir les données ?
  - ▲ Demandez au Comité de pilotage :
    - △ d'identifier les sources de données secondaires
    - △ de faciliter l'accès aux données

PHRplus

- **Quand** les données seront-elles recueillies ? Quelle est la date limite pour l'obtention des données ?
- **Où** l'équipe devrait-elle s'efforcer de rechercher des données ? Le comité de pilotage pourra faciliter la tâche de l'équipe à ce moment. Il devrait pouvoir aider à identifier des sources de données secondaires et faciliter l'accès à de telles données ?

Pourquoi un plan de collecte des données est recommandé :

- Il assure la ponctualité de la réalisation de l'activité.

L'élaboration d'un plan de collecte des données (suite)

Pourquoi ?

- ▲ **Pour assurer la ponctualité de l'activité**
- ▲ **La division du travail entre les membres de l'équipe rend le processus plus facile à gérer**
- ▲ **Il est plus facile d'identifier toute erreur dans le processus de collecte des données lorsqu'il est divisé en éléments distincts**

PHRplus

- Il permet de répartir les tâches de collecte des données entre les membres de l'équipe.
- Ceci facilite la collecte simultanée de données de sources variées, ce qui contribue à réduire la durée nécessaire à la réalisation de l'activité.
- Il rend également le processus de collecte des données plus facile à gérer parce que chaque membre de l'équipe ou groupe de membres de l'équipe a la responsabilité de la collecte de données de seulement une ou deux sources.
- La division du processus de collecte des données facilite l'identification des erreurs possibles dans ce processus de collecte des données.

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 7 et 8, et animez la discussion en incorporant les informations des Notes pour les présentateurs.

Exemple d'un plan de collecte de données pour des sources secondaires

Plan de collecte des données des CNS du Kenya			
Pour les sources secondaires	DOCUMENTALISTE : Nicoya Ekirn		
Nom de la source de données	Membre de l'équipe des CNS responsable de l'obtention des données	Personne à contacter (p. ex., du Comité de pilotage) pour obtenir des informations	Date limite pour la collecte des sources de données et la rédaction d'un rapport à cet égard à l'équipe
Documentation publique :			
Budgets endossés par le MdS ou ventilation des dépenses engagées 2001-2002, de juin à juillet (pour tous les niveaux, tels que province, district, etc.)	Marina M. Martin (responsable) – Département des Finances, MdS ; Henry G. Orngiego (assistant) – Département du Plan, MdS	Il n'est pas nécessaire de contacter un tiers	1er oct. 2002
Ventilation des dépenses engagées (2001-2002) : autres ministères (y compris NcS, MdJ, collectivités locales, ministère de l'Intérieur)	Marina M. Martin (responsable) – Département des Finances, MdS ; Henry G. Orngiego (assistant) – Département du Plan, MdS	Il faut contacter le PS de chaque Ministère ; Steven Muchiri – Département du Plan ; le MdS facilitera les contacts	15 nov. 2002

Exemple d'un plan de collecte de données pour des sources primaires

Exemple d'un plan de collecte des données pour des sources secondaires						
Pour les sources primaires	DOCUMENTALISTE : Geoffrey Kimani, Département du Plan, MdS					
Nom de la source de données	Membre de l'équipe des CNS responsable de la coordination de la conception et de la formulation des documents pour l'enquête	Personne à contacter (p. ex., du Comité de pilotage) et à consulter lors de la conception de l'enquête	Date limite pour rencontrer la personne à contacter et parachever les documents pour l'enquête	Date limite pour le test préliminaire	Date limite pour mettre en œuvre l'enquête et pour recueillir les données	Date limite pour le nettoyage des données pour les inclurent dans les tableaux
Enquête auprès des compagnies d'assurances	Nicoya Ekirn, Département du Plan, Ministère de	Directeur des Assurances	30 nov. 2002	15 janv. 2003	15 févr. 2003	15-Apr-03
Enquête auprès des ménages	Professeur Ngandu, Université de Nairobi	David Nalo, Directeur, CBS	15 oct. 2002	30 nov. 2003	15 avr. 2003	

PHRplus

Les diapositives 7 et 8 contiennent un plan de collecte des données d'un pays que le formateur devrait présenter comme un format d'illustration pour un plan de collecte des données. Ce plan est structuré sous forme de tableau. Le formateur doit l'utiliser pour présenter le plan de collecte des données. En général, deux tableaux sont préparés – un pour la collecte des données primaires et l'autre pour la collecte des données secondaires. Il est recommandé que toutes les sources de données secondaires soient identifiées en premier ; les informations qui ne peuvent pas être trouvées en consultant les sources secondaires devront être recueillies par des enquêtes spéciales. Les pays ne doivent pas supposer que chaque activité d'élaboration des CNS nécessitera le recueil des données primaires au

moyen d'une enquête – **près de 80 pour cent des données des CNS existent déjà sous diverses formes dans un pays ; la difficulté, c'est d'identifier ces sources de données secondaires et d'obtenir l'accès à ces sources.** À la fin de la présentation, le formateur devra demander aux participants d'élaborer un plan de collecte des données pour leur propre pays.

II. Conseils pour la collecte de données exactes et pertinentes

Les conseils suivants doivent être affichés dans les bureaux de l'équipe des CNS, et les tableaux correspondants doivent être utilisés pour contrôler la progression des activités de collecte des données tout au long du processus (GE : pages 73-75, 6.19-6.32 ; pages 77-79, 6.40-6.60).

- N'oubliez pas votre objectif : compléter les tableaux des CNS.
- Ne vous laissez pas distraire par des sources de données intéressantes ou par le désir de remédier à certaines faiblesses dans les données ; ceci gaspille du temps et des efforts.
- Avant de faire une enquête, commencez par déterminer si les données sont disponibles quelque part.
- Ceci peut nécessiter l'assistance du comité de pilotage des CNS. Par exemple, les résultats d'une enquête auprès des ménages ayant été réalisée il y a un certain temps pourraient être extrapolés de façon à les adapter à la période en cours ; ou les Notes sur le secteur de la santé de la Banque Mondiale pour votre pays pourraient être utiles.
- N'oubliez pas de garder l'esprit critique même quand vous utilisez les données disponibles. Ne supposez pas automatiquement que les données officielles sont correctes. Examinez attentivement la section « méthodologie » de chaque étude et assurez-vous que vous comprenez bien les procédures de collecte des données pour les documents comptables des diverses organisations concernées.

Técnicas para la recolección de datos

- Recuerde su objetivo: completar las tablas de CNS
  - No se distraiga en revisar fuentes de datos interesantes o corrigiendo deficiencias en los datos: es pérdida de tiempo y energía
- Verifique si la información está disponible en otro lugar antes de hacer una encuesta
- Recuerde de ser "crítico" incluso cuando utilice información disponible
- Intente obtener la misma estimación por al menos dos fuentes, es decir verifique la consistencia de la información presentada en diferentes fuentes

Técnicas para la recolección de datos

- También recuerde:
  - ¿Son válidos los datos? ¿Fue correcta la metodología?
  - ¿Cuáles son las clasificaciones utilizadas en la fuente de datos? ¿Y cuáles son las definiciones y límites?
  - ¿Las estimaciones son presentadas como flujo de efectivo o gasto acumulativo devengado?
  - ¿Puede extrapolarse nacionalmente?
  - ¿Es suficientemente amplia la muestra?

- Essayez de vous procurer une estimation de la même catégorie de comptes d'au moins deux sources différentes – c'est ce qu'on appelle « trianguler » des données. La triangulation est basée sur le principe de la vérification d'une estimation par recoupements entre deux sources afin de vérifier si cette estimation est valide et raisonnable. Ceci peut également nécessiter de faire un calcul pour confirmer que l'estimation est dans une plage raisonnable. Par exemple, le MdS affirme que les dépenses des ménages dans les cabinets médicaux privés (CICS – HP.3.1) s'élèvent à 30 millions de $. Vérifiez ce chiffre en faisant un calcul. Déterminez le montant moyen dépensé par médecin privé (le montant des dépenses divisé par le nombre des médecins privés) et déterminez ainsi si ce chiffre est raisonnable ou non. Ou examinez le chiffre de 30 millions de $ correspondant aux paiements versés aux médecins privés qui sont à la charge des patients et jugez-le en fonction du PIB ; est-ce que ce chiffre est raisonnable ? (GE : page 116, 8.50)

Conseils élémentaires pour la collecte de données

- N'oubliez pas votre objectif principal : compléter les tableaux des CNS
  - Ne vous laissez pas distraire par des sources de données intéressantes ou par le désir de remédier à certaines faiblesses de données – ceci gaspille du temps et des efforts
- Commencez par déterminer si les données sont disponibles et ce avant même de faire une enquête
- Gardez toujours un esprit « critique » - même lorsque vous utilisez des données disponibles
- Essayez d'obtenir la même estimation d'au moins deux sources différentes – en d'autres termes, triangulez les données

PHRplus

Conseils élémentaires pour la collecte de données

- N'oubliez pas non plus :
  - Est-ce que les données sont valides ? Est-ce que la méthodologie est valide ?
  - Quelles sont les classifications utilisées par la source de données ? Et quelles sont les définitions et les limites ?
  - Sur quoi repose les estimations (comptabilité de caisse ou d'exercice)
  - Est-ce qu'une extrapolation des données à l'échelle nationale est possible?
  - Est-ce que la taille de l'échantillon est assez grande?

PHRplus

Tout type de données produit par l'élaboration des CNS doit être évalué en posant les questions suivantes afin de déterminer si les données seront utilisées ou non, et quels avertissements, ajustements ou remarques sont nécessaires si les données sont utilisées

- Est-ce que les données sont valides ? Est-ce que la méthodologie est valide ?
- Quelles sont les classifications utilisées par la source de données ? Quelles sont les définitions et les limites ? Par exemple, si les données de l'Association des médecins révèlent qu'ils ont gagné 100 millions de $, êtes-vous en droit de supposer que tout cet argent provient des paiements à la charge des ménages ? Non – une partie de cette somme a été gagnée dans le cadre de contrats conclus avec les employeurs importants.
- Sur quoi reposent les estimations – comptabilité de caisse ou d'exercice ?
- Estimez s'il est possible d'extrapoler les données à l'échelle nationale. La taille de l'échantillon est-elle assez grande ?

III. Avantages et inconvénients des sources de données

Les méthodes de collecte des données peuvent varier en fonction des sources de données. Les sources de données ne sont pas les mêmes d'un pays à un autre ; cependant, certaines des sources communes, ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients, sont énumérés ci-dessous.

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 14, 15 et 16, et expliquez les tableaux aux participants en incorporant les informations des Notes pour les présentateurs.

Table 5.1 Sources de données : Archive de l'État

Sources des données	Avantages	Inconvénients
☐ Dépenses budgétaires (budgets exécutés) ☐ Données économique du recensement ☐ Rapports fiscaux ☐ Données sur les importations et les exportations	☐ Ce type de données est le plus accessible ☐ Données fiables et exactes ☐ Données très complètes pour la couverture de l'activité en question ☐ Disponibilité à intervalles périodiques ☐ Règles de présentation uniformes	☐ Les données peuvent être falsifiées ou déformées pour protéger ou promouvoir un programme ☐ Les données peuvent être ventilées d'une manière qui diffère de la classification des CNS ☐ Divergences entre données épurées et non épurées ☐ Tendance à de longs délais (processus trop bureaucratique d'épuration des comptes)

Source : GE : page.80, Tableau 6.1

Question 1 à discuter

Lorsque le formateur passe en revu chaque catégorie de donnés, il demande au participants qu'elle catégorie de donnés sont disponible dans leur pays et quelles sont leurs avantages et inconvénients

Quels types de sources de données sont disponibles dans votre/vos pays et quels sont leurs points forts et leurs points faibles ?

Reponse

Les participant de divers pays doivent partager leur savoir et identifié les différentes sources de donnés de leurs pays. Ils devraient écrirent leurs réponses dans les tableaux distribuées par le formateur. Des copies de ces tableaux ce trouve dans le manuel du participant. Ces informations aideront à répondre à la question qui suit demandant au participants de préparé leurs plan de collecte des donnés.

Lorsque le formateur passe en revu chaque catégorie de donnés, il demande au participants qu'elles catégorie de donnés sont disponible dans leur pays et quelles sont leurs avantages et inconvénients

Les participant de divers pays doivent partager leur savoir et identifié les différentes sources de donnés de leur pays. Ils devraient écrirent leurs réponses dans les tableaux distribuées par le formateur. Des copies de ces tableaux ce trouve dans le manuel du participant. Ces informations aideront à répondre à la question qui suit demandant au participants de préparé leurs plan de collecte des donnés.

Lorsqu'il discute les archives de l'État, le formateur doit faire la distinction entre les documents portant sur les dépenses prévues (le budget), le budget exécuté mais non vérifié (ce qui a été dépensé mais n'a pas encore été vérifié) et le budget exécuté et vérifié (ce qui a été dépensé et a été officiellement vérifié).

Les exemples d'archives de l'État inclus dans le paquet remis aux participants sont organisés de façons qui permettent aux participants de classer les données dans les catégories des CNS, mais la correspondance n'est pas toujours facile à établir. Par exemple, les postes de dépenses publiques peuvent être divisés en « dépenses périodiques » et en « dépenses d'équipement », ou ils peuvent être organisés par « départements » ou par « programmes », ou selon une combinaison de ces trois critères. Le formateur doit demander aux participants comment leurs pays présentent les archives de l'État. Lorsqu'elles analysent leur utilité aux fins de l'élaboration des CNS, les équipes auront besoin de connaître la définition des différentes composantes et les limites de chaque poste comptable selon la nomenclature gouvernementale, et elles devront savoir si le gouvernement gère ses comptes selon la comptabilité de caisse ou selon la comptabilité d'exercice. Ces informations permettront aux membres des équipes de CNS de faire correspondre les codes des postes de comptabilité publique aux classifications des CNS. Toutes les modifications

Table 5.2 Sources des données : Autres documents du secteur publique

Sources des données	Avantages	Inconvénients
☐ Rapports de commissions gouvernementales (documents spécifiques) ☐ Études universitaires ☐ Rapports ou études d'ONG ☐ Rapports sur le pays par les bailleurs de fonds	☐ Richesse en matière de détails sur des points particuliers ☐ Bon pour la 'triangulation'	☐ Portée géographique ou démographique limitée ☐ Rigueur analytique variable ☐ Les catégories ne correspondent pas toujours aux besoins des CNS ☐ Ne sont pas fait tous les ans

Source : GE : page 80, Tableau 6.1

apportées aux données afin de se conformer aux catégories de la CICS devront être documentées soigneusement.

Table 5.3 Sources des données : Documents des compagnies d'assurances

Sources des données	Avantages	Inconvénients
☐ Compagnie d'assurance ou organisations individuelles ☐ Obtenues des organisations syndicales patronales ☐ Obtenues des administrations réglementaires (p. ex., licences) ou financières (p. ex., fiscalité)	☐ Limité au dépenses des soins de santé et dépenses reliés ☐ Accès limité (disponibles seulement a la fin de l'année fiscal)	☐ Détails fonctionnels insuffisants pour les CNS ☐ Exclusion vraisemblable des paiements de patients en termes de ticket modérateur et de franchises ☐ Pas de système d'information centralisé et difficulté à obtenir des informations de tous les assureurs d'un pays ☐ Réticence généralisée en ce qui concerne la divulgation de certaines informations privées, telles que les rapports de profits et pertes

Source : GE : page 80, Tableau 6.1

Note pour les formateurs

Projetez les diapositives 17 et 18, et animez la discussion en incorporant les informations des Notes pour les présentateurs.

Les documents des compagnies d'assurances sont généralement difficiles à obtenir sous forme brute. La plupart du temps, il est nécessaire d'effectuer une certaine sorte d'enquête.

Table 5.4 Sources des données : Document des prestataires de soins

Sources des données	Avantages	Inconvénients
☐ Obtenues des prestataires de soins ☐ Obtenues des administrations réglementaires (p. ex., licences) ou financières (p. ex., fiscalité) ☐ Obtenues des organisations syndicales patronales ☐ Enquêtes réalisées sur les prestataires ☐ Enquêtes réalisées sur les ménages	☐ Informations précises et complètes sur les dépenses de santé pertinentes ☐ Les documents sont limités au secteur de la santé	☐ La précision de telles informations est douteuse étant donné que certains prestataires de soins (p. ex., du secteur privé) sont parfois réticents à divulguer des informations financières véridiques (p. ex., de peur qu'elles ne soient révélées au fisc) ☐ Il peut exister un grand nombre de prestataires de soins dans un pays donné, et il peut être difficile d'obtenir un échantillon représentatif. ☐ La présence d'une économie informelle, souvent considérable, (les guérisseurs traditionnels) crée des difficultés quand il s'agit de déterminer les données en matière de dépenses

Source : GE : page 80, Tableau 6.1

Table 5.5 Sources des données : Enquêtes ménages		
Sources des données	Avantages	Inconvénients
☐ **EDS** ☐ **LSMS** ☐ **Enquêtes sur la main d'œuvre** ☐ **Enquêtes sur les dépensesdes ménages** ☐ **Recensements**	☐ Lien direct avec les caractéristiques sociales, économiques, démographiques, etc. des patients ☐ Possibilité de personnaliser les données pour saisir les informations exactes dont on a besoin ☐ Informations les plus précises sur les dépenses des ménages – utiles pour effectuer une analyse de l'équité	☐ Comme ces enquêtes spécifiques coûtent cher et prennent beaucoup de temps, les données sont souvent anciennes ou doivent être extrapolées pour l'année en cours. Les extrapolations causent des inexactitudes ☐ Risque d'erreurs d'échantillonnage et de non échantillonnage ☐ Les documents ne concernent que les services médicaux individuels, et ne peuvent pas servir à estimer les dépenses liées aux services collectifs ou aux services de santé publique. ☐ Les enquêtes génériques sur les ménages (p. ex., EDS, enquêtes sur les revenus des ménages et sur le bien-être social) sont plus fréquentes mais ne comprennent pas nécessairement toutes les questions appropriées pour les soins de santé

Source : GE : page 80, Tableau 6.1

Table 5.6 Sources des données : Documents des bailleurs de fonds		
Sources des données	Avantages	Inconvénients
☐ Enquêtes sectorielles ☐ Rapports sur les dépenses publiques ☐ EDS ☐ Rapports sur les dépenses pour des services spécifiques (FP, SR) ☐ Rapports de donateurs sur leurs contribution a la santé	☐ Enquêtes annuelles systématiques sur l'assistance fournie par tous les bailleurs de fonds ☐ Elles fournissent des informations sur le secteur de la santé (p. ex., rapport de la BM sur le secteur de la santé) ainsi que sur l'environnement socio-économique dans le pays ☐ Elles énumèrent les principaux acteurs dans le secteur de la santé	☐ Parfois trop génériques¬ Différence entre les décaissements des bailleurs de fonds et ceux des ministères Il est difficile d'attribuer une valeur monétaire aux dons en espèce Lorsque des bailleurs de fonds font un don directement à une ONG ou à une entité locale, les données sur le financement sont absentes dans la plupart des cas

Source : OMS, Banque Mondiale, USAID 2003

Des exemples de documents de prestataires de soins sont présentés sur les polycopiés distribués par le formateur. Le Manuel du participant en contient également des copies.

IV. Comment aller au-delà des limitations des données

Un responsable de la comptabilité des dépenses de santé rencontrera probablement trois types de problèmes en s'efforçant de recueillir des informations.

- Existence de contradictions entre les sources de données
- Limitations des sources existantes pour certaines données
- Absence de sources pour certaines données

On trouvera ci-dessous quelques suggestions sur des façons de résoudre chacun de ces trois problèmes.

Existence de contradictions entre les sources de données : il est très utile de disposer de plusieurs sources pour les mêmes données, même quand elles produisent des chiffres différents. Vous devez faire ce qui suit pour déterminer quels chiffres sont corrects :

- Comparez la méthodologie utilisée par chaque source ; laquelle est la plus complète et la plus rigoureuse ?
- Déterminez exactement ce qui est inclus dans chaque chiffre. Par exemple, l'estimation du MdS pour les dépenses d'équipement peut être beaucoup plus élevée que celles du MdF ; vous découvrirez peut-être que le chiffre du MdS inclut le financement par les bailleurs de fonds.
- Vérifiez si toutes les sources de données utilisent la même période, la comptabilité de caisse ou d'exercice, et le même taux de change.
- Demandez conseil à des experts ou à des membres du comité de pilotage.
- Si deux estimations de dépenses diffèrent de moins de deux pour cent du total des dépenses de soins de santé, il n'est généralement pas utile de s'efforcer de réconcilier les deux chiffres ; dans ce cas, choisissez l'estimation la plus prudente.

Limitations des sources existantes pour certaines données : pour prendre un exemple, il vaut mieux avoir une seule source de données que ne pas avoir de données du tout, mais **des contrôles rigoureux de validité et d'exactitude doivent être réalisés pour s'assurer que les données sont valides.** Pour ce faire, l'équipe des CNS doit mettre au point des méthodes permettant d'estimer les mêmes valeurs de façon différente. Des aberrations peuvent être détectées en examinant les informations applicables aux périodes antérieures.

Absence de sources pour certaines données : dans un tel cas, la collecte de

données primaires est la seule solution. Ceci arrive souvent en rapport avec l'estimation des paiements à la charge des patients, qui nécessitent des enquêtes auprès des ménages. Les enquêtes peuvent être divisées en deux types, en fonction de leur envergure.

- *les enquêtes de grande envergure*, telles que les enquêtes réalisées auprès des ménages ou des prestataire des soins de santé, portent sur des échantillons de grande taille, sont complexes, nécessitent l'engagement de ressources considérables et doivent être conduites par des statisticiens professionnels et des spécialistes de telles enquêtes. La Direction des statistiques d'un pays est l'organisme le plus approprié pour faire un tel travail. La bibliographie à la fin du module contient des publications indiquant comment conduire des enquêtes auprès des ménages. Mais le rôle de l'équipe des CNS est de promouvoir la réalisation de telles enquêtes, puis de superviser leur réalisation par une équipe d'enquêteurs spécialisés.
- *les enquêtes de faible envergure* portent sur des échantillons de faible taille, tels que des compagnies d'assurances, des employeurs importants, des hôpitaux et des organismes gouvernementaux, peuvent être réalisées par l'équipe des CNS. Les membres de cette équipe nécessiteront peut-être une formation en méthodes d'enquête (cf. bibliographie).

V. Collecte des données primaires : principaux éléments des questionnaires d'enquête

S'il lui reste du temps, le formateur voudra peut-être expliquer certains des principaux éléments de questionnaires d'enquête choisis. Des exemples de chaque type de questionnaire figurent sur les polycopiés distribués par le formateur. Le Manuel du participant en contient également des copies. Voici quelques directives générales pour élaborer des questionnaires d'enquête :

Amélioration de la qualité des données des enquêtes

- ▲ Réduction de la partialité des cadres d'échantillonnages – ceci se produit lorsque l'échantillon n'est pas vraiment représentatif de la population (c. à d., votre dénominateur n'est pas connu)
- ▲ Réduction de l'erreur d'échantillonnage – ceci se produit lorsque les résultats sont basés sur un échantillon et généralisés pour l'ensemble de l'univers ; réduction possible si l'on augmente la taille de l'échantillon
- ▲ Réduction de l'erreur de non échantillonnage – ceci se produit lorsque les questions des enquêteurs «ne pose pas les questions nécessaires» ou «lorsque les réponses ne sont pas satisfaisantes» ; résolution en effectuant une conception plus soigneuse de l'enquête et en la testant sur le terrain avant de l'administrer à tout l'échantillon ciblé.

PHRplus

- *Réduction de la partialité des cadres d'échantillonnage* : le cadre d'échantillonnage est empreint de partialité lorsque **l'échantillon n'est pas véritablement représentatif de l'univers** (la population) ; dans un tel cas, l'extrapolation des résultats de l'échantillon à la totalité de la population peut induire en erreur. Les effets de ce problème peuvent être réduits si l'on s'assure que l'échantillon est représentatif de l'univers ciblé, ce qui signifie que chaque membre de l'univers a une chance égale d'être sélectionné. Les principales caractéristiques et leur proportion dans la population d'un tel univers doivent être identifiées afin de pouvoir concevoir une approche

représentative de l'échantillonnage (cadre d'échantillonnage) (GE : page 76, 6.38-6.39 ; pages 112-113, 8.30-8.31).

- *Réduction de l'erreur d'échantillonnage* : lorsque les résultats basés sur un échantillon (quelques unités représentatives choisies dans un certain univers) sont utilisés pour faire une extrapolation à l'ensemble de l'univers (y compris toutes les unités qui n'ont pas été observées), il existe un **risque d'erreur en ce qui concerne la détermination des financements**. Par exemple, l'échantillon est différent de ce que l'observation serait pour l'ensemble de l'univers - p. ex., dans l'échantillon des hôpitaux, 10 % des recettes proviennent des services ambulatoires, mais le pourcentage réel peut être nettement plus élevé ou moins élevé à l'échelle nationale. Les effets d'une telle erreur peuvent être réduits, mais ils ne peuvent jamais être complètement éliminés. Pour produire des estimations quant à l'erreur d'échantillonnage, il est nécessaire d'obtenir des informations sur la taille de l'échantillon et l'homogénéité de la population (GE : page 76, 6.35 ; pages 109-110, 8.17-8.21).
- *Réduction de l'erreur de non-échantillonnage* : cette erreur se produit lorsque l'enquête **ne pose pas les questions nécessaires ou lorsque les réponses ne sont pas satisfaisantes**. Pour éviter ce problème, il faut prendre certaines précautions lors de l'élaboration du questionnaire d'enquête et le tester sur le terrain avant de le mettre en œuvre sur une grande échelle (GE : page 76, 6.36-6.37 ; pages 110-112, 8.22-8.29).
- *Augmentation de la taille de l'échantillon* : l'augmentation de la taille de l'échantillon est une façon de **réduire l'erreur d'échantillonnage**. Cependant, comme l'augmentation de la taille de l'échantillon augmente le coût de l'enquête, une telle solution ne doit être envisagée qu'après avoir essayé toutes les autres options, et seulement après avoir éliminé la partialité du cadre d'échantillonnage et les erreurs de non-échantillonnage.

Pour les compagnies d'assurances générales, cherchez à obtenir des données sur les recettes et les dépenses de paiement des sinistres pour leurs produits de santé seulement. **Les questionnaires des enquêtes auprès des compagnies d'assurance maladie** doivent inclure les éléments suivants :

- Indiquez si l'assureur est une entreprise privée à but lucratif, une entreprise du secteur public ou une entreprise du secteur non gouvernemental à but non lucratif.

Questionnaires relatifs à l'assurance maladie

1. **Précisez s'il s'agit du secteur privé à but lucratif, du secteur public ou du secteur non gouvernemental à but non lucratif**
2. **Essayez de faire des ventilations afin de tenir compte du nombre de « groupes/ compagnies », et assurés « individuels/ familles »**
3. **Obtenez la même ventilation pour les primes et pour les prestations (généralement au niveau du prestataire de soins ; il est difficile d'obtenir une ventilation fonctionnelle)**

- Essayez d'obtenir une ventilation entre les nombres d'assurés « groupe/entreprise » et « personne physique/famille ».
- Obtenez la ventilation des recettes provenant des primes et des dépenses résultant du paiement de prestations (généralement au niveau du prestataire – il est difficile d'obtenir des données fonctionnelles).
- Demandez si les recettes sont comptabilisées en utilisant la comptabilité de caisse ou la comptabilité d'exercice.

Questionnaires relatifs à l'assurance maladie (suite)

4. Demandez si la comptabilité d'exercice ou la comptabilité de caisse est utilisée
5. Y a-t-il une réception de subventions publiques – sont-elles en espèces ou en nature ?
6. Y a-t-il une réception de prêts ou de subventions de bailleurs de fonds ?
7. Demandez quel pourcentage des primes des polices d'assurance vie/maladie combinées couvrent les sinistres vie et les sinistres maladie

PHRplus

- Demandez si l'assureur reçoit des ressources de l'État en espèces ou en nature, et demandez-lui comment les ressources seront utilisées (par exemple, s'agit-il d'une subvention destinée aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer la totalité de la prime ?)
- Demandez si l'assureur reçoit des prêts ou des subventions des bailleurs de fonds.
- Demandez quelle est la ventilation des primes des polices vie/maladie combinées en terme d'affectation aux prestations d'assurance vie et aux prestations d'assurance maladie.

Questionnaires administrés aux employeurs

1. Statut juridique de l'entreprise (publique à caractère industriel ou commercial, privée, etc.)
2. Principale activité de l'entreprise
3. Effectifs couverts par l'assurance, et inclusion ou exclusion des personnes à charge

PHRplus

Questionnaires administrés aux employeurs (suite)

4. Montant total payé par la firme en primes pendant la période visée
5. Les membres du personnel sont-ils tenus de cotiser pour l'assurance maladie ? Si oui, combien ?
6. Quels services de santé sont couverts ?
7. Est-ce que l'État ou un autre organisme contribue aux prestations de santé offertes par la firme ?

PHRplus

Les questionnaires des enquêtes auprès des employeurs doivent inclure les éléments suivants :

- Statut juridique (para-public, privé, etc.)
- Activité principale de la société
- Demandez si l'entreprise est auto-assurée (couvrant directement les frais de santé de ses employés) ou si elle paie des primes à une compagnie d'assurance maladie extérieure, ou si elle contribue simplement à un régime public d'assurance maladie.
- Nombre des employés couverts par une police d'assurance maladie, et indication de l'inclusion/exclusion des personnes à charges dans cette police.
- Quels sont les services de santé qui sont couverts ?
- Montant total payé par la firme en primes donnant droit à des prestations pendant la période visée (s'applique à la fois aux entreprises qui sont auto-assurées et à celles qui souscrivent des polices auprès d'assureurs tiers).

- Les membres du personnel paient-ils des cotisations pour l'assurance maladie ; dans l'affirmative, combien ?
- Est-ce que l'État ou un autre organisme contribue aux prestations de santé offertes par la firme ?
- Est-ce que la firme a remboursé les membres de son personnel pour les dépenses médicales à leur charge ? Dans l'affirmative, combien ? (Par exemple, combien la firme rembourse-t-elle aux organismes publics et privés ?)
- Est-ce que la firme fournit des services sur place ? Dans l'affirmative, en quoi consistent-ils ? Si c'est le cas, est-ce qu'une autre ONG apporte des contributions à de tels services ?

Questionnaires administrés aux employeurs (suite)

8. Est-ce que la firme a remboursé ses employés pour les dépenses médicales à leur charge. Si oui, combien ?
   - ▲ Combien la firme rembourse-t-elle aux établissements privés et publics ?
9. Est-ce que la firme fournit des services sur place ? Si oui, en quoi consistent-ils ? Est-ce qu'une autre ONG fait des contributions à de tels services ?

PHRplus

Il est parfois difficile de réaliser une enquête auprès d'un échantillon d'employeurs privés en raison de l'absence d'un cadre d'échantillonnage établi. L'univers – le nombre réel de firmes – n'est peut-être pas connu, en particulier dans les pays où beaucoup de petites entreprises ne sont pas viables et sont fréquemment remplacées. En dépit de cette situation, ceci n'affectera peut-être pas l'activité des CNS si les dépenses des entreprises ne représentent qu'une faible proportion des dépenses totales pour les soins de santé.

Les questionnaires des enquêtes auprès des bailleurs de fonds doivent inclure les éléments suivants :

- Quels projets sont financés par un bailleur de fonds, et à quelle hauteur ces projets sont-ils financés ?
- Quel est l'établissement qui bénéficie du versement de tels fonds ? (N'oubliez pas de noter toutes les ONG prestataires de soins qui reçoivent des fonds.)
- Le bailleur est-il multilatéral ou bilatéral?

Questionnaires administrés aux bailleurs de fonds

- ▲ Quels projets sont financés par un bailleur de fonds, et à quelle hauteur ces projets sont-ils financés ?
- ▲ Quel est l'établissement qui bénéficie du versement de tels fonds ? (N'oubliez pas de noter toutes les ONG prestataires de soins qui reçoivent des fonds)
- ▲ Les projets sont-ils multilatéraux ou bilatéraux ?

PHRplus

Questionnaires administrés aux prestataires de soins privés

- ▲ Total des fonds reçus de diverses entités, p. ex., patients, État, employeurs, compagnies d'assurances, etc.
- ▲ Où va l'argent ? Quels types de fonctions ?

PHRplus

Les questionnaires des enquêtes auprès des prestataires de soins privés peuvent inclure les éléments suivants :

- Total des fonds reçus de diverses entités (p. ex., patients, État, employeurs et compagnies d'assurances)
- Quels types de fonctions ? (C. à d., quel type de prestataire de soins de santé : centre de soins ambulatoires, hôpital, laboratoire, pharmacie de vente au détail, etc.)
- Si possible, demandez à tous les prestataires de soins de santé d'indiquer quel pourcentage, le cas échéant, de leurs recettes sont utilisées pour acheter des médicaments.

Les questionnaires des enquêtes auprès des guérisseurs traditionnels peuvent inclure les éléments suivants :

- Comment les patients rémunèrent-ils les guérisseurs traditionnels pour leurs services ? En espèces, en nature ou par des « cadeaux » ?
- Déterminez la valeur marchande des « cadeaux » ou des paiements non monétaires.
- Pourquoi les patients se sont-ils intéressés à un guérisseur traditionnel (opinion du guérisseur traditionnel) ? Pour des raisons de santé, de bien-être, etc. ? (Souvenez-vous des limites des dépenses pour la santé !)
- La période de rappel doit être courte (un mois ou moins), sauf si le guérisseur traditionnel tient une comptabilité.
- Est-ce que le VIH/sida peut être inclus dans cette étude ? Ce sera difficile.

VI. Application de ce module

À l'issue de la présentation, le formateur doit diviser la classe en équipes de pays individuels et demandez au membre de chaque équipe qui a le rang le plus élevé d'animer les travaux du groupe afin de déterminer le plan de collecte des données de l'équipe. Les accords conclus pour chaque tâche doivent être écrits sur un tableau à feuilles mobiles ; les participants peuvent également les écrire sur des feuilles distribuées par le formateur. Le Manuel du participant en contient également des copies.

Références

Aday, Lu Ann. 1999. *Designing and conducting health surveys*. Deuxième édition. Portland, Oregon : Book News, Inc.

Berman, P. 1996. *National Health Accounts in Developing Countries : Appropriate Methods and Recent Applications.* Cambridge, Massachusetts : Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. (sur le CD des ressources pour les CNS)

Floyd J., Jr. « Improving Survey Questions: Design and Evaluation ». *Applied Social Research Methods* 38. Portland, Oregon : Book News, Inc. Fowler Annotation.

Korn, K.L. et G.I. Graubard. 1999. *Analysis of Health Surveys*. Portland, Oregon : Wiley-Interscience. Juillet

Musgrove, P. 1996. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. Discussion Paper No. 339. Washington, DC : Banque mondiale (Références pour l'élaboration d'enquêtes auprès des ménages).

Rannan-Eliya, R. et P. Henderson. 1997. Estimating Household Health Expenditures: A Technical Note. Préparé pour la première réunion de la LAC National Health Accounts Initiative. Cuernavaca, Mexique. Avril.

Rea, L.M. et R. Parker, R. 1997. *Designing and Conducting Survey Research: A Comprehensive Guide*. 2e édition. San Francisco : Jossey-Bass.

Salant, P. et D.A. Dillman. 1994. *How to Conduct Your Own Survey*. 1e édition. New York, NY : John Wiley & Sons.

Organisation Mondiale de la Santé, Banque mondiale et United States Agency for International Development. 2003. *Guide pour la production de comptes nationaux de la santé avec application spéciale pour les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé, 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 ; Systèmes de santé : Amélioration des performances*, Chapitres 4, 5. Genève, Suisse : OMS. (sur le CD des ressources pour les CNS)

Module 5
Diapositives associées à la présentation

1

PHRplus

Module 5 :
La collecte des données

USAID

The PHRplus Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- Prendre conscience des étapes recommandées pour organiser le processus de collecte des données, y compris le plan de collecte des données
- Connaître les conseils indispensables afin d'assurer la fiabilité et la pertinence des données recueillies
- Se familiariser avec diverses sources de données secondaires, y compris leurs avantages et leurs inconvénients
- Savoir quand il convient d'effectuer une collecte de données primaires et ce dont il faut tenir compte lors de la formulation de certains instruments d'enquête

PHRplus

3

Organisation du processus de collecte des données

PHRplus

4

Une bonne collecte de données – Les questions initiales auxquelles il faut répondre

- ▲ **Quelles sont les définitions et les limites des dépenses pour la santé ?**
- ▲ **Quelles sont les questions concernant les choix politiques auxquelles les CNS répondent ?**
- ▲ **Quel niveau de détail est désiré ? A quel niveau les données devraient-elles être ventilées ? Par ex., niveau régional ou niveau national ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 1 : par exemple, si l'eau et l'hygiène ne sont pas incluses dans la définition de la santé, il n'est pas nécessaire de recueillir des informations sur les dépenses en rapport avec l'eau et l'hygiène.

Point 2 : il est important de garder présent à l'esprit les choix politiques qui devront être informés par des données particulières dérivées des CNS. Par exemple, au Maroc, la SMI est un sujet très important pour l'élaboration de politiques parce que les mères et les enfants sont la population visée par le MdS. Par conséquent, l'exercice de préparation des CNS a produit des informations sur les dépenses en matière de SMI.

Point 3 : dans un pays où la décentralisation est une question politique importante, les informations devront peut-être être suffisamment ventilées pour permettre de produire des résultats nationaux et des résultats régionaux.

5

L'élaboration d'un plan de collecte des données

Vue d'ensemble du plan d'action pour la collecte des données primaires et secondaires, avec réponses claires aux questions suivantes :

- **Qui est responsable en dernier ressort de la collecte de chaque type de données ?**
- **Quels types d'informations sont nécessaires ? Quel est le niveau de détail ? Quelle période devrait être couverte par les données ?**
- **Quand les données seront-elles recueillies ? Quelle est la date limite pour l'obtention des données ?**
- **Où l'équipe devrait-elle obtenir les données ?**
  - **Demandez au Comité de pilotage :**
    - **d'identifier les sources de données secondaires**
    - **de faciliter l'accès aux données**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Dans de nombreux pays, jusqu'à 80 % des données peuvent être trouvées dans un format standard ; en d'autres termes, elles existent sous forme de données secondaires. Les rapports et les autres documents statistiques nationaux existants peuvent constituer d'excellentes sources de données ou être utilisés pour identifier d'autres sources d'informations.

Le plan de collecte des données répond aux questions qui, quels types, quand et où pour la stratégie de collecte des données.

Qui : lors de la division des tâches, il est essentiel de disposer de définitions claires de façon à ce que les informations recueillies par deux personnes différentes soient parallèles – en d'autres termes, qu'elles correspondent à une définition commune.

Quels types : pour répondre à cette question il est nécessaire de définir « en quoi consiste la santé ». Retournez toujours aux limites de la santé ainsi qu'aux limites géographiques et temporelles. Dans certains cas, différentes entités auront des exercices fiscaux différents - p. ex., les CNS peuvent porter sur une année civile, telle que 2004, mais l'exercice fiscal de l'État peut être compris entre octobre 2003 et septembre 2004. Dans ce cas, vous devrez recueillir des informations pour deux exercices fiscaux et les ventiler sur une base mensuelle afin de pouvoir calculer les dépenses correspondant à l'année civile utilisée pour l'estimation des CNS. Le niveau de détail nécessaire à la collecte des informations est également un problème qui doit être résolu. Rappelez-vous que vous n'avez pas seulement besoin d'informations générales sur les dépenses pour les soins de santé – vous aurez également besoin des éléments constitutifs de telles informations afin de pouvoir répartir ces informations entre les tableaux FS à HF à HP à HC, etc.

Quand : il est important d'avoir une date limite clairement définie. La collecte des données peut devenir un exercice qui n'en finit jamais. Ne passez pas tout votre temps à recueillir des données. N'oubliez jamais l'essentiel : pour quelle raison recueillez-vous des données ?

Où : le comité de pilotage peut vous apporter de l'assistance pour identifier les sources de données parce qu'il représente des organismes variés, et ses membres savent donc comment ces organismes fonctionnent et quels types d'informations ils possèdent. Le comité de pilotage peut aussi ouvrir des portes aux membres des équipes de CNS en établissant des contacts avec des responsables de haut niveau dans leurs organismes respectifs qui sont en mesure de communiquer des informations.

6

L'élaboration d'un plan de collecte des données (suite)

Pourquoi ?

- ▲ **Pour assurer la ponctualité de l'activité**
- ▲ **La division du travail entre les membres de l'équipe rend le processus plus facile à gérer**
- ▲ **Il est plus facile d'identifier toute erreur dans le processus de collecte des données lorsqu'il est divisé en éléments distincts**

PHRplus

De nombreux pays ont déterminé qu'il est préférable qu'un ou deux membres soient responsables d'une ou deux sources de données seulement chacun.

Il faut être flexible et considérer le processus comme itératif dans lequel, par exemple, on peut avoir eu un certain plan pour la collecte des informations à l'origine, mais au fur et à mesure de l'application de ce plan, on peut avoir constaté que des changements de l'approche initiale étaient nécessaires et effectué alors les révisions nécessaires.

7

Exemple d'un plan de collecte de données pour des sources secondaires

Plan de collecte des données des CNS du Kenya			
Pour les sources secondaires	DOCUMENTALISTE : Nzoya Dhim		
Nom de la source de données	**Membre de l'équipe des CNS responsable de l'obtention des données**	**Personne à contacter (p. ex., du Comité de pilotage) pour obtenir des informations**	**Date limite pour la collecte des sources de données et la rédaction d'un rapport à cet égard à l'équipe**
Documentation publique :			
Budgets exécutés par le MdS ou rentabilité des dépenses engagées 2001-2002, de juin à juillet (pour tous les niveaux, tels que province, district, etc.)	Mbeira M. Martin (responsable) – Département des Finances, MdS ; Henry G. Onyiego (assistant) – Département du Plan, MdS	Il n'est pas nécessaire de contacter un tiers	1er oct. 2002
Rentabilité des dépenses engagées (2001-2002) ; autres ministères (y compris MdÉ, MdJ, collectivités locales, Ministère de l'intérieur)	Mbeira M. Martin (responsable) – Département des Finances, MdS ; Henry G. Onyiego (assistant) – Département du Plan, MdS	Il faut contacter le PS de chaque Ministère : Steven Muchiri – Département du Plan ; le MdS facilitera les contacts	15 nov. 2002

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Cet exemple est extrait de l'activité des CNS au Kenya. Étant donné que la plupart des données sont disponibles sous forme de sources secondaires, il est recommandé de recueillir et d'examiner toutes les données possibles « disponibles » au préalable, avant d'identifier quelles sources primaires sont nécessaires.

Généralement, vous pouvez créer le plan de collecte des données pendant le premier atelier de formation organisé dans le pays même.

8

Exemple d'un plan de collecte de données pour des sources primaires

Exemple d'un plan de collecte des données pour des sources secondaires						
Pour les sources primaires	DOCUMENTALISTE : Geoffery Kimani, Département du Plan, MdS					
Nom de la source de données	Membre de l'équipe des CNS responsable de la coordination et de la conception et de la formulation des documents pour l'enquête	Personne à contacter (p. ex., du Comité de pilotage) et à consulter lors de la conception de l'enquête	Date limite pour rencontrer la personne à contacter et parachever les documents pour l'enquête	Date limite pour le test préliminaire	Date limite pour mettre en œuvre l'enquête et pour recueillir les données	Date limite pour le nettoyage des données pour les inclurent dans les tableaux
Enquête auprès des compagnies d'assurances	Nzoya Dhim, Département du Plan, Ministère de	Directeur des Assurances	30 nov. 2002	15 janv. 2003	15 févr. 2003	15-Apr-03
Enquête auprès des ménages	Professeur Ngandu, Université de Nairobi	David Nalo, Directeur, CBS	15 oct. 2002	30 nov. 2003	15 avr. 2003	

PHRplus

9

Conseils élémentaires pour la collecte de données

- ▲ **N'oubliez pas votre objectif principal : compléter les tableaux des CNS**
  - ▲ **Ne vous laissez pas distraire par des sources de données intéressantes ou par le désir de remédier à certaines faiblesses de données – ceci gaspille du temps et des efforts**
- ▲ **Commencez par déterminer si les données sont disponibles et ce avant même de faire une enquête**
- ▲ **Gardez toujours un esprit « critique » - même lorsque vous utilisez des données disponibles**
- ▲ **Essayez d'obtenir la même estimation d'au moins deux sources différentes – en d'autres termes, triangulez les données**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Exemple de triangulation des données : les estimations de l'enquête auprès des ménages en ce qui concerne les achats de médicaments dans des pharmacies peuvent être comparées aux estimations des ventes par les organismes représentatifs de l'industrie.

Une fois de plus : n'oubliez pas quel est votre but. Vous ne recueillez pas des informations pour le plaisir de recueillir des informations. Vous devez toujours garder votre objectif présent à l'esprit.

Un point très important : utilisez des données secondaires dans la mesure du possible.

La triangulation des informations est très importante. Par exemple, les informations relatives aux primes d'assurances peuvent parfois être obtenues en s'adressant à l'employeur, à l'assureur et à l'employé/assuré dans le cadre d'une enquête auprès des ménages. Utilisez toutes les sources de données disponibles afin de vérifier la validité des informations.

10

Conseils élémentaires pour la collecte de données

- **N'oubliez pas non plus :**
  - **Est-ce que les données sont valides ? Est-ce que la méthodologie est valide ?**
  - **Quelles sont les classifications utilisées par la source de données ? Et quelles sont les définitions et les limites ?**
  - **Sur quoi repose les estimations (comptabilité de caisse ou d'exercice)**
  - **Est-ce qu'une extrapolation des données à l'échelle nationale est possible?**
  - **Est-ce que la taille de l'échantillon est assez grande?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Si vous voulez élaborer des Comptes Régionaux de la Santé : déterminez d'abord si les données disponibles sont suffisamment nombreuses pour permettre une estimation régionale.

Gardez présente à l'esprit la raison de l'emploi d'estimations des CNS : c'est l'élaboration de politiques. Des « défauts » méthodologiques sont souvent utilisés pour invalider des informations controversées. Par conséquent, il est essentiel d'atteindre un consensus quant à la méthodologie. Par exemple, au Kenya une erreur méthodologique a été citée comme justification d'une décision de ne pas parachever ou officialiser un rapport. Le Maroc a consacré beaucoup de temps à essayer d'atteindre un consensus très large, et aujourd'hui c'est l'un des pays dans lesquels les données ont été utilisées le plus par les divers acteurs du secteur de la santé, y compris le secteur privé, comme dans le cas des sociétés pharmaceutiques.

Les deux dernières questions sont particulièrement appropriées pour les ONG et les prestataires de soins de santé du secteur privé ainsi que les sociétés privées. Pourquoi il est difficile de définir l'échantillon approprié. Nous reviendrons sur ce problème.

11

Commencer par les sources SECONDAIRES

PHRplus

12

Sources des données

Archives de l'État

Sources des données	Avantages	Inconvénients
▲ Dépenses budgétaires (budgets exécutés) ▲ Données économique du recensement ▲ Rapports fiscaux ▲ Données sur les importations et les exportations	▲ Ce type de données est le plus accessible ▲ Données fiables et exactes ▲ Données très complètes pour la couverture de l'activité en question ▲ Disponibilité à intervalles périodiques ▲ Règles de présentation uniformes	▲ Les données peuvent être falsifiées ou déformées pour protéger ou promouvoir un programme ▲ Les données peuvent être ventilées d'une manière qui diffère de la classification des CNS ▲ Divergences entre données apurées et non apurées ▲ Tendance à de longs délais (processus trop bureaucratique d'apuration des comptes)

PHRplus

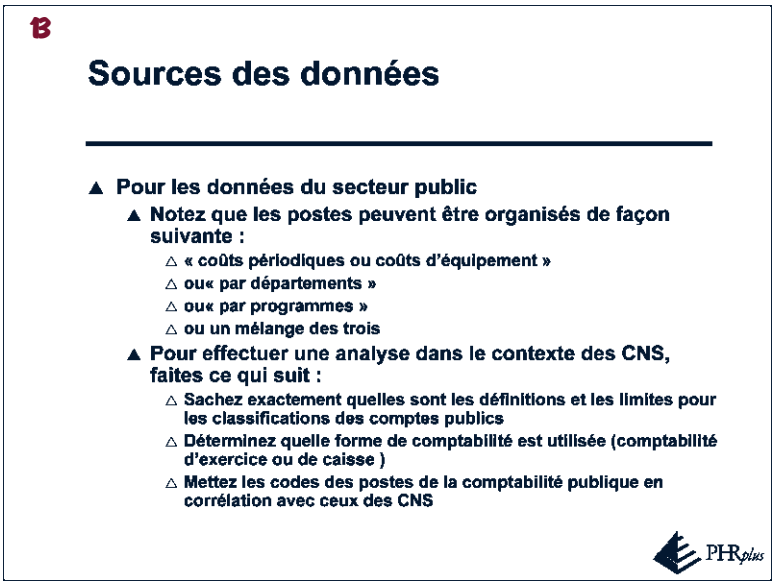
NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit expliquer aux participants que l'équipe a besoin de faire une distinction entre les prévisions de dépenses (le budget), le budget exécuté (mais non vérifié) et les dépenses vérifiées. Les comptes vérifiés sont les comptes les plus fiables, mais ils ne peuvent être connus qu'assez tard (typiquement, entre un et deux ans après la fin de l'exercice fiscal). Par conséquent, il est recommandé que l'équipe utilise des chiffres provisoires (non vérifiés) sur les budgets exécutés. En général, le budget vérifié n'est pas très différent en fin de compte du budget non vérifié. Si ce n'est pas le cas, l'équipe peut examiner les chiffres des exercices antérieurs afin de déterminer s'il est possible d'anticiper la différence entre le budget non vérifié et le budget vérifié.

Fréquemment, lorsque vous recueillez des informations d'organismes du secteur public, vous constaterez que ces informations ne sont pas ventilées au niveau de détail dont vous avez besoin pour compléter les tableaux. Dans ce cas, vous devrez recueillir non seulement les données sur les dépenses, mais aussi les indicateurs qui vous permettront de faire des estimations sur la façon de distribuer les fonds conformément à la méthodologie des CNS.

Pour une formation nationale : le formateur doit demander aux membres de l'équipe des CNS de faire des commentaires sur les types de sources de données qui sont disponibles dans le pays concerné, ainsi que sur leurs avantages et leurs inconvénients. Tous les documents identifiés devront être inscrits sur un tableau à feuilles mobiles. Ceci sera très utile lors de la séance suivante, quand le formateur demandera à l'équipe de rédiger un plan de collecte des données.

Pour une formation multinationale : il serait utile que le formateur donne quelques exemples de documents du secteur public d'autres pays du monde.



NOTE POUR LES FORMATEURS

Cette diapositive est utilisée essentiellement pour les formations multinationales. Elle pourrait être présentée lorsque les participants examinent des exemples de documents de l'État dans divers pays.

Dans le cas d'une formation nationale, cette diapositive pourrait être remplacée par une diapositive sur les caractéristiques générales d'un rapport de l'État sur les dépenses dans ce pays particulier.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Types de structuration des dépenses :

Coûts périodiques – p. ex., salaires, formation, médicaments

Coûts d'équipement – p. ex., bâtiments, machines, terrains

Département – p. ex., VIH/sida, service de tuberculose, Direction du Plan, Direction des Statistiques de santé

Programme – p. ex., contrôle du paludisme, maladies contagieuses, santé maternelle et infantile

Lorsque vous recueillez des informations d'organismes du secteur public, assurez-vous que vous comprenez la signification des différents postes comptables et quels sont leurs éléments constitutifs. Par exemple, le poste « administration » – qu'est-ce qu'il comprend ? Administration au niveau central ? Au niveau régional ? Prestataires de soins de santé ? S'il comprend l'administration des organismes offrant des soins de santé, le montant correspondant doit être soustrait et réaffecté au poste « Prestataires de soins de santé ».

Il est important de comprendre les classifications des dépenses publiques. L'État est un acteur important dans le secteur de la santé, et le système de comptabilité publique de l'État est également utilisé par d'autres organismes publics importants, comme la sécurité sociale.

Par exemple, au Guatemala, les ressources humaines forment un poste comptable distinct dans le budget. Ce poste comptable doit être divisé entre administration, programmes de prévention et prestataires de soins de santé au moment d'alimenter en données les tableaux des CNS.

14

Sources des données

Autres documents du secteur public

Sources des données	Avantages	Inconvénients
▲ Rapports de commissions gouvernementales (documents spécifiques) ▲ Études universitaires ▲ Rapports ou études d'ONG ▲ Rapports sur le pays par les bailleurs de fonds	▲ Richesse en matière de détails sur des points particuliers ▲ Bon pour la 'triangulation'	▲ Portée géographique ou démographique limitée ▲ Rigueur analytique variable ▲ Les catégories ne correspondent pas toujours aux besoins des CNS ▲ Ne sont pas fait tous les ans

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Dans le cas d'une formation nationale : le formateur doit demander aux membres de l'équipe des CNS de faire des commentaires sur les types de sources qui sont disponibles (pour les « Autres documents du secteur public ») dans le pays et quels sont leurs avantages et leurs inconvénients. Tous les noms de documents identifiés doivent être écrits sur un tableau à feuilles mobiles. Ceci sera très utile lors de la séance suivante, quand le formateur demandera à l'équipe de rédiger un plan de collecte des données.

15

Sources des données

Documents des compagnies d'assurances

Sources des données	Avantages	Inconvénients
▲ Compagnie d'assurance ou organisations individuelles ▲ Obtenues des organisations syndicales patronales ▲ Obtenues des administrations réglementaires (p. ex., licences) ou financières (p. ex., fiscalité)	▲ Limité au dépenses des soins de santé et dépenses reliés ▲ Accès limité (disponibles seulement a la fin de l'année fiscal)	▲ Détails fonctionnels insuffisants pour les CNS ▲ Exclusion vraisemblable des paiements de patients en termes de ticket modérateur et de franchises ▲ Pas de système d'information centralisé et difficulté à obtenir des informations de tous les assureurs d'un pays ▲ Réticence généralisée en ce qui concerne la divulgation de certaines informations privées, telles que les rapports de profits et pertes

PHRplus

Note pour les formateurs

Indiquez aux participants qu'un exemple de documents des prestataires de soins de santé a été placé dans le paquet de documents qui leur a été remis.

Notes pour les présentateurs

Les documents des compagnies d'assurances comprennent normalement les primes payées par les ménages aux assureurs, plus les frais médicaux et administratifs des assureurs. Ces documents sont généralement difficiles à obtenir à l'état brut ; en général, une enquête est nécessaire quand il est demandé au directeur d'une compagnie ou d'un régime d'assurances de répondre à des questions sur les dépenses. Ceci peut inclure des assurances publiques (sécurité sociale) pour lesquelles les informations seraient normalement dans le domaine public et qui utiliseraient le système de comptabilité publique.

Pour les assurances privées, la plupart du temps il est difficile d'obtenir des documents secondaires, et ceci nécessite la collecte de données primaires. Lorsque vous recueillez des données d'organismes d'assurances, n'oubliez pas de faire la distinction entre les paiements pour les primes et le paiement du ticket modérateur. Le ticket modérateur est un paiement partiel du patient pour des prestations de soins. Les primes sont des transferts à des agents de financement.

16

Sources des données

Documents des prestataires de soins

Sources des données	Avantages	Inconvénients
▲ Obtenues des prestataires de soins ▲ Obtenues des administrations réglementaires (p. ex., licences) ou financières (p. ex., fiscalité) ▲ Obtenues des organisations syndicales patronales ▲ Enquêtes réalisées sur les prestataires ▲ Enquêtes réalisées sur les ménages	▲ Informations précises et complètes sur les dépenses de santé pertinentes ▲ Les documents sont limités au secteur de la santé	▲ La précision de telles informations est douteuse étant donné que certains prestataires de soins (p. ex., du secteur privé) sont parfois réticents à divulguer des informations financières véridiques (p. ex., de peur qu'elles ne soient révélées au fisc) ▲ Il peut exister un grand nombre de prestataires de soins dans un pays donné, et il peut être difficile d'obtenir un échantillon représentatif. ▲ La présence d'une économie informelle, souvent considérable, (les guérisseurs traditionnels) crée des difficultés quand il s'agit de déterminer les données en matière de dépenses

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Prestataires de soins privés : nombre de sources potentielles d'informations – organismes fiscaux ou organismes chargés de l'octroi de licences.

Inconvénient numéro 2 : en Égypte, il s'est avéré difficile d'estimer la taille réelle des prestataires de soins de santé (cabinets médicaux) parce qu'il était difficile de les échantillonner.

Il est difficile de se procurer des données secondaires pour les prestataires de soins. Quelques pays, comme le Mexique, les comptabilisent dans le cadre de leurs systèmes statistiques, mais ce n'est pas le cas de la plupart des pays. Dans certains pays, les documents fiscaux peuvent être consultés par tout le monde – p. ex., comme aux États-Unis pour les compagnies d'assurances à but lucratif. L'obtention de données sur les prestataires de soins de santé nécessite souvent la collecte de données primaires. Même cela est une tâche délicate en raison des difficultés de définition du cadre d'échantillonnage. Ce problème sera discuté ultérieurement.

17

Sources des données

Documents des ménages

Sources des données	Avantages	Inconvénients
▲ EDS ▲ LSMS ▲ Enquêtes sur la main d'œuvre ▲ Enquêtes sur les dépenses des ménages ▲ Recensements	▲ Lien direct avec les caractéristiques sociales, économiques, démographiques, etc. des patients ▲ Possibilité de personnaliser les données pour saisir les informations exactes dont on a besoin ▲ Informations les plus précises sur les dépenses des ménages – utiles pour effectuer une analyse de l'équité	▲ Comme ces enquêtes spécifiques coûtent cher et prennent beaucoup de temps, les données sont souvent anciennes ou doivent être extrapolées pour l'année en cours. Les extrapolations causent des inexactitudes. ▲ Risque d'erreurs d'échantillonnage et de non échantillonnage ▲ Les documents ne concernent que les services médicaux individuels, et ne peuvent pas servir à estimer les dépenses liées aux services collectifs ou aux services de santé publique. ▲ Les enquêtes génériques sur les ménages (p. ex., EDS, enquêtes sur les revenus des ménages et sur le bien-être social) sont plus fréquentes mais ne comprennent pas nécessairement toutes les questions appropriées pour les soins de santé

PHRplus

Note pour les formateurs

Faites référence à l'exemple des enquêtes sur les soins de santé auprès des ménages qui est inclus dans le paquet remis aux participants.

Notes pour les présentateurs

Le formateur peut décider de distribuer quelques exemples de documents d'enquêtes auprès des ménages conçues spécialement pour recueillir des données sur les dépenses pour les CNS.

18

Sources des données

Documents des bailleurs de fonds

Sources des données	Avantages	Inconvénients
▲ Enquêtes sectorielles ▲ Rapports sur les dépenses publiques ▲ EDS ▲ Rapports sur les dépenses pour des services spécifiques (FP, SR) ▲ Rapports de donateurs sur leurs contribution a la santé	▲Enquêtes annuelles systématiques sur l'assistance fournie par tous les bailleurs de fonds ▲Elles fournissent des informations sur le secteur de la santé (p. ex., rapport de la BM sur le secteur de la santé) ainsi que sur l'environnement socio-économique dans le pays ▲Elles énumèrent les principaux acteurs dans le secteur de la santé	-Parfois trop génériques -Il est difficile d'attribuer une valeur monétaire aux dons en espèce -Lorsque des bailleurs de fonds font un don directement à une ONG ou à une entité locale, les données sur le financement sont absentes dans la plupart des cas -Différence entre les décaissements des bailleurs de fonds et ceux des ministères

PHRplus

19

Sources d'information primaires : enquêtes, etc.

PHRplus

20

Amélioration de la qualité des données des enquêtes

- ▲ Réduction de la partialité des cadres d'échantillonnages – ceci se produit lorsque l'échantillon n'est pas vraiment représentatif de la population (c. à d., votre dénominateur n'est pas connu)
- ▲ Réduction de l'erreur d'échantillonnage – ceci se produit lorsque les résultats sont basés sur un échantillon et généralisés pour l'ensemble de l'univers ; réduction possible si l'on augmente la taille de l'échantillon
- ▲ Réduction de l'erreur de non échantillonnage – ceci se produit lorsque les questions des enquêteurs «ne pose pas les questions nécessaires» ou «lorsque les réponses ne sont pas satisfaisantes» ; résolution en effectuant une conception plus soigneuse de l'enquête et en la testant sur le terrain avant de l'administrer à tout l'échantillon ciblé.

PHRplus

21

Questionnaires relatifs à l'assurance maladie

1. Précisez s'il s'agit du secteur privé à but lucratif, du secteur public ou du secteur non gouvernemental à but non lucratif
2. Essayez de faire des ventilations afin de tenir compte du nombre de « groupes/ compagnies », et assurés « individuels/ familles »
3. Obtenez la même ventilation pour les primes et pour les prestations (généralement au niveau du prestataire de soins ; il est difficile d'obtenir une ventilation fonctionnelle)

PHRplus

Note pour les formateurs

Faites référence à l'exemple d'enquête auprès des compagnies d'assurances qui est inclus dans le paquet remis aux participants.

22

Questionnaires relatifs à l'assurance maladie (suite)

4. Demandez si la comptabilité d'exercice ou la comptabilité de caisse est utilisée
5. Y a-t-il une réception de subventions publiques – sont-elles en espèces ou en nature ?
6. Y a-t-il une réception de prêts ou de subventions de bailleurs de fonds ?
7. Demandez quel pourcentage des primes des polices d'assurance vie/maladie combinées couvrent les sinistres vie et les sinistres maladie

PHRplus

23

Questionnaires administrés aux employeurs

1. Statut juridique de l'entreprise (publique à caractère industriel ou commercial, privée, etc.)
2. Principale activité de l'entreprise
3. Effectifs couverts par l'assurance, et inclusion ou exclusion des personnes à charge

PHRplus

Note pour les formateurs

Faites référence à l'exemple d'enquête auprès des employeurs qui est inclus dans le paquet remis aux participants.

Notes pour les présentateurs

Le formateur pourrait examiner quelques exemples de ce questionnaire pour le pays (notez que ceux qui sont mentionnés dans ce manuel de formation ne posent aux employeurs que des questions sur leurs polices d'assurances)

Les données relatives aux employeurs du secteur privé sont difficiles à comptabiliser. Essayez de déterminer s'il existe des documents produits par des enquêtes périodiques officielles, et utilisez-les si possible. Sinon, il faudra faire une nouvelle enquête.

Parfois difficile à échantillonner en raison de l'absence d'un cadre d'échantillonnage établi (l'univers n'est pas connu) (tout particulièrement si beaucoup de petites entreprises ne sont pas viables et sont fréquemment remplacées – il n'est pas nécessaire de s'inquiéter si l'estimation indique des dépenses de faible niveau).

24

Questionnaires administrés aux employeurs (suite)

4. Montant total payé par la firme en primes pendant la période visée
5. Les membres du personnel sont-ils tenus de cotiser pour l'assurance maladie ? Si oui, combien ?
6. Quels services de santé sont couverts ?
7. Est-ce que l'État ou un autre organisme contribue aux prestations de santé offertes par la firme ?

PHRplus

25

Questionnaires administrés aux employeurs (suite)

8. Est-ce que la firme a remboursé ses employés pour les dépenses médicales à leur charge. Si oui, combien ?
   - ▲ Combien la firme rembourse-t-elle aux établissements privés et publics ?
9. Est-ce que la firme fournit des services sur place ? Si oui, en quoi consistent-ils ? Est-ce qu'une autre ONG fait des contributions à de tels services ?

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Faites référence à l'exemple d'enquête auprès des bailleurs de fonds qui est inclus dans le paquet remis aux participants.

26

Questionnaires administrés aux bailleurs de fonds

- ▲ Quels projets sont financés par un bailleur de fonds, et à quelle hauteur ces projets sont-ils financés ?
- ▲ Quel est l'établissement qui bénéficie du versement de tels fonds ? (N'oubliez pas de noter toutes les ONG prestataires de soins qui reçoivent des fonds)
- ▲ Les projets sont-ils multilatéraux ou bilatéraux ?

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur pourrait faire remarquer qu'un exemple de ce questionnaire sera distribué pendant les travaux pratiques consistant à alimenter en données un tableau HF x Prestataires.

NOTE POUR LES FORMATEURS

Distribuez un exemple d'une enquête auprès des prestataires de soins.

27

Questionnaires administrés aux prestataires de soins privés

- ▲ Total des fonds reçus de diverses entités, p. ex., patients, État, employeurs, compagnies d'assurances, etc.
- ▲ Où va l'argent ? Quels types de fonctions ?

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Il est très difficile d'obtenir des prestataires de soins de santé qu'ils communiquent ces informations.

Envoyez le questionnaire au directeur de l'établissement.

Pour les fonctions : ventilation possible en termes facilement enregistrés par les prestataires de soins de santé, mais il est nécessaire de les adapter à la structure des fonctions des CNS. (Essayez de ne pas confondre les niveaux de soins et les fonctions.)

Pour les prestataires de soins de santé publics : leurs documents sont généralement divisés par départements ; les postes comptables sont similaires à ceux de l'État. Vous n'aurez donc pas besoin de les adapter à la structure des fonctions des CNS.

Pour les prestataires de soins de santé privés : leurs documents sont basés sur la façon dont l'hôpital facture ses patients et sur les recettes reçues - p. ex., les coûts d'hébergement, les coûts des blocs opératoires, les repas, le personnel infirmier. Si quelqu'un paie les honoraires du médecin pour des services, les documents de l'hôpital risquent de ne pas enregistrer ce paiement (il s'agit d'une transaction entre le patient et le médecin – pas l'hôpital).

28

Questionnaires administrés aux guérisseurs traditionnels

- Comment les patients rémunèrent-ils les guérisseurs traditionnels pour leurs services ? En espèces, en nature ou par des « cadeaux » ?
  - Déterminez la valeur marchande des « cadeaux » ou paiements non monétaires
- Pourquoi les patients se sont-ils adressés à un guérisseur traditionnel (opinion du guérisseur) ? Pour des raisons de santé, de bien-être, etc. ? (Souvenez-vous des limites des dépenses pour la santé !)
- La période de rappel doit être courte (un mois au maximum), sauf si le guérisseur tient une comptabilité
- Est-ce que le VIH/sida peut être inclus dans cette enquête ? Ce sera difficile

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Faites référence à l'exemple d'enquête auprès des guérisseurs traditionnels qui est inclus dans le paquet remis aux participants.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Rappelez-vous qu'une dépense pour la santé est engagée avec l'« intention » d'améliorer sa santé.

Indice des prix = est développé pour conférer une valeur monétaire aux paiements.

Corroboration possible avec l'enquête auprès des ménages.

29

Exercice

1. Identifiez les sources secondaires dans votre pays et/ou région
2. Identifiez les sources primaires dans votre pays et/ou région
3. Concevez le plan de collecte des données de votre pays

PHRplus

Module 5 - Exercices

Question 1 à discuter

Lorsque le formateur passe en revu chaque catégorie de donnés, il demande au participants qu'elle catégorie de donnés sont disponible dans leur pays et quelles sont leurs avantages et inconvénients

1. Quels types de sources de données sont disponibles dans votre/vos pays et quels sont leurs points forts et leurs points faibles ?

Réponse Archives de l'État

Nom des documents	Points forts	Points faibles

Réponse Autres archives publiques

Nom des documents	Points forts	Points faibles

Réponse Archives des Assureurs

Nom des documents	Points forts	Points faibles

Réponse Archives des prestataires

Nom des documents	Points forts	Points faibles

Réponse Archives des ménages

Nom des documents	Points forts	Points faibles

Réponse Archives des donateurs

Nom des documents	Points forts	Points faibles

Travaux pratiques

IInstructions : À présent, les participants vont déterminer le plan de collecte de données de l'équipe. Cette activité peut être dirigée par un membre senior de l'équipe (ou des équipes du pays s'il s'agit d'une formation régionale). Les accords conclus sur chaque activité devraient être écrits sur un tableau à feuilles mobiles ; les participants peuvent également les écrire dans leur cahier d'exercices.

Plan de données : Ressources secondaires

Documentaliste :

Nom de la source de données	Membre de l'équipe responsable de l'obtention des données	Personne à contacter (p. ex., membre du comité de pilotage) pour obtenir des informations	Date limite pour recueillir des données de la source et les communiquer à l'équipe
Archives de l'État			
Autres archives publiques			
Archives des assureurs			
Archives des prestataires			
Archives des ménages			
Archives des donateurs			

Plan de données : Sources primaires

Documentaliste :

Nom de l'instrument d'enquête	Membre de l'équipe responsable de la coordination de la rédaction des instruments de l'enquête et de la formulation d'un plan de travail spécifique	Personne à contacter (p. ex., membre du comité de pilotage) à consulter lors de la conception de l'enquête	Date limite pour rencontrer la personne à contacter et parachever les instruments de l'enquête	Date limite pour le test préliminaire	Date limite pour mettre l'enquête en œuvre et recueillir les données

Module 5 – Réponses

Réponses recommandées aux questions à discuter

Lorsque le formateur passe en revu chaque catégorie de donnés, il demande au participants qu'elle catégorie de donnés sont disponible dans leur pays et quelles sont leurs avantages et inconvénients

Les participant de divers pays doivent partager leur savoir et identifié les différentes sources de donnés de leur pays. Ils devraient écrirent leurs réponses dans les tableaux distribuées par le formateur. Des copies de ces tableaux ce trouve dans le manuel du participant. Ces informations aideront à répondre à la question qui suit demandant au participants de préparé leurs plan de collecte des donnés.

Question 1 :

Quels types de sources de données sont disponibles dans votre/vos pays et quels sont leurs points forts et leurs points faibles ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 5. Chaque équipe de pays doit travailler ensemble et écrirent leurs réponses dans les formulaires distribué. Ceci aidera à répondre aux questions demandant de développer un plan de collecte des données.

6

Module 6

Organisation des données pour alimenter les tableaux des CNS

Durée

90 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- comprendront l'approche recommandée pour alimenter en données les tableaux des CNS
- seront en mesure d'identifier et de résoudre certains des problèmes les plus courants en ce qui concerne la gestion des données (p. ex., duplication de données) et les contradictions entre les données

Les objectifs de la présentation

- ▲ Comprendre l'approche recommandée pour alimenter les tableaux (FS x HF, HF x HP) et (HF x HC, HP x HC)
- ▲ Identifier et résoudre certains problèmes importants concernant les données (p. ex., duplication de données) et les contradictions entre données

PHRplus

Contenu

- Approche générale de l'alimentation des tableaux en données
- Comment alimenter en données les tableaux FS x HF et HF x HP
- Comment alimenter en données les tableaux HF x HC et HP x HC
- Résolution des contradictions entre données
- Comment éviter la duplication de données
- Ordre recommandé pour alimenter les tableaux en données

Exercise

- Questions à discuter et questions d'application

I. Approche générale de l'alimentation des tableaux en données

Étant donné qu'il s'agit de l'un des modules les plus difficiles, le formateur voudra peut-être présenter la première moitié des diapositives PowerPoint (jusqu'aux tableaux FS x HF et HF x HP), puis faire les deux exercices de l'étude de cas associée (Module 7 – Étude de cas sur la Susmanie I et Étude de cas sur la Susmanie II), et revenir ensuite à la deuxième moitié de la présentation du Module 6 (Comment alimenter en données les tableaux HF x HC et HP x HC).

Consignes à garder en tête lorsque vous alimentez les tableaux

- Les pays devraient utiliser les tableaux suggérés par les CNS. Le choix des tableaux et de leur ordre est dicté par les réponses aux questions de politiques et la disponibilité des données. Les plus souvent utilisés sont le FS x HF et le HF x HP
- La pertinence et la fiabilité des données jouent un rôle crucial dans la détermination des chiffres à utiliser
- Le fait d'avoir au moins deux angles de vue sur chaque écriture comptable (sources et utilisateurs) contribue à valider et confirmer les données. C'est la beauté de la structure tabulaire des CNS
- Étant donné que certaines sources de données se chevauchent, faites attention à ne pas comptabiliser à deux reprises les mêmes dépenses
- Ne sortez pas du secteur de la santé tel qu'il est défini

PF-R*plus*

Maintenant que les données ont été recueillies, l'équipe des CNS utilise ces données pour alimenter les tableaux, en d'autres termes, pour les « peupler ». Cette tâche peut sembler intimidante au premier abord en raison des nombreuses dimensions différentes des comptes de la santé et du volume important de données qui aura probablement été recueilli. Cependant, une planification prudente, ainsi que l'emploi de méthodes systématiques et de mesures de contrôle pour la validation des données, doivent permettre à l'équipe de produire des tableaux de CNS de qualité élevée.

Avant de présenter les grandes lignes de la procédure à suivre pour alimenter les tableaux en données, le formateur doit mentionner plusieurs points qu'il sera nécessaire de garder présents à l'esprit tout au long du processus d'approximations successives pour l'élaboration des CNS :

Consignes à garder à garder en tête lorsque vous alimentez les tableaux (suite)

- Est-ce que les rapports de dépenses sont basés sur la comptabilité de caisse ou sur la comptabilité d'exercice ?
- Les données recueillies doivent concerner la même période
- La première approximation des tableaux est provisoire et sera suivie de plusieurs autres approximations
- Documentez chaque décision

PF-R*plus*

- La pertinence et la fiabilité des données jouent un rôle crucial pour déterminer quels chiffres utiliser afin d'alimenter les tableaux en données.
- Un grand avantage de la structure des tableaux de CNS est que, comme dans la comptabilité en parties doubles, il existe au moins deux vues de chaque poste dans les comptes (sources et utilisateurs) ; ceci contribue à valider et à confirmer les données, ainsi qu'à éviter les erreurs de calcul.
- Il faut savoir si les sources de données utilisent la comptabilité de caisse ou la comptabilité d'exercice.

- Assurez-vous que les dépenses ont été effectuées pendant la **période** pour laquelle elles sont comptabilisées.
- **Documentez dans les meilleurs délais toute décision** prise en ce qui concerne quelle estimation de données a été utilisée et pourquoi. Ceci permet de réaliser un contrôle de qualité et facilitera le processus pour les futurs cycles d'élaboration des comptes de santé.
- Les informations correspondant à chaque case d'un tableau peuvent être compilées à partir d'un certain nombre de sources de données ou répétées dans plusieurs sources de données, auquel cas il faut faire très attention de **ne pas faire de duplication des données**.
- Ne sortez pas du secteur de la santé tel qu'il a été défini.
- La **première approximation des tableaux est *provisoire*** et sera suivie de plusieurs autres approximations avant que les tableaux puissent être parachevés et que les chiffres soient vérifiés.

II. Comment alimenter les tableaux en données

À partir d'un menu consistant en neuf tableaux, chaque pays peut s'efforcer de préparer un nombre quelconque de tableaux parmi ces neuf tableaux, et dans n'importe quel ordre. Son choix de tableaux doit être déterminé par les préoccupations relatives à l'élaboration des politiques et la disponibilité des données. Les tableaux que les pays s'efforcent de préparer en premier la plupart du temps sont le tableau FS x HF et le tableau HF x HP. Le tableau FS x HF montre les flux depuis les sources de financement à destination des agents de financement, et le tableau HF x HP montre les flux depuis les agents de financement à destination des prestataires de soins.

Réalisation de la première approximation – Tableau FS x HF

1. Il est conseillé de commencer par l'acteur figurant au MILIEU des tableaux de base des CNS : les agents de financement
   - ▲ Pourquoi ?
     - △ Vous pouvez aller vers l'avant (utilisateurs) ou vers l'arrière (sources)
     - △ Comme les HF sont moins nombreux, ce chiffre est relativement facile à saisir
     - △ Les données sur les HF sont les plus solides et, par conséquent, elles constituent la dimension la plus fiable des CNS

PHRplus

Tableau FS x HF

Commencez par le tableau FS x HF (GP : pages 150-151, 10.01-10.11 ; pages 166-168, 11.01-11.12). Il existe de nombreuses façons différentes d'alimenter le tableau en données, et le choix de l'approche doit être fait par le pays responsable de l'activité d'élaboration de CNS. Cependant, la méthode suivante a donné de bons résultats dans de nombreux pays.

Réalisation de la première approximation – FS x HF

2. Essayez de compléter le tableau FS x HF
3. Listez et classez tous les agents de financement possibles

PHRplus

1. **Commencez au « milieu » des tableaux de base des CNS, à savoir par les agents de financement (HF).** Les HF sont la catégorie la plus facile pour la comptabilisation des dépenses. À partir de ce point, il est plus facile d'aller de l'avant (vers les prestataires de soins et les fonctions de santé) pour estimer les emplois et de retourner en arrière pour estimer les sources de financement. Pourquoi les HF constituent-ils la catégorie la plus facile ? La première raison est que, étant donné que les HF ont un contrôle programmatique des fonds, il est facile de les identifier comme payeurs de biens et services de soins de santé. La deuxième raison est que les HF sont relativement peu nombreux (tout particulièrement si on les compare aux prestataires de soins). Enfin, les données obtenues auprès des HF sont généralement les données les plus solides parmi toutes les données disponibles ; ceci fait des HF la dimension la plus fiable des tableaux des CNS.
2. **Énumérez et classez tous les HF possibles** dans la première colonne (axe vertical) du tableau.
3. **Triez les types de transactions de dépenses en rapport avec les HF.**
   - Les fonds qui sont utilisés pour gérer un établissement prestataire de soins ou un programme de santé sont comptabilisés comme des fonds affectés par des HF aux prestataires de soins ou aux fonctions de santé. Par exemple :
     - L'exploitation par le MdS d'une clinique pour son propre personnel
     - Un paiement par le MdS à un prestataire extérieur au MdS pour administrer des soins à un patient assuré par le MdS
     - Les dépenses du MdS pour la santé publique
   - Les fonds transférés à une personne morale ou à une personne physique qui est le payeur réel de services de soins de santé sont comptabilisés comme des fonds versés aux HF par des sources de financement. Par exemple :
     - Transfert de fonds du Ministère des Finances au MdS
   - Il est également important d'identifier et d'exclure les dépenses des HF qui *ne sont pas* utilisées pour des soins de santé. Par exemple :
     - Les dépenses du MdS pour des maisons de retraite à l'intention des personnes âgées

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 7 et rappelez aux participants à quoi ressemble un tableau FS x HF.

Réalisation de la première approximation – FS x HF (suite)

4. Ventilez les types de transactions de dépenses qui ont un rapport avec les HF
   a. Les fonds utilisés pour mettre en place et gérer des programmes de santé ou prestataires de soins, sont des fonds affectés par des HF à des prestataires de soins et à des fonctions. P. ex., :
      i. Paiement du MdS à un prestataire autre que le MdS pour administrer des soins à un patient assuré par le MdS
      ii. Dépenses du MdS pour la santé publique.
      iii. Gestion de cliniques par le MdS (c'est un prestataire de soins dans ce cas mais, le MdS est essentiellement un HF vis-à-vis de ses propres prestataires de soins)
   b. Les fonds transférés à une personne physique ou morale qui est le payeur réel de services de santé sont des fonds reçus par des HF en provenance de sources. P. ex., :
      i. Transfert de fonds du MdF au MdS.
   c. Identifiez et exclure les dépenses des HF qui NE SONT PAS utilisées pour des soins de santé. P. ex., :
      i. Dépenses du MdS pour des établissement de retraite à l'intention de personnes âgées

PIRplus

4. **Réalisez une première approximation des dépenses des HF.**
   - Commencez par les administrations de l'État, comme le MdS, qui sont les plus faciles à identifier.
   - Identifiez les diverses sources de financement pour chaque HF.
   - Utilisez un Compte de T pour chaque *fonds de santé* des HF (cf. Tableau 6.1). Un Compte

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 9 et discutez le tableau.

de T est un outil que les spécialistes de la comptabilité des recettes nationales utilisent fréquemment. Aux fins des CNS, tout ce qui est nécessaire pour le Compte de T, c'est d'identifier les fonds attribués à la santé et d'identifier la source de ces fonds (GE : page 157, 10.27-10.29). Les dépenses sont indiquées du côté gauche du compte et les revenus des HF (dérivés des sources de financement) sont du côté droit du compte. La règle fondamentale des Comptes de T est que la somme des postes comptables de la colonne de gauche doit être égale à la somme des postes de la colonne de droite ; en d'autres termes, le total des recettes doit être égal au total des dépenses ou des revenus non dépensés.

Réalisation de la première approximation – FS x HF (suite)

5. Estimez les montants des dépenses des HF
   - ▲ Il est plus facile de commencer par des services de l'État – p. ex., le MdS
   - ▲ Identifiez des sources pour chaque HF
   - ▲ Utilisez un compte de T pour chaque HF

Dépenses de SANTÉ du MdS		Recettes SANTÉ	
Programme	15 000 Cr	MdF	12,000 Cr
Capitaux	5 000 Cr	USAID	5 000 Cr
Formation	2 000 Cr	Autres recettes	5 000 Cr
Total	22 000 Cr	Total	22 000 Cr

   - ▲ Puis commencez à alimenter le tableau FS x HF en données

PHRplus

À présent, l'équipe peut commencer à enregistrer des données dans le tableau FS x HF.

Table 6.1 : Compte en T

MdS Dépenses de Santé		Recettes Santé	
Programme	15,000 Cr.	Ministère des Finance	12,000 Cr.
Capital	5,000 Cr.	USAID	5,000 Cr.
Training	2,000 Cr.	Autre recettes	5,000 Cr.
Total	22,000 Cr	Total	22,000 Cr.

Tableau HF x HP

Après la réalisation de la première approximation du tableau FS x HF, l'équipe devra travailler sur le tableau HF x HP (GE : page 180-182, 12.01-12.10).

- Les en-têtes des colonnes du tableau HF x HP indiquent les agents de financement des soins de santé.
- Les en-têtes des lignes indiquent les prestataires (producteurs) de soins de santé.

Tableau HF x HC

8. Recommencez au niveau des HF, mais au lieu de regarder vers l'arrière, regardez vers l'avant, vers les prestataires de soins
   - ▲ Le processus peut être compliqué, parce qu'il existe souvent un chevauchement entre diverses entités qui produisent et financent les soins de santé ; p. ex., le MdS peut être un HF et un prestataire de soins de santé
   - ▲ L'équipe des CNS doit distinguer entre ces deux rôles :
     - △ Les colonnes reflètent le financement des soins de santé (ressources des agents de financement)
     - △ Les lignes reflètent la production de soins de santé (ressources des prestataires de soins)

PHRplus

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 12 comme exemple de tableau HF x HP avant qu'il ne soit alimenté en données.

Ce processus peut être compliqué parce qu'il existe souvent un chevauchement entre les entités qui produisent des soins de santé et celles qui les financent. Par exemple, le MdS peut être à la fois un agent de financement et un prestataire de soins.

1. Ventilez les dépenses des HF par type de prestataire de soins. Il n'est pas nécessaire d'insérer les chiffres à ce moment ; il suffit d'**identifier les prestataires de soins**.

Tableau HF x HP (suite)

9. Ventilez les dépenses d' HF par type de prestataire de soins.
   (Il n'est pas nécessaire d'insérer les chiffres à ce moment – il suffit d'identifier les prestataires de soins.)
   - ▲ Des ventilations budgétaires peuvent généralement être trouvées pour les principaux HF, comme le MdS
   - ▲ Si elles ne sont pas disponibles, consultez les informations des enquêtes
   - ▲ Si vous ne disposez pas d'informations sur la ventilation des dépenses des HF – utilisez d'autres méthodes d'estimation ; p. ex., un entretien avec un spécialiste de la source :
     - △ Une déclaration comme « nos polices d'assurance maladie ne couvrent que les services des médecins et quelques médicaments » peut être extrêmement utile

PI-Rplus

◆ Les ventilations par prestataires de soins peuvent généralement être trouvées pour les principaux agents de financement, comme le MdS. Par exemple :

◆ Les documents indiquant les dépenses du MdS peuvent révéler qu'il transfère des fonds à ses hôpitaux, cliniques, etc. Énumérez ces prestataires de soins dans la première colonne du tableau.

◆ Si ces documents ne sont pas disponibles, il peut être utile de voir quels services ont été fournis par les prestataires de soins aux ménages.

◆ Si vous ne disposez pas d'informations directes sur la ventilation des dépenses des HF, utilisez d'autres méthodes d'estimation. Par exemple :

❖ Posez des questions à un spécialiste. Une déclaration telle que « nos polices d'assurance maladie ne couvrent que les services des médecins et quelques médicaments » peut souvent s'avérer extrêmement utile.

Tableau HF x HP (suite)

10. Classez la liste des prestataires de soins par code CICS
11. Ajoutez les entités venant d'être découvertes qui reçoivent des fonds des HF (insérez-les dans les lignes les prestataires de soins) si nécessaire
12. Lisez les totaux des LIGNES du tableau FS x HF et placez-les dans les totaux « de vérification » des COLONNES dans le tableau FH x HP
13. Placez les estimations initiales des totaux à la fin de chaque ligne de prestataires de services

PI-Rplus

2. Classez les prestataires de soins en utilisant les codes de la CICS.

3. Ajoutez des lignes pour des prestataires de soins supplémentaires au fur et à mesure que vous en découvrez de nouveaux.

4. Insérez les estimations de dépenses dans le tableau. Commencez par prendre les totaux des *lignes* du tableau FS x HF et placez-les dans les totaux de « vérification » des colonnes du tableau HF x HP.

5. En vous servant des documents des HF, insérez les estimations initiales ventilées sur la ligne des prestataires de soins correspondants.

Tableau HF x HP (suite)

14. Consultez les prestataires de soins et tachez de savoir d'où, selon eux, proviennent leurs revenus – comparez aux estimations des HF (colonnes) pour vérifier que les données des prestataires de soins sont exactes
    - ▲ Il est peu probable que les deux chiffres correspondront
    - ▲ Règle générale : si deux estimations divergent de 2% (ou plus) pour les DTS, essayez de réajuster les estimations

PI-Rplus

◆ S'il n'est pas possible de ventiler les dépenses, l'équipe des CNS peut placer l'estimation des dépenses dans la catégorie « n.s.k. » (dépenses non spécifiées par catégorie). Cependant, il ne faut recourir à cette approche qu'en dernier ressort parce que l'augmentation de la taille de cette catégorie réduit l'utilité de l'étude des CNS en terme d'assistance pour l'élaboration de politiques.

6. Évaluez les sources de données correspondant aux prestataires de soins et notez comment ces derniers gagnent leur argent, et combien d'argent ils gagnent. Ceci permet de vérifier si les estimations des HF (de l'étape 5) sont exactes. Le formateur doit souligner le fait qu'il est très peu probable que les deux estimations (des agents de financement et des prestataires de soins) soient exactement les mêmes.

Les questions suivantes sur la façon dont les paiements à la charge des usagers doivent être comptabilisés suscitent généralement beaucoup de discussions et de débats parmi les participants. Le formateur doit être bien préparé pour faciliter de tels débats. Le tableau figurant à la fin de la section consacrée aux tableaux dans la présentation PowerPoint pourra être utile au formateur dans ses explications à cet égard.

Note pour les formateurs

Les questions posées dans les diapositives 16, 17 et 18, au sujet de la façon dont les paiements à la charge des usagers doivent être saisis, suscitent généralement beaucoup de discussions et de débats parmi les participants. Préparez-vous bien de façon à pouvoir faciliter de tels débats.

Le tableau de la diapositive 19 peut aider le formateur à expliquer comment comptabiliser les paiements à la charge des usagers.

Question 1

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est transféré au MdS et n'est pas conservé par le prestataire (les fonds sont utilisés pour la santé dans le future). Où ce montant est-il comptabilisé dans le tableau ? Pourquoi ?

Réponse :

Les ménages sont des agents de financement (HF) à hauteur du montant du ticket modérateur. Par conséquent, les dépenses de l'État excluent ces montants. P. ex., le MdS gère un hôpital à un coût de 2 500 Cr. L'hôpital du MdS reçoit 150 Cr en frais médicaux. Par conséquent, les ménages comme HF contribuent 150 Cr et le MdS est un HF pour 2 500-150= 2 350 Cr.

Question 2

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est transféré au MdF (dans le cadre des recettes fiscales générales) et n'est pas conservé par le prestataire. Où ce montant est-il comptabilisé ? Pourquoi ?

Réponse :

Les fonds ne sont pas comptabilisés au MdS comme HF ou HC. En fait ils ne sont pas compter dans les CNS du tout car ils sont mélanger avec les autres recettes de l'Etat. La valeur des services des centres hospitaliers est seulement ce qui provient du MdS

Question 3

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est conservé par le prestataire. Où ce montant est-il comptabilisé ? Pourquoi ?

Réponse :

Les ménages sont des HF. Leurs frais médicaux sont considérés comme des suppléments des ressources du MdS payées au Prestataire. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de soustraire ce montant du montant du MdS (en tant que HF) affecté aux hôpitaux. Placez le montant correspondant à l'intersection des ménages comme HF et de l'hôpital du MdS comme Prestataire dans le tableau HF x HC.

Afin de pouvoir évaluer la politique des soins de santé et d'y apporter des changements si nécessaire, les décideurs doivent comprendre quels types de soins sont administrés ; comment et où les soins sont administrés ; et, de façon générale, l'équité des dépenses pour les soins de santé basée sur leur répartition entre les différents groupes de bénéficiaires organisés selon des critères d'âge, de niveau de revenu et de géographie. La série suivante de tableaux, qui montrent comment les dépenses sont effectuées, aidera à répondre à ces questions. À la différence des deux premiers tableaux, il n'est pas nécessaire que ces tableaux reflètent toutes les dépenses pour les soins de santé. Ils ont une dimension (ou fonction) analytique particulière qui met en lumière certains aspects ou éléments choisis du secteur de la santé, comme la proportion des dépenses totales pour les soins de santé qui sont consacrées au VIH/sida et maladies associées, ou à un segment particulier de la population.

La technique employée pour alimenter en données ces tableaux fonctionnels est la même, que la portée de ces tableaux soit très large ou très ciblée – elle est basée sur l'emploi de la CICS et il faut s'efforcer d'être aussi complet que possible.

Le plus souvent, les équipes de CNS s'attaqueront aux tableaux HF x HC et HP x HC. Ces deux tableaux mesurent les montants dépensés pour différentes fonctions de santé (biens et services). Le tableau HF x HC produit des estimations concernant les entités payant pour ces fonctions, tandis que le tableau HP x HC mesure où ces fonctions sont administrées et par qui elles sont fournies.

Il est recommandé de préparer ces deux tableaux. Cependant, si le manque de temps ou de ressources, ou l'insuffisance des données disponibles, ne permet à un pays que de préparer un seul de ces tableaux, le choix de ce pays devra être déterminé par les critères suivants :

- *Pertinence pour l'élaboration des politiques* : s'il est plus important de déterminer où les services sont fournis et qui fournit ces services que de déterminer qui paie pour ces services, dans ce cas le pays doit décider de préparer un tableau HP x HC. Autrement, il doit décider de préparer le tableau HF x HC.
- *Disponibilité des données* : la nature des systèmes de comptabilité et de paiement du pays influence également dans une certaine mesure le choix du tableau à préparer. Les budgets du secteur public ne ventilent pas toujours les dépenses par fonctions ; ceci rendrait très difficile l'élaboration du tableau HF x HC.

Bien entendu, sur le plan pratique, il n'est pas possible de préparer un tableau sans alimenter au moins partiellement l'autre tableau en données. Par conséquent, les experts recommandent que les équipes de CNS commencent par alimenter en données un tableau combiné – HF x HP x HC. Ceci aide à rassembler toutes les informations disponibles. Toutefois, il n'est pas toujours facile d'élaborer un tel tableau ; les suggestions suivantes aideront à faire mieux comprendre le processus à suivre :

- Dans la mesure du possible, ventilez chaque paiement de HF par fonction – soins primaires, soins curatifs, programmes de santé publique, soins dentaires, produits pharmaceutiques, autres services accessoires, etc. Les HF pour lesquels il n'existe pas de ventilation fonctionnelle actuellement peuvent être ventilés par type de prestataire de soins ; cette information sera ensuite saisie dans le tableau HF x HP.
- Regroupez toutes les fonctions identifiées sous les prestataires de soins appropriés dans les colonnes, comme on peut le voir dans l'exemple du Tableau 6.2. (La liste des prestataires de soins est déjà énumérée dans le tableau HF x HP.) Ceci produit l'ossature du tableau combiné. La ventilation fonctionnelle des prestataires de soins « à fonction unique » est facile. Par exemple, le montant dépensé dans des pharmacies peut être attribué à « HC 5.1. Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables ». La ventilation fonctionnelle des prestataires de soins « à fonctions multiples » peut s'avérer plus difficile, parce que les dépenses correspondant à chaque fonction ne sont pas faciles à ventiler. Un exemple de ceci serait la ventilation des soins de santé administrés dans les hôpitaux entre soins ambulatoires et soins en milieu hospitalier ; cette ventilation nécessiterait l'accès aux archives des hôpitaux.

Pour préparer le tableau combiné, commencez par identifier les sources de données :

- Système d'assurances sociales là où il existe
- Ménages
- Bailleurs de fonds
- Autres études sur les coûts

Table 6.2 Exemple d'un tableau combiné (HF X Fonctions X Prestataires)

Prestataire de soins et fonction	Agents de financement						Total	Comparez à
	HF.1.1.1.1 Ministère de	HF.1.1.1.3 Ministère de	HF.1.1.2 Administrations d'états fédérés/de	HF.1.2 Administrations de sécurité	HF.2.1.1 Sociétés d'assurances groupe (fonctionn/	HF.2.3		
HP.1.1.1. Centres hosp. généraux/MdS								
HC.1.1 Soins aux patients hospitalisés								
HC.1.3 Soins aux patients non hospitalisés								
HP.1.1.1. Centres hosp./MdD								
HC.1.1 Soins aux patients hospitalisés								
HC.1.3 Soins aux patients non hospitalisés								
HC.4 Services auxiliaires								
HP.1.1.1.Centres hosp. généraux région								
HC.1.1								
Total des dépenses des HF								

- Budgets de programmes du secteur public
- Données sur le secteur privé

Construisez le tableau combiné en combinant et en réconciliant les résultats des trois étapes précédentes. Si le tableau est complètement alimenté en données, il pourra facilement être divisé en tableaux HF x HC et HP x HC. S'il n'est que partiellement alimenté en données, extrayez les éléments les plus complets et construisez soit le tableau HF x HC, soit le tableau HP x HC. S'il n'est nécessaire que de consacrer un peu plus de temps et d'efforts pour alimenter en données tout le tableau combiné, dans ce cas l'équipe devrait essayer de le faire.

III. Résolution des contradictions entre données

Nous devons tous nous souvenir de la règle du **seuil des deux pour cent du total des dépenses pour les soins de santé** (GE : page 167, Encadré 11.1). Selon cette règle cruciale, si deux estimations de dépenses ont un écart entre elles qui est inférieur à deux pour cent du total des dépenses pour les soins de santé, il ne vaut pas généralement la peine de consacrer du temps et des efforts à essayer de résoudre cette divergence. L'équipe devra alors choisir l'une de ces deux estimations et documenter son choix. Cependant, si la différence est supérieure à deux pour cent du total des dépenses de soins de santé, l'équipe devra faire un effort pour tenter de réconcilier les deux chiffres. Voici quelques suggestions qui pourront faciliter son travail de résolution des contradictions entre données.

- **La différence peut être facile à expliquer.** Par exemple, l'absence de données d'un agent de financement peut être la raison pour laquelle ses chiffres avaient été sous-estimés à l'origine. Une autre raison peut être qu'une source de données est peut-être plus fiable que l'autre.
- Dans le cas des différences importantes, mais inexplicables, **réexaminez attentivement les estimations** : ces deux estimations mesurent-elles les mêmes données ? Respectent-elles les mêmes limites ? Mesurent-elles la même période ? Est-ce qu'elles mesurent toutes les deux les dépenses en utilisant la comptabilité de caisse (ou d'exercice) ?
- De façon plus intuitive, **prenez simplement un peu de recul et déterminez si les chiffres semblent raisonnables**. Par exemple, est-ce que l'ordre de grandeur des dépenses pour des services de guérisseurs traditionnels par rapport aux dépenses pour les services de prestataires de soins « modernes » est plausible ?
- Lorsque vous avez de nombreuses sources de données portant sur les mêmes informations – en d'autres termes, les mêmes informations sont saisies à partir de plus d'une source de données – **faites attention de ne pas compter deux fois les mêmes dépenses** en insérant le même montant de dépenses dans plusieurs cases d'un tableau. Par exemple :

- Une enquête auprès des ménages peut saisir des dépenses payées à certains prestataires de soins. Une enquête différente auprès des employeurs peut révéler que les employeurs remboursent leurs employés pour certaines de ces dépenses. L'équipe des CNS ne doit pas compter deux fois le même montant comme dépenses des ménages et comme dépenses des employeurs.
- Les entreprises peuvent faire des paiements, pour le compte de leurs employés, aux compagnies d'assurances, qui font des paiements directs aux prestataires de soins. L'équipe des CNS doit faire attention de ne pas compter deux fois ces transactions (paiements des entreprises aux compagnies d'assurances et paiements des compagnies d'assurances aux prestataires de soins).

Question 4.

Citez quelques conflits fréquents en ce qui concerne les données.

Réponse :

Par exemple, l'USAID donne 1 million de US $ en aide pour instituer un programme de vaccination dans le pays X, mais le MdS ne dépense que 800 000 $ de ce million. Du point de vue de l'USAID, la dépense se monte à 1 million de US $, alors que du point de vue du MdS, elle est de 800 000 $. Dans une telle situation, le pays comptabilise seulement les dépenses réelles encourues pour le programme de vaccination, c. à d., 800 000 $ dans l'année donnée.

IV. Application de ce module

L'étude de cas sur la Susmanie donnera aux participants une expérience pratique de l'alimentation des tableaux en données. Veuillez vous référer au Module 7 pour les travaux pratiques portant sur cette étude de cas.

Module 6

Diapositives associées à la présentation

1

PHRplus

Module 6 :
Organisation des données pour alimenter les tableaux

The PHRplus Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Comprendre l'approche recommandée pour alimenter les tableaux (FS x HF, HF x HP) et (HF x HC, HP x HC)
- ▲ Identifier et résoudre certains problèmes importants concernant les données (p. ex., duplication de données) et les contradictions entre données

PHRplus

3

Consignes à garder en tête lorsque vous alimentez les tableaux

- ▲ Les pays devraient utiliser les tableaux suggérés par les CNS. Le choix des tableaux et de leur ordre est dicté par les réponses aux questions de politiques et la disponibilité des données. Les plus souvent utilisés sont le FS x HF et le HF x HP
- ▲ La pertinence et la fiabilité des données jouent un rôle crucial dans la détermination des chiffres à utiliser
- ▲ Le fait d'avoir au moins deux angles de vue sur chaque écriture comptable (sources et utilisateurs) contribue à valider et confirmer les données. C'est la beauté de la structure tabulaire des CNS
- ▲ Étant donné que certaines sources de données se chevauchent, faites attention à ne pas comptabiliser à deux reprises les mêmes dépenses
- ▲ Ne sortez pas du secteur de la santé tel qu'il est défini

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Alimentation en données des tableaux = remplissage des tableaux

Il faudra se souvenir de ces points de la diapositive tout au long du processus.

Point 3. Il est toujours nécessaire d'examiner deux sources de données pour une case particulière : est-ce que les paiements par les entreprises de la partie des impôts sur les salaires destinée aux assurances sociales sont conformes aux montants que l'organisme d'assurances sociales déclare avoir reçu d'elles ? Est-ce que les archives des bailleurs de fonds et de l'État concordent quant au montant des contributions des bailleurs qui ont été canalisées par le MdS ? Les chiffres de deux sources de données différentes concordent rarement. Mais si elles sont proches, utilisez la source qui vous semble la plus fiable (n'oubliez pas de documenter le choix des sources de données !!!).

4

Consignes à garder à garder en tête lorsque vous alimentez les tableaux (suite)

- ▲ Est-ce que les rapports de dépenses sont basés sur la comptabilité de caisse ou sur la comptabilité d'exercice ?
- ▲ Les données recueillies doivent concerner la même période
- ▲ La première approximation des tableaux est provisoire et sera suivie de plusieurs autres approximations
- ▲ Documentez <u>chaque</u> décision

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Point 4. Souvenez-vous de documenter dans les meilleurs délais toute décision prise en ce qui concerne le choix de l'estimation de données à utiliser et la raison de ce choix. Ceci permet de réaliser un contrôle de qualité et facilitera le processus lors de futurs cycles d'élaboration de comptes de la

5

Réalisation de la première approximation – Tableau FS x HF

1. **Il est conseillé de commencer par l'acteur figurant au MILIEU des tableaux de base des CNS : les agents de financement**
   - **Pourquoi ?**
     - **Vous pouvez aller vers l'avant (utilisateurs) ou vers l'arrière (sources)**
     - **Comme les HF sont moins nombreux, ce chiffre est relativement facile à saisir**
     - **Les données sur les HF sont les plus solides et, par conséquent, elles constituent la dimension la plus fiable des CNS**

PI-Rplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Maintenant que toutes les données ont été recueillies, nous pouvons commencer à alimenter un tableau en données. Ceci peut être une tâche gigantesque si elle n'est pas effectuée d'une manière planifiée et méthodique.

6

Réalisation de la première approximation – FS x HF

2. **Essayez de compléter le tableau FS x HF**
3. **Listez et classez tous les agents de financement possibles**

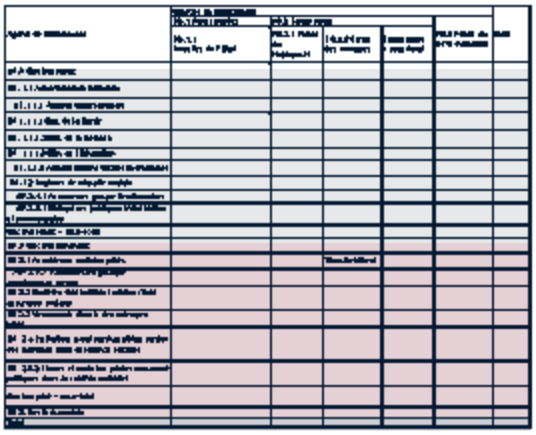
PI-Rplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Les fonds passent souvent à travers de multiples niveaux depuis la source jusqu'à l'agent de financement qui les dépensera réellement. La tâche de l'équipe des CNS est de suivre les fonds pour remonter à leur source d'origine (p. ex., MdF).

7

Tableau FS x HF



NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Cette diapositive sert à rappeler aux participants à quoi ressemble un tableau FS x HF. Elle montre également la fin de la troisième étape du processus (énumérer et classer tous les agents de financement possibles). Ceci pourrait être une première approximation d'un tableau et de classifications. Veuillez noter que les en-têtes de lignes et de colonnes peuvent changer et que leur nombre peut également augmenter.

8

Réalisation de la première approximation – FS x HF (suite)

4. Ventilez les types de transactions de dépenses qui ont un rapport avec les HF
   a. Les fonds utilisés pour mettre en place et gérer des programmes de santé ou prestataires de soins, sont des fonds affectés par des HF à des prestataires de soins et à des fonctions. P. ex., :
      i. Paiement du MdS à un prestataire autre que le MdS pour administrer des soins à un patient assuré par le MdS
      ii. Dépenses du MdS pour la santé publique.
      iii. Gestion de cliniques par le MdS (c'est un prestataire de soins dans ce cas mais, le MdS est essentiellement un HF vis-à-vis de ses propres prestataires de soins)
   b. Les fonds transférés à une personne physique ou morale qui est le payeur réel de services de santé sont des fonds reçus par des HF en provenance de sources. P. ex., :
      i. Transfert de fonds du MdF au MdS.
   c. Identifiez et exclure les dépenses des HF qui NE SONT PAS utilisées pour des soins de santé. P. ex., :
      i. Dépenses du MdS pour des établissement de retraite à l'intention de personnes âgées

PHRplus

9

Réalisation de la première approximation – FS x HF (suite)

5. **Estimez les montants des dépenses des HF**
   - ▲ **Il est plus facile de commencer par des services de l'État – p. ex., le MdS**
   - ▲ **Identifiez des sources pour chaque HF**
   - ▲ **Utilisez un compte de T pour chaque HF**

Dépenses de SANTÉ du MdS		Recettes SANTÉ	
Programme	15 000 Cr	MdF	12,000 Cr
Capitaux	5 000 Cr	USAID	5 000 Cr
Formation	2 000 Cr	Autres recettes	5 000 Cr
Total	**22 000 Cr**	**Total**	**22 000 Cr**

   - ▲ **Puis commencez à alimenter le tableau FS x HF en données**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Aux fins des CNS, tout ce qui est nécessaire pour le compte de T, c'est d'identifier les sommes affectées à la santé et d'identifier la source de ces fonds. Les dépenses sont indiquées du côté gauche du compte, et les recettes des HF (dérivées des sources) figurent du côté droit du compte. La règle cruciale des Comptes de T est que la somme des postes comptables du côté gauche doit être égale à la somme des postes comptables du côté droit ; en d'autres termes, chaque unité de recettes doit correspondre à une certaine dépense ou somme non dépensée.

10

Réalisation de la première approximation – FS x HF (suite)

6. **Une fois le tableau remplie, examinez les totaux des lignes et des colonnes**
   - ^ **LES CHIFFRES OBTENUS SEMBLENT-ILS LOGIQUES ? Si quelque chose semble erroné, réévaluez les valeurs entrées dans la case concernée**
7. **Il peut s'avérer nécessaire de réviser la liste initiale des HF ; s'il est nécessaire d'ajouter un autre HF, effectuez le changement approprié dans le compte de T et dans le tableau**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Même si quelque chose semble incorrect, ce n'est pas nécessairement le cas. Mais une telle impression justifie une réévaluation du calcul pour s'en assurer.

11

Tableau HF x HC

8. **Recommencez au niveau des HF, mais au lieu de regarder vers l'arrière, regardez vers l'avant, vers les prestataires de soins**
   - ▲ **Le processus peut être compliqué, parce qu'il existe souvent un chevauchement entre diverses entités qui produisent et financent les soins de santé ; p. ex., le MdS peut être un HF et un prestataire de soins de santé**
   - ▲ **L'équipe des CNS doit distinguer entre ces deux rôles :**
     - △ **Les colonnes reflètent le financement des soins de santé (ressources des agents de financement)**
     - △ **Les lignes reflètent la production de soins de santé (ressources des prestataires de soins)**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Le MdS en tant que HF paie un prestataire de soins du secteur privé pour administrer des soins de santé à un patient assuré par le MdS.

Le MdS en tant que prestataire de soins administre des soins dans ses propres hôpitaux, cliniques, etc.

12

Des agents de financement aux prestataires de soins de santé

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Il s'agit d'une première approximation d'un tableau HF x HP avant qu'il n'ait été alimenté en données. Les classifications et les en-têtes peuvent changer lorsque de nouvelles informations sur les dépenses deviendront disponibles.

13

Tableau HF x HP (suite)

9. Ventilez les dépenses d' HF par type de prestataire de soins.
   (Il n'est pas nécessaire d'insérer les chiffres à ce moment – il suffit d'identifier les prestataires de soins.)
   - ▲ Des ventilations budgétaires peuvent généralement être trouvées pour les principaux HF, comme le MdS
   - ▲ Si elles ne sont pas disponibles, consultez les informations des enquêtes
   - ▲ Si vous ne disposez pas d'informations sur la ventilation des dépenses des HF – utilisez d'autres méthodes d'estimation ; p. ex., un entretien avec un spécialiste de la source :
     - △ Une déclaration comme « nos polices d'assurance maladie ne couvrent que les services des médecins et quelques médicaments » peut être extrêmement utile

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Point 1. En consultant le budget du MdS, vous constatez qu'il donne des fonds à ses hôpitaux, cliniques, etc. Énumérez ces prestataires de soins dans la première colonne du tableau HF x HP.

Point 2. S'il est difficile de clarifier des dépenses des ménages, vous pouvez analyser les services fournis par les hôpitaux prestataires de services et déterminer les services qui ont été reçus par les ménages.

Point 3. Faites preuve d'imagination si les sources les plus évidentes de données ne sont pas disponibles. Discutez avec des experts sur le terrain, consultez des rapports d'associations professionnelles, de corps de métier, etc.

14

Tableau HF x HP (suite)

10. Classez la liste des prestataires de soins par code CICS
11. Ajoutez les entités venant d'être découvertes qui reçoivent des fonds des HF (insérez-les dans les lignes les prestataires de soins) si nécessaire
12. Lisez les totaux des LIGNES du tableau FS x HF et placez-les dans les totaux « de vérification » des COLONNES dans le tableau FH x HP
13. Placez les estimations initiales des totaux à la fin de chaque ligne de prestataires de services

PHRplus

Notes pour les présentateurs

S'il n'est pas possible de ventiler la dépense, mettez-la dans la catégorie « n.s.k. » (dépenses non spécifiées par catégorie), dans l'axe des prestataires de soins. Cependant, il ne faut recourir à cette approche qu'en dernier ressort parce que le placement de dépenses dans cette catégorie réduit l'utilité des comptes de santé en terme d'assistance pour l'élaboration de politiques.

15

Tableau HF x HP (suite)

14. Consultez les prestataires de soins et tachez de savoir d'où, selon eux, proviennent leurs revenus – comparez aux estimations des HF (colonnes) pour vérifier que les données des prestataires de soins sont exactes
    - ▲ Il est peu probable que les deux chiffres correspondront
    - ▲ Règle générale : si deux estimations divergent de 2% (ou plus) pour les DTS, essayez de réajuster les estimations

PHRplus

16

Question pour la classe

1. a) Les paiements par les usagers dans les centres hospitaliers du MdS sont versés au MdS et ne sont pas retenus par les prestataires de soins
    - ▲ Dans quelle catégorie des comptes ces paiements sont-ils saisis ?
        - △ Les ménages sont des HF pour le montant des paiements en question
        - △ Par conséquent, ces paiements doivent être déduits des dépenses de l'État, p. ex.,
            - ❖ Le MdS gère un centre hospitalier à un coût de 2 500 Cr
            - ❖ Le centre hospitalier du MdS reçoit 150 Cr au titre des paiements par les usagers
            - ❖ Par conséquent, les ménages comme HF contribuent 150 Cr et le MdS comme FA contribue 2 500 – 150 = 2 350 Cr

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Pourquoi les ménages sont-ils considérés comme des HF en liaison avec les paiements à la charge des usagers dans ce cas ? Parce que ce sont les ménages qui déterminent pour quels services ces fonds seront utilisés.

Évitez de compter deux fois les mêmes dépenses !

Le formateur peut exclure cet exercice du programme s'il le désire.

17

Question pour la classe

1. b) Les paiement par les usagers dans les centres hospitaliers du MdS sont rendus au MdF (sous la forme de revenus fiscaux généraux) et ne sont pas retenus par le prestataire de soins
   - ▲ Dans quelle catégorie des comptes ces paiements sont-ils saisis ?
     - △ Les ménages sont des HF pour le montant des paiements en question
     - △ Par conséquent, ces paiements doivent être déduits des dépenses de l'État, p. ex.,
       - ❖ Le MdS gère un centre hospitalier à un coût de 2 500 Cr
       - ❖ Le centre hospitalier du MdS reçoit 150 Cr au titre des paiements par les usagers
       - ❖ Par conséquent, les ménages comme HF contribuent 150 Cr et le MdS comme HF contribue 2 500 – 150 = 2 350 Cr

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Si les participants ont du mal à comprendre cet exercice, le formateur pourrait illustrer ce concept sous forme de schéma sur un tableau à feuilles mobiles.

Le Guide des producteurs discute cette question au chapitre 10.1.5.

18

Question pour la classe

1. c) Les paiements par les usagers dans les centres hospitaliers du MdS sont conservés par les prestataires de soins
   - ▲ Dans quelle catégorie des comptes ces paiements sont-il saisis ?
     - △ Les ménages sont des HF
     - △ Ces paiements sont considérés comme des suppléments aux ressources du MdS fournies aux prestataires de soins
     - △ Par conséquent, il n'est pas nécessaire de soustraire le montant de tels paiements du montant du MdS (HF) qui a été affecté aux centres hospitaliers

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Dans ce cas, ajoutez les paiements des services par les usagers au montant donné par le MdS aux hôpitaux, quel que soit ce montant.

19

Réponses RECOMMANDÉES aux questions 1 a-c

Paiements par les usagers (150 Cr) rendus au MdS	État - MdS	Firmes et sociétés privées	Assurances sociales privées	Versements directs des ménages	Reste du monde	Totaux des rangées et mesures des dépenses totales
HP1.1 Centres hosp. du MdS	2500-150= 2350			150		2500

Paiements par les usagers (150 Cr) rendus au MdF	État - MdS	Firmes et sociétés privées	Assurances sociales privées	Versements directs des ménages	Reste du monde	Totaux des rangées et mesures des dépenses totales
HP1.1 Centres hosp. du MdS	2500-150=2350			150		2500

Paiements par les usagers (150 Cr) gardés par le prestataire	État - MdS	Firmes et sociétés privées	Assurances sociales privées	Versements directs des ménages	Reste du monde	Totaux des rangées et mesures des dépenses totales
HP1.1 Centres hosp. du MdS	2500			150		2500+150= 2650

PHRplus

20

Tableaux de distribution – Pourquoi faut-il obtenir des informations au niveau fonctionnel ?

- Deux tableaux de distribution : HF x HC et HP x HC. Cette information est difficile à compiler, mais elle est importante pour les décideurs
- Les décideurs peuvent estimer comment les dépenses sont utilisées (les tableaux répondent aux questions) :
  - Combien d'argent est dépensé en soins thérapeutiques par rapport à la prévention ?
  - Combien d'argent est dépensé en médicaments ?
  - Combien d'argent est dépensé pour l'administration ?
  - Combien d'argent est dépensé pour la santé maternelle et infantile ?
- Les tableaux de distribution ne doivent pas nécessairement refléter toutes les dépenses de santé parce qu'ils mesurent seulement certaines dimensions particulières du secteur

PHRplus

Note pour les formateurs

Le formateur voudra peut-être commencer par demander à la classe comment définir une « fonction ».

Notes pour les présentateurs

Il est difficile d'obtenir des données pour cet « acteur », essentiellement parce que de nombreux établissements ne produisent pas de rapports axés sur les « fonctions ». Le MdS peut simplement dire que tous ses fonds sont transférés à l'hôpital x et ventiler ces fonds entre dépenses courantes et dépenses d'équipement. En outre, bien que les services curatifs ambulatoires et les services en milieu hospitalier puissent tous les deux être administrés à l'hôpital, il n'est pas toujours facile de séparer les deux en consultant les documents comptables des hôpitaux, sauf s'il existe une clinique séparée pour les soins ambulatoires qui soit autonome sur le plan comptable.

Peu des pays qui ont préparé des CNS lors du premier cycle d'élaboration des comptes ont pu atteindre le niveau de détail nécessaire pour comptabiliser les fonctions. Seuls quatre ou cinq pays ont commencé le tableau, et un seul (le Maroc) a été capable de le terminer. Les trois ou quatre autres pays ont produit un graphique circulaire montrant les montants – mais pas leur origine.

21

Quel tableau faut-il alimenter en informations ? HF x HC ou HP x HC ?

- Les deux tableaux sont recommandés par les CNS
- Chaque pays décide d'utiliser l'un ou l'autre de ces tableaux, ou les deux, selon leur pertinence pour les choix politiques
  - Le pays X peut être plus préoccupé par: *OU les services sont-ils FOURNIS ?* Par conséquent, le tableau HP x HC lui est utile
  - Le pays Y peut être plus préoccupé par: *QUI FINANCE les divers services fournis ?* Par conséquent, le tableau HF x HC lui est utile

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le tableau à alimenter en données doit être une décision locale en fonction de sa pertinence politique.

22

Quel tableau faut-il alimenter en informations ? HF x HC ou HP x HC ? (suite)

- Accès aux données et disponibilité des données
  - Structure comptable et systèmes de paiement du pays
  - Il est plus facile de compléter un tableau HF x HC si un paiement est effectué pour chaque service consommé (tel est le cas des pays dans lesquels les régimes d'assurances sociales prédominent)
  - Il est difficile de compléter un tableau HF x HC si les budgets du secteur public ne sont pas ventilés par fonctions mais par prestataires de soins

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le choix du tableau dépend également des types de données qui peuvent être obtenues.

Lorsque les assurances sociales jouent un rôle prédominant, le programme rembourse chaque service consommé (au lieu de financer simplement les budgets d'exploitation des divers prestataires de soins de santé). Par exemple, si un patient a besoin d'un échogramme, la facture qui sera reçue par la compagnie d'assurances portera sur le service proprement dit. Par conséquent, il est facile de contrôler la répartition entre les fonctions et leurs relations avec les agents de financement.

Comme on peut le voir sur certains des documents budgétaires du secteur public qui ont été remis aux participants, certains gouvernements ne comptabilisent les dépenses que par intrants, tels que les médicaments ou les salaires. Par conséquent, il peut être difficile d'obtenir une ventilation HF x HC.

23

Quel tableau faut-il alimenter en informations ? HF x HC ou HP x HC ? (suite)

- Quel que soit le tableau utilisé, SUR LE PLAN OPÉRATIONNEL, il est probable qu'un tableau ne peut pas être complété sans travailler sur l'autre.
  - Suggérez de COMMENCER (pas un tableau final) par un TABLEAU COMBINÉ – HF x Prestataires x Fonctions
  - Il est utile de combiner toutes les informations disponibles
  - Il est utile de vérifier l'exactitude des estimations des HF et des prestataires de soins en utilisant des rapports de ventilation fonctionnelle

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Lors du premier cycle d'élaboration des CNS, de nombreux pays qui avaient tenté de réaliser une ventilation fonctionnelle ont abandonné leurs efforts et se sont limités à produire un tableau combiné.

Commencez par ce tableau combiné avec ses trois dimensions ; vous le diviserez plus tard.

24

Comment compléter le tableau combiné

- Commencez en déterminant la ventilation fonctionnelle des HF. Identifiez les types de fonctions exécutées – patients hospitalisés, patients non hospitalisés, soins dentaires, etc.
  - Dans le cas des HF pour lesquels il n'existe pas de ventilation fonctionnelle, il est généralement possible de différencier les données en fonction du type de prestataire de soins. (Ce montant sera placé dans la case HF x prestataire de soins)

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

La diapositive précédente montre où placer un chiffre qui ne peut pas être ventilé davantage que le niveau de prestataire de soins.

Par exemple, le MdS (HF) peut être ventilé par fonctions de soins ambulatoires et de soins en milieu hospitalier (services).

25

Comment compléter le tableau combiné (suite)

- Regroupez les fonctions identifiées par prestataire de soins approprié (cf. exemple de tableau combiné, ci-dessous). (Utilisez la liste des prestataires de soins du tableau HF x HP)
  - La ventilation fonctionnelle des prestataires de soins à « fonction unique » (qui offrent des services dans une seule catégorie de la classification fonctionnelle des CNS) est facile, p. ex.,
    - Placez le montant total dépensé dans des pharmacies sous la rubrique « HC 5.1. Produits pharmaceutiques et autres produits périssables »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Passons maintenant à la deuxième étape, qui consiste à placer les fonctions sous les prestataires de soins appropriés.

Pour continuer l'exemple précédent, la fonction de soins en milieu hospitalier sous la rubrique MdS sera placée sous la rubrique Hôpitaux du MdS (prestataire de soins)

26

Comment compléter le tableau combiné (suite)

- La ventilation fonctionnelle des prestataires de soins « multifonction » (qui offrent des services dans plusieurs des catégories de la classification fonctionnelle des CNS) est plus difficile, p. ex.,
  - Centres hospitaliers qui offrent des services pour patients hospitalisés et pour patients non hospitalisés – Est-ce que les écritures font la distinction entre ces fonctions ? si ce n'est pas le cas, consultez des études de coûts spécialisées (informations complémentaires aux études sur la santé des ménages)
  - Les frais généraux et administratifs sont habituellement difficiles à affecter. Remarque : les frais administratifs d'un prestataire de soins ne doivent PAS être affectés à la rubrique « HC.7 – administration de la santé et assurance maladie ». Au lieu de cela, ils sont inclus dans le coût des services fournis

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Répartissez les dépenses administratives et les frais généraux des prestataires de soins en proportion des dépenses pour soins ambulatoires et pour soins en milieu hospitalier.

27

Exemple de tableau combiné (HF x prestataires de soins et fonctions)

Prestataire de soins et fonction		Agents de financement						
		HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.3	HF.1.1.2	HF.1.2	HF.2.1.1	HF.2.3	Total
		Ministère de la Santé	Ministère de la Défense	Administrations d'états fédérés/de provinces	Administrations de sécurité sociale	Sociétés d'assurances groupe (fonctionn./ agents publics)	Ménages	
HP.1.1.1.1								
	HC.1.1 Soins aux patients hospitalisés							
	HC.1.3 Soins aux patients non hospitalisés							
	HC.R.1 Formation de capital							
HP.1.1.1.2								
	HC1.1 Soins aux patients hospitalisés							
	HC1.3 Soins aux patients non hospitalisés							
	HC4 Services auxiliaires							
	HCR 1 Formation de capital							
HP.1.1.1.3								
	HC.1.1							
	HC.1.3							
Total des dépenses des AF								
Comparez à FA x P								

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Le tableau combiné est utile parce qu'il est possible de saisir les deux types de paiements aux prestataires de soins ou pour un service particulier administré par un prestataire de soins. Toutes les informations sont contenues au même endroit et sont faciles à organiser, et il est aisé de voir où certaines informations sont insuffisantes.

Placez tous les totaux du tableau HF x HP qui vient d'être alimenté en données dans les cases foncées. Au fur et à mesure que vous alimentez ce nouveau tableau en données, vous devriez commencer à voir si le tableau a les mêmes totaux que le tableau HF x HP précédent.

28

Comment compléter le tableau combiné (suite)

- ▲ **Identifiez les sources de données**
  - ▲ **Quand des données sont disponibles, utilisez :**
    - △ **Les systèmes d'assurances sociales**
    - △ **Les ménages**
    - △ **Les bailleurs de fonds**
    - △ **Les autres études sur les coûts**
  - ▲ **Quand aucune donnée n'est disponible, utilisez :**
    - △ **Les budgets des programmes publics**
    - △ **Les données du secteur privé**

PHRplus

29

Comment compléter le tableau combiné (suite)

16. Alimentez le tableau combiné en informations en combinant et en réajustant les résultats des trois étapes précédentes
    - ▲ Si tout le tableau est remplie :
      - △ Vous pourrez facilement ventiler les données entre les tableaux HF x HC et HP x HC
    - ▲ Si le tableau est partiellement remplie :
      - △ Déterminez quel niveau a le plus de données – HF x HC ou HP x HC ? Essayez de compléter ce tableau en utilisant diverses techniques d'estimation

PI-R*plus*

30

Réconciliation des contradictions entre les données

- ▲ Lorsque les estimations pour la même case sont divergentes :
  - ▲ Utilisez la règle des 2 % des DTS. Si la différence est supérieure à 2 %, réajustez la différence ; si elle est inférieure à 2 %, ignorez la différence
- ▲ Réconciliation de la différence
  - ▲ La différence peut avoir une explication ; p. ex.,
    - △ L'absence de données d'un HF a contribué à la sous-estimation de ses chiffres
    - △ Une source de données est plus fiable qu'une autre
  - ▲ Dans le cas de différences importantes inexplicables, réexaminez attentivement les estimations :
    - △ Est-ce qu'elles mesurent les mêmes données ?
    - △ Est-ce qu'elles sont conformes aux mêmes limites ?
    - △ Est-ce qu'elles couvrent la même période ?
    - △ Est-ce qu'une estimation est basée sur la méthode de la comptabilité de caisse et l'autre sur la comptabilité d'exer

PI-R*plus*

Notes pour les présentateurs

Si la différence est inférieure au seuil des deux pour cent, cela ne vaut peut-être pas la peine de passer beaucoup de temps à essayer de réconcilier les deux chiffres. Évaluez si le problème peut être résolu avec un minimum d'efforts. Sinon, ignorez le problème et penchez-vous plutôt sur les écarts qui sont supérieurs au seuil

31

Réconciliation des contradictions entre les données (suite)

- Retournez au début et vérifier les chiffres pour déterminer s'ils semblent raisonnables.
- Faites attention de ne pas utiliser les mêmes chiffres deux fois. L'équipe des CNS doit être vigilante et s'assurer que la même information n'est pas saisie dans plusieurs sources de données différentes

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Il existe une duplication des données si le même montant de dépenses figure dans plus d'une case d'un tableau donné.

32

Réconciliation des contradictions entre les données (suite)

- Exemples de chiffres utilisés deux fois
- Les enquêtes sur les ménages peuvent indiquer des dépenses pour les services de certains prestataires de soins. Cependant, une enquête auprès des employeurs peut montrer que les employeurs ont remboursé leurs employés pour certaines de ces dépenses
  - Il faut faire attention de ne pas comptabiliser ces sommes sous les deux rubriques (employeurs et ménages)
- Dépenses d'assurances – Les firmes peuvent faire des paiements aux compagnies d'assurances, qui font des paiements directs aux prestataires de soins
  - Ne comptez qu'UNE SEULE de ces transactions de paiement (et non les deux paiements : celui de la firme à la compagnie d'assurances et celui de la compagnie d'assurances au prestataire de soins)

PHRplus

33

Ordre recommandé pour alimenter les tableaux en informations

1. Identifiez et estimez le financement pour les HF
2. Estimez le tableau FS x HF
3. Estimez le tableau HF x HP
4. Estimez les tableaux HF x HC et HP x HC
5. Puis passez aux autres tableaux

PHRplus

Module 6 - Exercices

Question 1)

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est transféré au MdS et n'est pas conservé par le prestataire (les fonds sont utilisés pour la santé dans le future). Où ce montant est-il comptabilisé dans le tableau ? Pourquoi ?

Réponse :

Question 2)

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est transféré au MdF (dans le cadre des recettes fiscales générales) et n'est pas conservé par le prestataire. Où ce montant est-il comptabilisé ? Pourquoi ?

Réponse :

Question 3)

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est conservé par le prestataire. Où ce montant est-il comptabilisé ? Pourquoi ?

Réponse :

Question 4.

Citez quelques conflits fréquents en ce qui concerne les données.

Réponse :

Module 6 - Réponses

Question 1)

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est transféré au MdS et n'est pas conservé par le prestataire (les fonds sont utilisés pour la santé dans le future). Où ce montant est-il comptabilisé dans le tableau ? Pourquoi ?

Réponse :

Les ménages sont des agents de financement (HF) à hauteur du montant du ticket modérateur. Par conséquent, les dépenses de l'État excluent ces montants. P. ex., le MdS gère un hôpital à un coût de 2 500 Cr. L'hôpital du MdS reçoit 150 Cr en frais médicaux. Par conséquent, les ménages comme HF contribuent 150 Cr et le MdS est un HF pour 2 500-150= 2 350 Cr.

Question 2)

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est transféré au MdF (dans le cadre des recettes fiscales générales) et n'est pas conservé par le prestataire. Où ce montant est-il comptabilisé ? Pourquoi ?

Réponse :

Les fonds ne sont pas comptabilisés au MdS comme HF ou HC. En fait ils ne sont pas compter dans les CNS du tout car ils sont mélanger avec les autres recettes de l'Etat. La valeur des services des centres hospitaliers est seulement ce qui provient du MdS

Question 3)

Le montant des frais médicaux payés par les ménages dans les centres hospitaliers du MdS est conservé par le prestataire. Où ce montant est-il comptabilisé ? Pourquoi ?

Réponse :

Les ménages sont des HF. Leurs frais médicaux sont considérés comme des suppléments des ressources du MdS payées au Prestataire. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de soustraire ce montant du montant du MdS (en tant que HF) affecté aux hôpitaux. Placez le montant correspondant à l'intersection des ménages comme HF et de l'hôpital du MdS comme Prestataire dans le tableau HF x HC.

Question 4.

Citez quelques conflits fréquents en ce qui concerne les données.

Réponse :

Par exemple, l'USAID donne 1 million de US $ en aide pour instituer un programme de vaccination dans le pays X, mais le MdS ne dépense que 800 000 $ de ce million. Du point de vue de l'USAID, la dépense se monte à 1 million de US $, alors que du point de vue du MdS, elle est de 800 000 $. Dans une telle situation, le pays comptabilise seulement les dépenses réelles encourues pour le programme de vaccination, c. à d., 800 000 $ dans l'année donnée.

7

Module 7

Études de cas sur la Susmanie : Application de la méthodologie

Durée

Formation multinationale :
Étude de cas I : 1 – 2 heures
Étude de cas II : 90 minutes
Étude de cas III : 3,5 heures

Formation nationale :
Étude de cas I : 90 minutes
Étude de cas II : 90 minutes
Étude de cas III : 3 heures

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- auront acquis une expérience pratique de l'alimentation en données du tableau FS x HF grâce aux études de cas sur la Susmanie
- seront capables d'analyser les réponses des questionnaires de CNS et de déterminer lesquelles sont appropriées pour le tableau Agents de financement x Prestataires de soins
- auront acquis une expérience pratique de l'alimentation en données des tableaux HF x HC et HP x HC.

Nota : Il ne s'agit pas de la suite de l'exercice précédent sur la Susmanie ; de nouvelles estimations de dépenses sont utilisées.

L'objectif de la présentation

▲ Acquérir une expérience pratique à travers l'étude de cas sur la Susmanie, en complétant le tableau FS x HF

L'objectif de la présentation

▲ Être capable d'analyser les réponses aux questionnaires des CNS et déterminer lesquelles sont pertinentes pour le tableau Agents de financement x Prestataires de soins

PHRplus

L'objectif de la présentation

▲ Acquérir une expérience pratique afin de compléter les tableaux HF x HC et HP x HC

Remarque: ce-ci n'est pas une suite de l'exercice précédent, de nouvelles évaluations de dépenses ont étés utilisées

PHRplus

Note pour les formateurs

Avant de commencer l'étude de cas, le formateur doit s'assurer qu'il connaît parfaitement tous les détails de la situation et qu'il sait comment faire les exercices pratiques. Ensuite, quand il présentera l'étude de cas aux participants, le formateur devra expliquer que les exercices sont difficiles et que les participants devront donc être très attentifs et alertes.

Contenu

- Le tableau FS x HF
- Interprétation des données pour le tableau HF x HP
- Interprétation des données pour les tableaux HF x HC et HP x HC

Exercices

- Étude de cas et trois exercices

  L'étude de cas est accompagnée de trois exercices qui portent sur divers aspects de l'interprétation des données des enquêtes et de l'emploi des estimations pour alimenter en données un tableau de CNS. Les exercices ne sont pas faciles pour les participants, mais ils leur seront bénéfiques en raison du niveau intense des efforts nécessaires à la résolution de problèmes de CNS campés dans un contexte concret. Ils tireront ainsi le meilleur parti de leur expérience en salle de classe. En fait, les participants font souvent le commentaire selon lequel les heures passées à s'efforcer de résoudre les problèmes des études de cas aboutissent souvent au point où « tous les concepts [appris auparavant] deviennent clairs », et où ils commencent à comprendre réellement ce à quoi ils devront s'attendre lors de la mise en œuvre des initiatives d'élaboration des CNS dans leur propre pays.

  - Durée :
    - Selon la capacité de manipulation des chiffres par les participants, les travaux pratiques portant sur les études de cas prendront entre un jour et un jour et demi. Ne faites pas de pause avant d'avoir fini un exercice déjà commencé car cela perturberait la progression de la compréhension et de l'apprentissage par les participants.
  - Fournitures :
    - Les participants auront besoin de calculettes ou d'un tableur informatique quelconque, comme MS Excel, et ils devront consulter leur cahier d'exercices pour répondre aux questions et trouver les tableaux à alimenter en données.
    - Le formateur devra se procurer un rétroprojecteur et un projecteur muni d'un écran à cristaux liquides pour l'aider à enseigner les études de cas.
    - Au fur et à mesure que les tableaux de CNS sont alimentés en données, le formateur voudra peut-être utiliser des transparents pour rétroprojecteur afin d'y écrire les calculs effectués par les participants.
  - Technique :
    - Pour un atelier de 10 à 12 participants, le formateur peut mettre en œuvre l'étude de cas en une séance plénière. Si l'atelier a plus de 12 participants, il est recommandé que la classe soit divisée en deux groupes et qu'un second formateur ou un autre animateur travaille avec le second groupe. Si la classe a plus de 25 participants et si des séances en sous-groupes sont prévues, les sous-groupes ne doivent pas dépasser 12 à 15 membres, avec un formateur par groupe.

Le module commence par une description du contexte socio-économique de la Susmanie, un pays fictif sur lequel les travaux pratiques sont basés. Les participants ont une description écrite de la Susmanie dans leur cahier d'exercices.

Note pour les formateurs

Procurez-vous un rétroprojecteur et un projecteur muni d'un écran à cristaux liquides pour vous aider à enseigner les études de cas. Arrangez-vous pour que les participants disposent de calculettes ou d'un tableur informatique quelconque. Faites de nombreuses copies des documents à distribuer ; les participants devront s'y référer pour répondre aux questions et pour alimenter les tableaux en données.

I. Présentation générale du pays

Présentation du contexte national pour les études de cas : le territoire de la Susmanie

La Susmanie est un petit pays à revenu modeste. Elle avait un gouvernement central autocratique jusqu'à récemment, mais elle a entrepris des réformes considérables, y compris une décentralisation. Le pays a maintenant un nouveau gouvernement avec un Premier Ministre et plusieurs ministères (GE : page 131, 9.54 ; page 134-135, 9.74-9.80).

La devise de la Susmanie est appelée le Croûton (Cr).

Présentation générale de la Susmanie

- Petit pays à revenu modeste
- Avait jusqu'à récemment un gouvernement autocratique ; a entrepris des réformes considérables -- y compris une décentralisation
- A un nouveau gouvernement avec un Premier Ministre et plusieurs ministères
- La devise est le « croûton » (Cr)

La structure de l'État en ce qui concerne la santé

Le Gouvernement central comprend le Ministère des Finances (MdF), le Ministère de la Santé (MdS), le Ministère de l'Éducation (MdE), le Ministère de la Défense (MdD) et l'Agence Nationale d'Assurance (ANA). Il n'existe qu'une seule entreprise publique à caractère industriel ou commercial – à savoir, l'AZap, la compagnie électrique nationale de Susmanie. À la suite de la décentralisation du pays, des collectivités locales ont été constituées dans quatre régions. Chacune a sa propre autorité fiscale ; l'État verse un complément aux revenus fiscaux de chaque collectivité locale.

La structure de l'État en ce qui concerne la santé

- Gouvernement central : MdF, MdS, MdE, MdD, Agence Nationale d'Assurance (ANA)
- Entreprises publiques à caractère industriel ou commercial : Azap, compagnie électrique nationale
- Collectivités locales : Établies dans 4 régions, chacune ayant sa propre autorité fiscale ; l'État verse un complément aux revenus fiscaux régionaux

Les prestataires de soins dans le secteur de la santé

La structure du système de santé

- La plupart des centres hospitaliers et des polycliniques appartiennent à l'État
  - Les centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins primaires appartiennent aux autorités régionales
  - Les centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins secondaires et tertiaires appartiennent au MdS, et sont gérés par ce dernier
- Le MdD possède et gère ses propres centres hospitaliers pour les membres du personnel militaire et les personnes à leur charge
- Les réformes ont entraîné la création de nouveaux centres hospitaliers et de nouvelles cliniques dans le secteur privé.
- La région intérieure est caractérisée par un recours important aux guérisseurs traditionnels
- Peu d'employeurs ont des cliniques sur le lieu de travail pour leurs employés
- La plupart des médicaments pour les patients non hospitalisés sont achetés dans les pharmacies communautaires

La structure du système de santé (suite)

- Assurance maladie : toute la population est couverte par l'ANA
  - L'ANA est financée par :
    - les impôts sur les salaires
    - les paiements du MdS
    - les tickets modérateurs
  - L'ANA couvre seulement les services fournis dans les formations sanitaires publiques
- Les employeurs offrent des assurances complémentaires pour couvrir le coût des tickets modérateurs et des soins administrés en dehors des locaux des établissements publics
- Les personnes physiques peuvent se doter d'une assurance complémentaire individuelle
- Assistance externe :
  - Centres de soins d'ONG locales financés par des donateurs
  - Contributions possibles de donateurs étrangers tels que MSF, le Croissant Rouge, Project Hope

La plupart des centres hospitaliers et des polycliniques appartiennent au secteur public. Les centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins primaires sont généralement administrés et exploités par les collectivités locales, tandis que la plupart des centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins secondaires et tertiaires sont administrés par le MdS. Le MdD possède et exploite ses propres centres hospitaliers pour les membres des forces armées et les personnes à leur charge. Les réformes ont entraîné la création de certains centres hospitaliers et de nouvelles cliniques dans le secteur privé. Les habitants d'une région, la Région intérieure, s'adressent toujours dans une très large mesure aux guérisseurs traditionnels en cas de problèmes de santé. Peu d'employeurs ont des cliniques sur le lieu de travail pour leurs employés. La plupart des médicaments pour les patients non hospitalisés sont achetés dans des pharmacies communautaires.

Les programmes d'assurance maladie en Susmanie

Théoriquement, en ce qui concerne l'assurance maladie, toute la population est couverte par l'Agence Nationale d'Assurance (ANA) pour les soins fournis dans les établissements du secteur public. L'ANA est financée par 1) les impôts sur les salaires, 2) des contributions du MdS et 3) le paiement du ticket modérateur par les usagers. Les employeurs offrent des assurances complémentaires (assurance groupe privée) pour couvrir le coût des tickets modérateurs et des soins administrés en dehors des établissements du secteur public. De plus, chaque personne peut se procurer sa propre assurance complémentaire individuelle.

Autres acteurs dans le système de santé

Étant donné que la Susmanie est un pays à revenu modeste, elle reçoit une assistance financière externe pour beaucoup de ses secteurs, y compris celui des soins de santé. Des bailleurs de fonds étrangers (notamment Médecins sans frontières [MSF], le Croissant rouge, Project Hope, etc.) financent des ONG qui aident à administrer des soins de santé.

Motivations politiques pour les CNS

- Comprendre le fardeau des paiements de soins de santé pour les ménages
- Comprendre dans quelle mesure les CNS couvrent réellement les dépenses de santé de la population
- Produire des rapports à l'intention des prêteurs internationaux pour évaluer l'efficacité des prêts
- Répondre à l'OMS au sujet des statistiques de santé.

Motivations politiques pour les CNS

1. Comprendre le fardeau du financement des soins de santé des ménages
2. Comprendre comment les CNS capture réellement les dépenses de santé de la population
3. Produire des rapports pour les institutions internationales afin d'évaluer l'efficacité des prêts
4. Répondre à l'OMS au sujet des statistiques de santé

7a. Étude de cas sur la Susmanie I – Alimentation en données du tableau FS x HF

Avant de commencer cet exercice, le formateur doit expliquer aux participants que leur participation à la discussion – qui prouve qu'ils comprennent les concepts des CNS et les appliquent correctement – est plus importante que l'obtention des réponses correctes.

Note pour les formateurs

Le formateur doit montrer qu'il apprécie tout le travail effectué – même si certaines réponses sont fausses. Un formateur qui se montre prêt à faire tout son possible pour aider les participants mettra tout le monde à l'aise et les encouragera à participer.

Pour cet exercice, les participants devront se reporter au tableau vierge figurant parmi les documents qui leur auront été distribués par le formateur. Le Manuel du participant contient également des copies d'un tel tableau. Le formateur ou l'animateur devra aider les participants à comprendre chaque question et à y répondre. Le formateur devra d'abord demander aux participants de lire la question et d'y réfléchir (en donnant deux minutes pour chaque question), puis il devra demander aux participants s'ils ont des questions à poser sur ce qu'on leur demande de faire. Chaque participant devra alors noter ses réponses sur les feuilles lui ayant été distribuées (en autorisant environ quatre minutes pour chaque question). Il est suggéré que le formateur demande alors à un volontaire au sein du groupe de présenter oralement sa réponse.

De toute évidence, certains participants saisiront les concepts très rapidement et domineront les périodes de discussion. Le formateur devra s'assurer que tous les participants ont l'occasion de poser leurs questions et de présenter leurs réponses. Une fois que tous les participants souhaitant répondre l'auront fait, le formateur devra analyser les réponses (et les calculs aboutissant à ces réponses le cas échéant).

Note pour les formateurs

Il est utile d'écrire la réponse soit sur un tableau à feuilles mobiles, soit sur un transparent pour rétroprojecteur. Il est également recommandé de préparer des transparents contenant des tableaux vierges pour les exercices dans lesquels il est demandé aux participants d'alimenter en données un tableau de CNS.

Les pages suivantes présentent les questions et les réponses pour la première étude de cas. Le formateur devra utiliser les réponses ci-dessous lors de son analyse des études de cas étant donné que la section contenant les notes de la présentation en PowerPoint ne contient que de très brèves explications.

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 8 de la présentation 7a, et discutez le tableau.

En tant que membre de l'équipe des CNS de la Susmanie, vous venez de terminer les quatre premières étapes de l'alimentation en données des tableaux. En d'autres termes, vous avez 1) commencé au milieu (tableau HF), 2) identifié les agents de financement, 3) déterminé les divers types de dépenses et 4) estimé les montants pour chaque HF.

Vous obtenez les montants des dépenses totales pour chaque HF (Tableau 7.1) et vous avez déjà inséré ces chiffres dans les cases de totaux de lignes appropriées de votre tableau (GE : page 170-174, 11.19-11.22, illustrations 11.5-11.9).

NOTE POUR LES FORMATEURS

Projetez la diapositive 9 de la présentation 7a, et expliquez comment alimenter le tableau en données.

Tableau 7.1 : Dépenses des agents de financement en Susmanie – Liste préliminaire

Code CNS	Entité	Montant des dépenses
HF.1.1.1.1	MdS	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329
HF.1.1.1.3	MdD	635
HF.1.1.2	Collectivités locales	21 015
HF.1.2	ANA	60 837
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires	563
HF.2.1.2	Assurance groupe du secteur privé	2,130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)	3,280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages	82 092 - 90 734
HF.2.4	ONG	2,888
HF.2.5.1	Firmes et sociétés privées (en dehors de l'assurance maladie)	3,024
HF.2.5.2	Sociétés publiques à caractère industriel et commercial (AZap)	1,905
HF.3	Reste du monde	599

NOTE POUR LES FORMATEURS

La clé du problème consiste à examiner le total de la ligne et le nombre de sources de financement pour l'agent de financement visé parce que cela vous indique combien de cases seront remplies pour la ligne du HF. Par exemple, si un HF a deux sources de financement, dans ce cas la ligne qui lui correspond n'aura d'estimations chiffrées que dans deux cases (c. à d. celles qui sont désignées dans les colonnes faisant référence à ces deux sources).

Question 1

Commencez par alimenter le tableau en ventilant les fonds HF par leur source d'origine ; p. ex., Revenus de l'Adm. centrale, revenus du secteur privé et fonds du reste du monde. Pour ce faire, commencez par analyser les HF du secteur public. Après des recherches et enquêtes approfondies, vous apprenez que :

- le MdE et le MdD sont financés exclusivement par le MdF.
- Les donateurs ont donné 1 538 Cr au MdS. Et vous apprenez que le MdS est financé exclusivement par deux sources : le MdF et les donateurs.

Exercice

- Commencez à ventiler les dépenses des HF par sources de provenance: fonds publics, fonds privés, fonds du reste du monde
  1. Commencez par les HF du secteur public :
     - Le MdE et le MdD obtiennent leurs fonds du MdF exclusivement
     - Le MdS obtient son financement de deux sources seulement : le MdF et les bailleurs de fonds. Les bailleurs de fonds ont fait don de 1 538 Cr au MdF
     - Quelles cases pouvez-vous remplir pour le MdE, le MdD et le MdS sur la base des informations qui précèdent ?
  2. Le MdS est habituellement un HF, mais il peut aussi être une source de financement ; p. ex., il offre des subventions aux autorités régionales (986 Cr) et à l'ANA (1 106 Cr)
     a. Où comptabiliserez-vous le montant des subventions ?
     b. Comment réduirez-vous le chiffre HF pour le total du MdS ?
     c. Complétez, les autres cases POSSIBLES restantes pour le MdS en tant que HF

PHRplus

Quelles cases pouvez-vous remplir pour le MdE, le MdD et le MdS en fonction

de ces informations ?

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés				
		FS.1.1.1 Revenus de l'État				FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	Sous-total, secteur privé	FS.3 Fonds du reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28468							1538	30006
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Autorités régionales		986							21015
HF.1.2	Administrations de sécurité sociale (ANA)		1106							60837
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires/agents publics									563
HF.2.1.2	Assurances groupe privées									2130
HF.2.2	Assurances individuelles									3283
HF.2.3	Versements directs des ménages									62,662
HF.2.4	Institutions à but non lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)									90,734
HF.2.5.1	Firmes privées									2868
HF.2.5.2	Entreprises publiques à caractère industriel/commercial (Azap)									3024
HF.3	Reste du monde									1908
	Somme temporaire									599
	Total estimé									

Réponse

- Pour les cases du MdE et du MdD :

Comme vous savez que le MdE et le MdD ne sont financés que par UNE SEULE source, vous pouvez copier les totaux de leurs rangées dans les cases Adm. centrale x MdE et Adm. centrale x MdD.

- ☐ Placez 329 pour le MdE dans la case Adm. centrale x MdE
- ☐ Placez 635 pour le MdD dans la case Adm. centrale x MdD
- Pour les cases du MdS :

Comme vous savez que les donateurs ont donné 1 538 Cr au MdS, vous pouvez placer ce montant dans la case Reste du monde x MdS.

Comme vous savez aussi que le MdS n'obtient son financement QUE DE DEUX SOURCES, il s'ensuit logiquement que les autres fonds [total du MdS (32 096) – montant donné par les donateurs (1 538) = 30 558] reçus par le MdS doivent être placés dans la case **Adm. centrale x MdS (30 558)**

Question 2a

Le MdS est habituellement un agent de financement, mais dans certains cas il peut être une source de financement : en Susmanie, l'équipe apprend que le MdS donne des subventions à la collectivité locale (986 Cr) et à l'ANA (1 106 Cr).

a) Où comptabilisez-vous les fonds ainsi donnés ?

Réponse

Comme dans ce cas le MdS est une SOURCE de fonds, vous devrez créer une seconde colonne dans la catégorie des Revenus de l'Adm. centrale. Cette seconde colonne sera « S.1.1.2 MdS » et la première colonne sera S.1.1.1 MdF (assurez-vous que les montants de la première question sont placés dans cette colonne).

- Vous pouvez maintenant placer le montant de 986 Cr. dans la case MdS x Collectivité locale et
- Vous pouvez placer le mondant de 1 106 pour les subventions dans la case **MdS x ANA.**

Note pour les formateurs

Soulignez le fait que tous les totaux des colonnes et des lignes de la feuille de travail ne sont pas définitifs. Au fur et à mesure que les participants analysent chaque type de transfert de fonds, ils constateront que certaines entités ont des rôles doubles ou des rôles complètement différents de ce que l'on aurait pu croire (p. ex., certaines peuvent être à la fois un FS et un HF – au lieu de seulement l'un ou l'autre). Il faut faire preuve de souplesse dans de tels cas ; il faudra peut-être changer, soustraire ou ajouter de nouvelles colonnes ou de nouvelles lignes dans le tableau.

Note pour les formateurs

Dites aux participants que quand les divers établissements communiquent leurs montants de dépenses à l'équipe des CNS, ils le font *sans* tenir compte du fait qu'ils ont agi en qualité de source de financement, d'agent de financement, etc. pour chaque opération de dépense. Au lieu de cela, ils communiquent simplement un montant total dépensé en tant qu'établissement payeur, et il appartient à l'équipe des CNS d'analyser chaque opération de dépense et de déterminer si, dans chaque cas, l'établissement a agi en tant que source de financement, agent de financement, etc. Si un établissement a agi au titre de plus d'une dimension des soins de santé (p. ex., source de financement et agent de financement), dans ce cas l'équipe devra estimer un montant de dépenses totales pour chacune de ces dimensions. (Elle aura besoin d'une estimation des dépenses totales pour l'établissement quand il a agi en tant que source de financement et d'une autre estimation des dépenses totales quand il a agi en tant qu'agent de financement.)

Question 2b

Sur la base de ces informations, comment réduirez-vous le chiffre TOTAL HF pour le MdS ?

Réponse

Rappelez-vous que sur la liste originale des dépenses totales pour chaque partie intéressée, le MdS a indiqué avoir dépensé 32 096 Cr. Ce montant a été automatiquement affecté à la case du total de la rangée pour le MdS comme agent de financement. Cependant, lorsque le MdS a également commencé à agir comme « source de financement », le total de la rangée pour le MdS comme HF a dû être réduit. Vous devrez soustraire les dépenses du MdS comme source (986+1 106=2 092) du montant de 32 096. Par conséquent, le nouveau total pour le **MdS comme agent de financement** est 32 096-2 092 = **30 004**.

Question 2c

Complétez les autres cellules POSSIBLES pour le MdS comme agent de financement.

Réponse

Avec le nouveau total pour le MdS comme agent de financement, le montant estimé auparavant (estimé en soustrayant le total de la rangée du MdS – montant reste du monde) **pour MdF x MdS** devra être modifié. Utilisez maintenant le nouveau total de la rangée du MdS et soustrayez le montant RdM ; par conséquent, 30 004-1 538= **28 466**

Question 3a

Votre équipe constate que le MdS rembourse (11 772 Cr) aux collectivités locales pour les services hospitaliers fournis aux chômeurs (pour le compte du MdS). Notez que les collectivités locales obtiennent leurs fonds pour la santé des impôts régionaux et du MdS.

Quel est l'agent de financement dans ce cas ? Le MdS ou les collectivités locales ?

Réponse

Le MdS est l'agent de financement (HF), parce qu'il contrôle où l'argent est utilisé et demande à l'hôpital de la collectivité locale de servir de conduit ou d'intermédiaire pour le compte du MdS.

Exercice

3. Votre équipe se rend compte du fait que le MdS rembourse 11 772 Cr aux centres hospitaliers des autorités régionales pour les services rendus aux chômeurs (de la part du MdS). Les autorités régionales obtiennent leurs financement pour la santé, des impôts régionaux et du MdS
   - a) Qui est l'agent de financement dans ce cas ? Le MdS ou l'autorité régionale ?
   - b) Ce montant (11 772 Cr) a été compté deux fois : une fois avec le MdS et une fois avec l'autorité régionale. Comment éliminiez-vous cette duplication de l'autorité régionale ?
   - c) Avec le montant restant de l'autorité régionale (c. à d., qui n'a pas été affecté à des subventions ou à des remboursements), où placez-vous ce chiffre ?

Question 3v

Ce montant (11 772 Cr) a été compté deux fois : une fois avec le MdS et une fois avec les collectivités locales. Comment éliminez-vous ce problème de comptabilisation par les collectivités locales ?

Exercice

3. Votre équipe se rend compte du fait que le MdS rembourse 11 772 Cr aux centres hospitaliers des autorités régionales pour les services rendus aux chômeurs (de la part du MdS). Les autorités régionales obtiennent leurs financement pour la santé, des impôts régionaux et du MdS
   - ▲ a) Qui est l'agent de financement dans ce cas ? Le MdS ou l'autorité régionale ?
   - ▲ b) Ce montant (11 772 Cr) a été compté deux fois : une fois avec le MdS et une fois avec l'autorité régionale. Comment éliminiez-vous cette duplication de l'autorité régionale ?
   - ▲ c) Avec le montant restant de l'autorité régionale (c. à d., qui n'a pas été affecté à des subventions ou à des remboursements), où placez-vous ce chiffre ?

PHRplus

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1 Fonds publics			FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du reste du monde	
		FS.1.1 Revenus de l'État		FS.1.2 Revenus des autorités régionales	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS.2.3 total, secteur privé		
		FS.1.1.1 MdF	FS.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	29469						1538	30004
HF.1.1.1.2	MdE	329							329
HF.1.1.1.3	MdD	636							636
HF.1.1.2	Autorités régionales		986	8257					9243
HF.1.2	ANA		1105						60657
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires/agents publics								953
HF.2.1.2	Assurances groupe privées								2130
HF.2.2	Assurances individuelles								3360
HF.2.3	Ménages								82,088 90,734
HF.2.4	ONG								2665
HF.2.5.2	Firmes privées								9324
HF.2.5.1	Entreprises publiques à caractère industriel/commercial (Aisep)								1906
HF.3	Organisations externes								656
	Somme temporaire								
	Total estimé								

PHRplus

Réponse

Soustrayez le montant de 11 772 du total original de la rangée des collectivités locales, qui est de 21 015. Par conséquent, le nouveau **total x case collectivité locale** sera de 21 015-11 772= **9 243.**

Question 3c

Où placez-vous le montant restant pour les collectivités locales (c. à d., non affecté aux subventions ou remboursements) ?

Réponse

Consultez les informations fournies dans la question, à savoir que les collectivités locales reçoivent leurs fonds de deux sources seulement : les impôts locaux et le MdS. Comme les participants ont déjà examiné le MdS, ils savent que le solde des impôts locaux sera de 9 243-986=**8 257.** Ces impôts locaux seront reflétés dans la collectivité locale comme source de financement, et une nouvelle colonne devra être créée, et le montant devra être placé dans une case « **collectivité locale x collectivité locale ».**

Note pour les formateurs

Demandez aux participants s'ils peuvent déterminer la raison pour laquelle ce montant a été compté deux fois. Un membre de la classe doit en expliquer la raison aux autres membres du groupe. La réponse est que les différents établissements et les autres entités concernées communiquent leurs montants de dépenses sans se soucier du fait qu'ils ont été remboursés ou non. Par conséquent, deux établissements peuvent déclarer qu'ils ont dépensé une certaine somme alors qu'en réalité l'un de ces établissements a dépensé le montant en question pour rembourser l'autre établissement.

Question 4a

Passons à l'Agence Nationale d'Assurances.

Où placerez-vous les « intérêts capitalisés » (566 Cr), qui sont utilisés pour aider à payer les prestations et les frais généraux de l'ANA ?

Exercice

4. ANA
   a. Où inscririez-vous les « intérêts capitalisés » (566 Cr), qui sont utilisés pour payer les prestations fournies et les frais administratifs encourus par l'ANA ?
   b. L'ANA ne connaît pas la proportion dans laquelle ses recettes proviennent des employeurs ou des employés. Cependant, vous apprenez que la norme dans le pays est un rapport de 3 à 1 entre les contributions des employeurs et celles des employés. Affectez le solde entre les employeurs et les employés (à l'exception des intérêts capitalisés et de la subvention du MdS). Notez qu'il s'agit d'une ESTIMATION

PHRplus

Réponse

Créez une autre catégorie « Autre » dans les colonnes de sources publiques (FS 1.2 autres fonds publics). L'intérêt créditeur est inclus parce qu'il est utilisé pour servir aux

Note pour les formateurs

Créez une autre colonne si vous utilisez des transparents.

bénéficiaires de prestations de santé (c. à d., c'est une dépense de santé). Placez le montant de **566** dans la case **FS 1.2 autres fonds publics x ANA.**

Question 4b

Note pour les formateurs

Le formateur voudra peut-être déclarer qu'une « technique d'estimation » devra être utilisée. Il devra demander à la classe de suggérer certaines techniques.

L'ANA n'a pas comptabilisé la proportion de revenus qu'elle reçoit des employeurs et des employés. Cependant, vous apprenez que la norme dans le secteur public est un rapport employeurs/employés de 3/1. Affectez le solde entre employeurs et employés (moins l'intérêt créditeur et la subvention du MdS). Notez qu'il s'agit d'une ESTIMATION.

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			
		FS 1.1.1. Revenus de l'Adm. centrale	FS.1.1.2 Revenus des cités-services de locales	FS.1.1.3 Revenus des cités-services de locales	FS 1.2 Autres Fonds publics	FS 2.1 Fonds des employeurs	FS 2.2 Fonds des ménages	FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	28 439						1 835	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	529							529
HF.1.1.1.3	MdD	635							635
HF.1.1.2	Collectivités locale		966	5287					6 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791		60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires								563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés								2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)								2 290
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages								22 092-60 734
HF.2.4	ONG								2 958
HF.2.5.2	Firmes privées								5024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)								1908
HF.3	Reste du monde								565
	Somme temporaire								
	Total estimé								

Réponse

Les experts du CNS suggèrent l'utilisation d'un rapport standard de 3/1 pour diviser le solde [60 837-(1 106+566)=59 165] entre employeurs et employés.

Par conséquent, les employés (ou les ménages) contribuent environ 59 165/4= **14 791.** Ce montant doit être placé dans la case **Ménages x ANA.**

Le Fonds des employeurs sera : 14 791 x 3= **44 374** et ce montant est placé dans la case **Employeur x ANA.**

Question 5

Assurances Groupe Fonctionnaires (AGF) : programme d'assurances réservé aux fonctionnaires ; il reçoit des fonds de l'État et des fonctionnaires.

Le programme AGF ne peut pas distinguer entre les contributions de l'employeur (nota : l'État peut être l'employeur privé) et de l'employé. Les règles régissant le fonds stipulent qu'un quart des sommes sera payé par les employés, et le solde par l'employeur. Comment répartiriez-vous le total de 563 Cr ?

Exercice

5. Assurance groupe pour les fonctionnaires et agents publics (AGF)

L'AGF, un programme d'assurance EXCLUSIVEMENT pour les fonctionnaires et agents publics, reçoit des fonds de l'État et des fonctionnaires/agents publics

- **L'AGF n'est pas capable de faire une distinction entre les cotisations de l'employeur et celles des fonctionnaires/agents publics. Comment ventileriez-vous son total de 563 Cr ? Les règles régissant le fonds stipulent que 25 % des fonds doivent être prélevés par des cotisations à la charge des fonctionnaires/agents publics, et le reste est à la charge de l'employeur**

PHRplus

Réponse

Utilisez la même technique d'estimation technique qu'avant.

La contribution de l'employé est 563 x 0,25=**141** dans la case **Ménages x AGAP** x 0,75= **422** dans la case **Employeurs privés x AGAP.** Nota : Comme l'État ne fournit ici de prestations qu'aux fonctionnaires il est considéré comme un « employeur privé ».

Question 6

Exercice

6. Assurances groupe privées (AGP)
   - ▲ Les compagnies d'assurance AGP ne sont pas capables non plus de faire une distinction entre les cotisations de l'employeur et celles des employés. Comment affecteriez-vous temporairement leur total de 2 130 Cr ?
7. Quelle source finance l'assurance individuelle privée (3 280 Cr), et où inscririez-vous ce montant ?

PFRplus

Programme d'Assurance des Employeurs Privé (PAEP)

La société PAEP ne peut pas non plus distinguer entre les contributions des employeurs et des employés. Comment affecteriez-vous TEMPORAIREMENT son total de 2 130 Cr ?

Note pour les formateurs

Expliquez l'emploi d'une mesure temporaire de façon à ce que les participants puissent comprendre pourquoi il est procédé de la sorte.

Réponse

L'approche temporaire permet de remplir temporairement les cases appropriées et d'y inscrire le chiffre approprié ultérieurement, une fois que des données complémentaires auront été recueillies.

Placez un « x » dans la case Employeur x Assurances groupe privées

Placez « 2 130-x » dans la case Ménages x Assurances groupe privées

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FB.1 Fonds publics				FB.2 Fonds privés		FB.3 Fonds du Reste du monde	
		FB.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FB.1.1.2 Revenus des Collectivité locales	FB.1.2 Autres Fonds publics	FB.2.1 Fonds des employeurs	FB.2.2 Fonds des ménages		
		FB.1.1.1.1 MdF	FB.1.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	28 465						1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329							329
HF.1.1.1.3	MdD	835							835
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257					9 243
HF.1.2	ANA		1 108		588	44 374	14 791		6 0637
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141		563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					x	2 130-x		2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3280		3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages								52 062- 90 734
HF.2.4	ONG								2 888
HF.2.5.2	Firmes privées								3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques Industrielles et commerciales (AZap)								1 906
HF.3	Reste du monde								599
	Somme temporaire								
	Total estimé								

Question 7

Quelle source finance les Assurances individuelles privées (AIP) (3 280 Cr) et où placeriez-vous ce montant ?

Réponse

Les ménages sont la source de financement des AIP. Placez 3 280 dans la case Ménages x Assurances individuelles.

Question 8

Votre équipe constate maintenant que le chiffre de l'enquête auprès des ménages pour les dépenses d'assurances varie considérablement par rapport aux estimations des compagnies d'assurances (que vous avez inscrites en réponse aux questions antérieures).

Exercice

8. Votre équipe constate maintenant que le chiffre de l'enquête sur les ménages pour les dépenses d'assurances est très différent des estimations communiquées par les compagnies d'assurances (qui viennent d'être inscrites en réponse aux questions précédentes)
   - ▲ L'enquête sur les ménages indique :
   - ▲ 14 000 Cr à l'ANA
   - ▲ 2 200 Cr aux assurances groupe privées
   - ▲ 3 450 Cr aux assurances individuelles privées
   - ▲ Que feriez-vous en présence de ces estimations contradictoires ?

PFRplus

Chiffres indiqués par l'enquête auprès des ménages :
14 000 Cr à l'ANA
2 200 Cr à l'Assurance groupe privée
3 450 Cr à l'Assurance individuelle privée
Que feriez-vous donc avec ces estimations contradictoires ?

Note pour les formateurs

Cette question nécessite une autre technique d'estimation qui peut être utilisée lorsque vous obtenez deux estimations contradictoires pendant que vous alimentez les tableaux en données. Expliquez en quoi cette technique consiste au lieu de laisser la classe s'attaquer à cette question sans assistance.

Réponse

Placez simplement les estimations de l'enquête auprès des ménages dans les mêmes cases que les estimations d'assurances antérieures. Vous devrez faire une enquête complémentaire pour déterminer les estimations qui sont les plus précises. Ce problème sera traité plus tard.

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivités locales	FS.1.2 Fonds publics	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	28 466						1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329							329
HF.1.1.1.3	MdD	635							635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8257					9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h		60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141		563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					x	2 130-x (2 200) h		2 130
HF.2.2	privées (en dehors des assurances sociales)						3 280 (3 450)h		3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages								82 092-90 734
HF.2.4	ONG								2 888
HF.2.5.2	Firmes privées								3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)								1 905
HF.3	Reste du monde								599
	Somme temporaire								
	Total estimé								

Placez donc (**14 000**) **h** dans la case **Ménages x ANA** à côté de l'estimation antérieure

Placez donc (**2 200**) **h** dans la case **Ménages x AGP** à côté de l'estimation antérieure

Placez donc (**3 450**) **h** dans la case **Ménages x Assurance individuelle privée** à côté de l'estimation antérieure

Question 9a

ONG
Reçoivent 1 653 Cr des donateurs

Réponse

Entrez ces estimations dans le tableau :

Il s'agit d'une écriture comptable simple : placez **1 653** dans la case **Reste du monde x ONG**

Exercice

9. Les ONG
   - ▲ Reçoivent 1 653 Cr des donateurs
   - ▲ Reçoivent 1 235 Cr des organisations caritatives locales
   - ▲ Inscrivez ces estimations dans le tableau

Question 9b

Reçoivent 1 235 Cr d'organisations caritatives locales

Réponse

Où devrait-on placer l'organisation caritative locale ? Créez une nouvelle colonne sous Fonds privés FS 2.3 Institutions sans but lucratif au service des ménages. Placez **1 235** sous FS 2.3 x HF 2.4 ONG

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivit	FS.1.2 Autres Fonds publics	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS. 2.3 Institutions sans but lucratif		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h			60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					x	2 130-x (2 200) h			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors						3 280 (3 450)h			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092-90 734
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.2	Firmes privées									3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.3	Reste du monde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 22, faites référence au tableau et expliquez les ajouts les plus récents.

Question 10

Résolution du rapport de ventilation des assurances privées entre ménages et employeurs (x)

Exercice

10. Ventilation du ratio des assurances privées entre les ménages et les employeurs (x)
    - Une enquête auprès des firmes produit une seconde estimation des primes payées à des assureurs privés et indique aussi le rapport de ces primes entre les employeurs et les employés (1/3 employeurs / 2/3 ménages)

Une enquête auprès des employeurs fournit une deuxième estimation des primes payées aux assurances privées et indique la ventilation de ces primes entre employeurs/ employés (un tiers employeur / deux tiers ménages).

Réponse

À nouveau, comme nous avons deux estimations et ne savons pas laquelle est la plus précise (celle-ci ou l'estimation antérieure de l'enquête auprès des ménages), placez les estimations des firmes dans les mêmes cases.

Dans la case Employeurs x Assurances privées, placez 2 130/2 = 710

Dans la case Ménages x Assurances privées, placez 2 130-710 = 1420

Question 11a

Écriture comptable simple

Exercice

11. Saisie simple des données
    - Azap a indiqué obtenir tous ses fonds (1 905 Cr) par autofinancement
    - Les firmes ont dépensé 3 024 Cr dans leurs propres locaux
    - MSF (bailleur de fonds) finance ses propres locaux à un coût de 559 Cr
    - Où inscririez-vous ces montants ?

Où entrez-vous ces montants ?
AZap a déclaré recevoir tous ses fonds (1 905 Cr) de ses propres bénéfices.

Réponse

a) Placez **1 905** dans la case **Employeurs x Entités semi-publiques**.

Question 11b

Les firmes dépensent 3 024 Cr dans leurs propres établissements.

Réponse

Placez **3 024** dans la case **Employer x Firmes privées**

Question 11c

MSF (donateur) finance ses propres établissements au coût de 599 Cr.

Réponse

Placez **599** dans la case **Reste du monde x Organisation extérieure**

Note pour les formateurs

Mettez 599 dans la case Reste du monde x Organisations externes. Mentionnez le fait que chaque pays peut classer les dépenses des entreprises publiques à caractère industriel ou commercial de façon différente : un pays peut considérer de telles entreprises comme des entités privées tandis qu'un autre peut les considérer comme des entités publiques. Tout dépend du contexte du pays et de sa perception des entreprises publiques à caractère industriel ou commercial.

Question 12a

Début du processus de réconciliation
Faites une somme temporaire des colonnes.

Exercice

12. Début du processus de réconciliation

a. Calculez le total temporaire des colonnes

b. Après avoir calculé ce montant temporaire, vous apprenez qu'une autre estimation pour le montant total financé par les donateurs (en tant que sources) s'élève à 8 180 Cr. Inscrivez cette somme sur la ligne « Total estimé »

Réponse

Placez 29 430 dans la case MdF x Somme temporaire totale

Placez 2 092 dans la case MdS x Somme temporaire totale

Placez 8 257 dans la case Revenus des collectivités locales x Somme temporaire totale

Placez 566 dans la case Autres fonds publics x Somme temporaire totale

Placez 50 435 dans la case Fonds des employeurs x Somme temporaire totale

Placez un « ? » dans la case Fonds des ménages x Somme temporaire totale – rappelez-vous que vous ne savez toujours pas laquelle des deux estimations pour les ménages est correcte.

Placez 1 235 dans la case Institutions sans but lucratif x Somme temporaire totale.

Placez 3 790 dans la case Reste du monde x Somme temporaire totale.

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés				
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale	FS.1.1.2 Revenus des Collectivités locales	FS.1.2 Autres Fonds publics	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS. 2.3 Institutions sans but lucratif	FS.3 Fonds du Reste du monde		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 468							1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h			60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					710	1 420 (2200) h			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3 280 (3 480)h			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 90 734
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.2	Firmes privées					3 024				3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (A.2.ap)					1 905				1 905
HF.3	Reste du monde								599	599
	Somme temporaire	29 430	2 092	8 257	566	50 435	?	1 235	3 790	
	Total estimé								8 180	

Question 12b

Après avoir fait la somme temporaire, vous apprenez qu'une autre estimation pour le montant total financé par les donateurs (comme sources) s'élève à 8 180 Cr. Placez ce chiffre dans la rangée « Total estimé ».

Réponse

Placez **8 180** dans la case **Reste du monde x « total estimé »**

Question 13a

Réconciliation des montants

Vous apprenez que le rapport de l'ANA est plus fiable que l'estimation de l'enquête auprès des ménages parce que sa méthode comptable est plus fiable.

Quelle estimation devriez-vous conserver ?

Exercice

13. Réconciliation des montants

a. Vous apprenez que le rapport de l'ANA est plus fiable que l'estimation de l'enquête sur les ménages parce qu'il est basé sur une méthode comptable rigoureuse.
   Quelle estimation devriez-vous conserver ?

b. Vous apprenez également que les enquêtes sur les compagnies d'assurances bénéficient d'un taux de réponse plus élevé que les enquêtes sur les ménages et sont donc plus fiables
   Quelle estimation devriez-vous conserver ?

PI-R*plus*

Réponse

Par conséquent, conservez l'estimation de l'ANA de **14 791** dans la case **Ménages x ANA,** et **3 280** dans la case **Ménages x Assurance individuelle privée.**

Question 13b

Vous apprenez également que les enquêtes auprès des compagnies d'assurances ont des taux de réponse plus élevés que les enquêtes auprès des ménages et sont plus fiables. Quelle estimation devriez-vous conserver ?

Réponse

Conservez l'estimation de l'enquête auprès des compagnies d'assurances de **710** dans la case **Employeurs x PAEP** et le montant **1 420** dans la case **Ménages x PAEP.**

Question 13c

L'équipe du CNS termine l'analyse de l'enquête auprès des ménages pour la Susmanie ! Tout le monde est content et l'équipe déclare que les contributions des ménages se montent à 86 413 Cr – Très pratique ! Inscrivez ce montant à l'endroit approprié.

Exercice

13. Réconciliation des montants

c. L'équipe des CNS termine une analyse de l'enquête sur les ménages de Susmanie ! Ceci fait très plaisir à tous les membres de l'équipe, qui déclare que les contributions des ménages par le biais des frais médicaux, hors remboursement, se sont élevées à 86 413 Cr. C'est vraiment très commode ! Inscrivez ce montant à l'endroit approprié

d. Après avoir réexaminé le montant des dépenses par les donateurs (8 180 Cr), vous apprenez que l'estimation comprend des dépenses d'hygiène et d'alimentation. Quelle estimation utiliseriez-vous (8 180 Cr ou l'estimation de la somme temporaire) ?

PI-R*plus*

Réponse

Il s'agit d'une écriture comptable simple. Inscrivez **86 413** dans la case **Ménages x Ménages**.

Note pour les formateurs

Demandez aux participants de citer quelques-uns des facteurs qui peuvent rendre une estimation d'enquête plus fiable qu'une autre ; par exemple, taux de réponses plus élevé, échantillon de taille plus représentative, plus de questions qui tombent dans les limites de la définition des dépenses de santé, etc.

Question 13d

Après avoir réexaminé le montant des dépenses des donateurs (8 180 Cr), vous apprenez que l'estimation comprend des dépenses d'alimentation et d'hygiène. Quelle estimation devriez-vous utiliser (8 180 Cr ou l'estimation de la somme temporaire) ?

Réponse

Rappelez-vous que les dépenses d'alimentation et d'hygiène sont des dépenses de santé « en rapport avec la santé » et ne sont pas comprises dans votre définition stricte des dépenses de soins de santé. Par conséquent, conservez l'estimation de **3 790 (somme temporaire)**.

Question 14

Étapes suivantes : DÉTERMINEZ SI LES TOTAUX DES RANGÉES ET DES COLONNES CORRESPONDENT.

Note pour les formateurs

Après la fin de cette étude de cas, les participants devraient pouvoir faire une pause bien méritée !

Réponse

N'oubliez pas d'ajouter la colonne des fonds des ménages pour remplacer le « ? » par le nombre **106 045** dans la case **Ménages x Somme temporaire totale.**

Exercice

14. Étape suivante

- EST-CE QUE LES MONTANTS TOTAUX FIGURANTS DANS LES LIGNES ET LES COLONNES SONT ÉGAUX ?

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivit	FS.1.2 Autres Fonds publics	Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS 2.3 Institutions sans but lucratif	Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791			60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					710	1 420			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3 280			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages						86 413			86 413
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.2	Firmes privées					3 024				3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)					1 905				1 905
HF.3	Reste du monde								599	599
	Somme temporaire	29 430	2 092	8 257	566	50 435	106 045	1 235	3 790	201 850
	Total estimé								8 180	

7b. Étude de cas sur la Susmanie II – Interprétation des données pour compléter le tableau HF x HP

Afin d'équilibrer l'intensité de chaque exercice et de maintenir la concentration des participants, le prochain exercice ne prendra pas autant de temps et ne sera pas orienté autant vers les détails que le premier. Ce deuxième exercice *ne demande pas* aux participants d'alimenter en données le tableau HF x HP en soi ; au lieu de cela, il est demandé aux participants d'examiner les résultats de questionnaires d'enquêtes spécifiques et de déterminer quels résultats *seraient* utilisés dans le tableau HF x HP, et pourquoi. L'objet de cet exercice est d'apprendre aux participants à analyser les diverses réponses qu'une équipe de CNS obtiendrait en réponse à ses questionnaires et de déterminer celles qui seraient appropriées pour alimenter en données le tableau HF x HP.

HF X HP										
Prestataires de soins	HP.A Secteur public					HP.B Secteur privé				
	HP.1.1 : Administration publique (hors administration de sécurité sociale)			HP.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HP.2.A.1 Entreprises publiques à vocation économique et commerciale	HP.2.1 Assurance sociale privée	HP.2.3 Versements directs des ménages	HP.2.B.2 Entreprises privées à vocation économique et commerciale	HP.2.4 Inst. sans but lucratif au serv. des ménages (ONG)	HP.3 Reste du monde
	HP.1.1.1 Administration centrale	HP.1.1.2 Administrations d'états fédérés/de provinces	HP.1.2 Administrations de sécurité sociale							
HP.1 Hôpitaux										
HP.2 Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement										
HP.3 Prestataires de soins ambulatoires										
HP.4 Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux										
HP.5 Fournitures et gestion de programmes de santé publique										
HP.6 Administration générale de la santé et de l'assurance maladie										
HP.7 Autres prestataires de services de santé										
HP.8 Établissements fournissant des services en rapport avec la santé										
HP.9 Reste du monde										
Total Colonnes										

PHRplus

Pour les questions de classification, les réponses indiquées ci-dessous sont des codes de classification *suggérés*. Si la classe a déjà formulé sa version modifiée des codes de classification sur la base du contexte de son propre pays, dans ce cas le formateur doit permettre des réponses qui concordent avec ces systèmes de classification modifiés. À nouveau, des « suggestions » à l'intention du formateur sont indiquées dans les descriptions suivantes des réponses. La section consacrée aux notes dans les présentations en PowerPoint ne contient pas ces suggestions ; elle fournit seulement les réponses de base.

Note pour les formateurs

Sur la base des informations provenant des diverses enquêtes indiquées dans les documents distribués à la classe, demandez aux participants de répondre aux questions suivantes.

Instructions

Sur la base des informations des enquêtes des pages qui suivent, répondez aux questions suivantes :

Exercice pour HF x HP

▲ **Reportez-vous au questionnaire sur l'assurance maladie (Document joint 7b.1)**

1. **a) Classez les termes en caractères gras selon les codes de la CICS.**

1. **b) Comme vous pouvez le voir sur le tableau ci-dessus, les compagnies d'assurances n'ont pas été en mesure de ventiler les prestations entre les détenteurs de polices « groupe » et « individuelles ». Comment ventileriez-vous les montants ?**

Question 1a

Examinez le Document joint 7b.1, le questionnaire relatif à l'assurance maladie.

Classez les termes en « caractères gras » dans les catégories CICS.

Réponse

HP.1.1.2.1 Hôpitaux généraux privés à but lucratif

HP 3.4.5.1 Centres de soins privés à but lucratif

HP.1.1.2.2 Hôpitaux généraux privés à but non lucratif

HP 3.4.5.2 Centres de soins privés à but non lucratif

Note pour les formateurs

La question 1b demande aux participants d'examiner attentivement d'autres informations révélées par l'enquête qui peuvent donner des indications quant à la façon de ventiler les estimations entre les détenteurs de polices groupe et de polices individuelles.

Question 1b

Comme vous pouvez le voir dans le tableau Susmanie - Étude de cas - FS x HF, les compagnies d'assurances n'étaient pas en mesure de ventiler les prestations entre les détenteurs de polices d'assurances « groupe » et « individuelles ». Comment séparériez-vous les montants ?

Réponse

Le questionnaire a fourni des informations sur le nombre des membres inscrits dans des polices groupes et individuelles. La ventilation des membres inscrits dans des polices groupe et individuelles est 32 % - 68 %. Utilisez ce rapport pour ventiler les débours des cliniques et des hôpitaux privés.

Table 7.2 : Estimation des Payements des Prestataires pour Polices de Groupes et Individuelles

		Groupe	Individuel
HP1.1.2.1 Hôpitaux généraux privés à but lucratif	123	0,32 x 123 = 39,36	0,68 x 123 = 83,64
HP3.4.5.1 Autres centres de soins privés à but lucratif	216	0,32 x 216 = 69,12	0,68 x 216 = 146,88
HP1.1.2.2 Hôpitaux généraux privés sans but lucratif	437	0,32 x 437 = 140	0,68 x 437 = 297
HP3.4.5.2 Autres centres de soins privés sans but lucratif	1 020	0,32 x 1 020 = 326,4	0,68 x 1 020 = 693,6

Document joint 7b.1
Système national de comptes de la santé : Questionnaire relatif à l'assurance maladie

		N° d'identification du formulaire ___/___

Les informations communiquées seront traitées de manière strictement confidentielle.

1. Informations générales

Nom de l'ONG :	AGRÉGATION		
Nom du répondant :			
Poste du répondant :			
Date de l'entretien :			
Lieu :			
Période du rapport – Année civile 1999 ou :			
Type de compagnie d'assurances (encercler une réponse)	1 = Publique/d'économie mixte		
	2 = Privée, à but lucratif		
	3 = Privée, à but non lucratif		

2. Dans le tableau ci-dessous, indiquer le nombre d'assurés (pour l'assurance maladie seulement) pour votre organisation à la fin de la période du rapport. Si l'assurance maladie est couverte par une autre police, inclure ces assurés dans votre chiffre.

	Nombre d'assurés ayant une police :	
	Groupe/d'entreprise	Individuelle/familiale
	800 000	1 700 000

4. Dans le tableau ci-dessous, indiquer les dépenses totales de votre organisation pour la période du rapport. Si possible, utiliser la méthode de la comptabilité d'exercice plutôt que de caisse.

Type de dépense	Montant (en Crutons)		
	Total	Groupe/d'entreprise	Individuelle/familiale
Prestations :			
Hôpitaux de l'État	0		
Autres établissements publics	0		
Hôpitaux privés à but lucratif	123		
Autres centres de santé privés à but lucratif	216		
Hôpitaux privés à but non lucratif	437	INCONNU	INCONNU
Autres centres de santé privés à but non lucratif	1 020		
Remboursements directs à l'assuré	2 640		
Autres	0		
Total des prestations	4 436		
Ajouts aux réserves (secteur santé seulement)	0		
Dépenses administratives (secteur santé)	564		
Excédent ou bénéfices non distribués (secteur santé)	410		

Méthode comptable :	Comptabilité d'exercice		
	Comptabilité de caisse		

5. Est-ce que les revenus ci-dessus comprennent la partie maladie des primes pour la combinaison polices vie/maladie ?

Non applicable		
Oui		
Non →	Indiquer le total des prestations fournies en vertu de telles polices combinées pendant l'année du rapport :	
	Vie	Maladie

Question 2a

Examinez le Document joint 7b.2, le questionnaire relatif aux employeurs.

Laquelle des deux estimations de dépenses indiquées dans cette enquête serait inscrite dans le tableau HF x HP ?

Réponse

Le montant de 3 024 Cr est le plus pertinent, parce que c'est ce que la firme a dépensé en services de santé sur place. Dans ce cas, la firme serait l'agent de financement et ses établissements seraient les Prestataires ; ce montant serait donc utilisé pour un tableau HF x HP.

Question 2b

Comment classeriez-vous ces dépenses ? Quels codes de catégories CICS utiliseriez-vous ?

Réponse

Pour répondre à cette question, l'équipe du CNS devra examiner les questions de l'enquête pour déterminer si des informations ont été demandées sur **les types de services de santé fournis** par la société dans ses établissements. Nous apprenons que la société fournit des soins ambulatoires dans ces établissements.

Par conséquent, la classification est « HP 3.4 Centres de soins ambulatoires » OU « HP.3.4.5. Tous autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés ».

Note pour les formateurs

Les participants doivent déterminer à quelles transactions de dépenses les deux estimations font référence. Est-ce que l'une d'elles montre le transfert de fonds entre « une source de financement et un agent de financement », tandis que l'autre montre le transfert de fonds entre « un agent de financement et un prestataire de soins ? » Le but d'une telle question est de faire reconnaître par les participants le fait que, comme il existe plusieurs types différents de transactions de dépenses, une sous-catégorie des parties concernées (p. ex., un employeur) peut être classée dans plusieurs dimensions des CNS – p. ex., source de financement, agent de financement ou prestataire de soins.

Exercice (suite)

- Reportez-vous à l'enquête sur les employeurs (Document joint 7b.2)
  2. a) Laquelle des deux estimations de dépenses indiquées dans cette enquête devrait être placée dans le tableau HF x HP ?
  2. b) Dans quelle catégorie la placeriez-vous ? Quels codes utiliseriez-vous ?

PHRplus

Note pour les formateurs

Rappelez-vous que les participants devront examiner le questionnaire une fois de plus pour y chercher plus d'informations sur les types de services de santé que la société fournit directement.

Document joint 7b.2
Système national de comptes de la santé de Susmanie : Enquête auprès des employeurs

N° d'identification du formulaire ___/___

1. Informations générales

Nom de la firme :	AGRÉGATION
Nom de la personne interrogée :	
Date de l'entretien :	
Période du rapport – Année civile 1999 ou :	
Statut juridique de la firme (Encercler une réponse.)	1 = Publique/d'économie mixte
	2 = Privée, à but lucratif
Principale activité (Encercler une réponse.)	1 = Agricole
	2 = Minière ou pétrolifère
	3 = Industrielle
	4 = Commerce de gros ou de détail
	5 = Finances, assurances ou immobilier
	6 = Services
	7 = Autres
Nombre de salariés à temps complet et à mi-temps le dernier jour de la période du rapport :	

2. Votre firme a-t-elle fourni une assurance maladie pendant la période du rapport ?

	Oui	
	Non →	(Passer à la question 3.)
a. Nombre de salariés assurés :		
b. L'assurance couvre-t-elle les personnes à charge ?	Oui	
	Non	
c. Montant des primes payées par votre firme :		2 070 (marge d'erreur 5 %)
d. Vos salariés ont-il contribué à une assurance maladie privée ?	Non	
	Oui →	Combien ? 2/3 par
		Est-ce inclus au poste 2c ? Oui / Non

e. Quels types de services de santé sont couverts ? (Encercler toutes les réponses applicables.)

X	Soins curatifs en milieu hospitalier
X	Soins curatifs en hospitalisation de jour
X	Soins curatifs en mode ambulatoire
X	Services médicaux et diagnostiques courants
X	Soins médicaux - santé mentale et toxicomanie
X	Interventions chirurgicales ambulatoires
X	Soins dentaires ambulatoires
X	Autres soins de santé spécialisés
X	Autres soins curatifs ambulatoires
X	Services de soins curatifs à domicile
X	Services de réadaptation en mode ambulatoire
X	Services de réadaptation en hospitalisation de jour
X	Soins de réadaptation ambulatoires
X	Services de soins de réadaptation à domicile
X	Soins infirmiers en milieu hospitalier de longue durée
X	Soins infirmiers de longue durée en hospitalisation de jour
X	Soins infirmiers de longue durée : soins à domicile

	X	Laboratoire clinique
	X	Imagerie diagnostique
	X	Transports sanitaires et secours d'urgence
	X	Autres services auxiliaires
	X	Médicaments délivrés sur ordonnance
	X	Médicaments en vente libre
	X	Autres biens médicaux non durables
	X	Lunetterie et autres produits d'optique
	X	Appareils orthopédiques et autres prothèses
	X	Appareils auditifs
	X	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants
	X	Autres biens médicaux durables
3. Pendant la période du rapport, est-ce que votre firme a remboursé les salariés pour leurs dépenses médicales ?	Oui	
	Non →	(Passer à la question 4.)
a. Combien votre firme a-t-elle remis aux salariés en remboursements directs ?		RIEN
b. Quels types de services de santé votre firme rembourse-t-elle ? (Encercler toutes les réponses applicables.)	X	Services en milieu hospitalier
	X	Services en mode ambulatoire
	X	Médicaments
	X	Autres
c. Est-ce que votre firme comptabilise le montant utilisé pour rembourser les services achetés dans des établissements de soins privés et publics ?	Oui →	Établissements publics
		Établissements privés
	Non	
4. Pendant la période du rapport, est-ce que votre firme a fourni des services de santé sur place aux salariés ?	Oui	
	Non →	(Passer à la question 5.)
a. Combien votre firme a-t-elle dépensé pour fournir des services de santé sur place ?		3 024 (marge d'erreur 5 %)
b. Est-ce que l'État ou une quelconque organisation non gouvernementale contribue aux frais de vos centres de santé ? Dans l'affirmative, combien ?	Oui →	Combien ?
	Non	
c. Combien de centres de santé votre société entretient-elle ? Où sont-ils situés dans le pays ?		
d. Quels types de services de santé sont disponibles dans ces centres ? (Encercler toutes les réponses applicables.)	X	En milieu hospitalier
	X	En mode ambulatoire
	X	Médicaments
	X	Autres
e. Est-ce que les salariés paient pour les services et/ou les médicaments fournis par ces centres de santé ?	Oui →	Combien ?
	Non	
5. Est-ce que l'État ou une autre organisation contribue aux prestations de santé fournies par votre firme ?	Oui →	Combien ?
	Non	

Question 3a

Examinez le Document joint 7b.3, le questionnaire relatif à l'aide extérieure.

Laquelle des dépenses indiquées dans l'enquête serait inscrite dans le tableau HF X HP ?

Réponse

Par conséquent, le seul montant utilisé dans le tableau HF x HP est : Hôpital général (599)

Question 3b

Comment classeriez-vous ces dépenses ?

Réponse

La réponse est « HP.1.1.2.1 Hôpital d'ONG ». Ceci suppose que HP1.1.2 fait référence aux hôpitaux généraux privés (HP1.1.1. fait référence aux hôpitaux publics).

Exercice (suite)

- Regardez le poste Aide externe (Document joint 7b.3)
  3. a) Laquelle des dépenses indiquées dans cette enquête devrait être placée dans le tableau HF x HP ?
  3. b) Dans quelle catégorie la placeriez-vous ?

Note pour les formateurs

Pour répondre à la question 3a, l'équipe des CNS devra examiner tous les types de dépenses indiqués et déterminer d'où vient l'argent et où il est transféré. Seuls les fonds qui sont transférés à un *prestataire de soins* seront utilisés dans le tableau HF x HP.

Document joint 7b.3
Système national de comptes de la santé de Susmanie : Gouvernement de la Susmanie/Enquête du Ministère de la Santé sur les contributions externes à la santé

Instructions : Le Ministère de la Santé conduit une étude visant à estimer le montant total du financement de la santé en Susmanie et la façon dont les fonds de ce secteur sont transmis des sources aux utilisateurs. Dans l'espace ci-dessous, indiquer les projets que votre organisation supporte, le montant de vos contributions en 1999 et le(s) nom(s) des institutions ayant bénéficié de vos contributions. Comme nous tenons particulièrement à savoir qui a utilisé vos contributions, il faut être précis. Par exemple, si des contributions ont été faites à l'État, indiquer si l'institution bénéficiaire était le MdS, le MdE, etc. Si des équipes de santé au niveau du district étaient les bénéficiaires, indiquer lesquelles. Indiquer également les ONG qui ont reçu du soutien. Merci.

Les informations communiquées seront traitées de manière strictement confidentielle.

1. Informations générales

Nom du bailleur :	AGRÉGATION
Nom du répondant :	
Date :	
Numéro de téléphone :	
Période du rapport – Année civile 1999 ou :	

2. Financement du projet pendant la période actuelle du rapport (montrer seulement les fonds réellement déboursés)

Titre du projet	Montant contribué (Utiliser la devise la plus pratique)	Institution(s) bénéficiaire(s)
1. Programme bilatéral de planification familiale avec le Ministère de la Santé	1 538	Ministère de la Santé
2. Programme de dépistage du projet Hope	1 653	Croissant rouge de Susmanie
3. Campagne de cessation du tabagisme – test pilote du projet Hope	300	Direction de la Santé de la Région côtière
4. Hôpital local de Médecins sans Frontières	599	Dons directs
5. Total	4 090	
(Ajouter une autre feuille pour des projets supplémentaires)		

3. Indiquer le montant que votre organisation a dépensé pendant la période actuelle du rapport pour supporter vos activités (c. à d., administration, soutien du programme) en Susmanie et le montant dépensé en assistance technique non inclus dans les montants ci-dessus. (Identifier la devise.) RIEN

Question 4a

Examinez le Document joint 7b.4, la Tabulation spéciale de l'enquête sur les ménages.

Laquelle des catégories de dépenses peut être inscrite dans le tableau HF x HP ?

Réponse

- Ticket modérateur dans les hôpitaux (13 643 Cr)
- Ticket modérateur dans les cliniques pluridisciplinaires (11 965 Cr)
- Achat de médicaments prescrits sur ordonnance (41 042 (vous pouvez utiliser ce montant (41 042 Cr) pour couvrir le coût total supporté par les pharmaciens [Prestataires].)
- Paiements à d'autres professionnels de la santé (19 763 Cr)

Note pour les formateurs

Dites aux participants que le but de la question 4a est de les aider à faire une distinction entre les diverses transactions de dépenses qui peuvent être mentionnées sur un questionnaire et de les adapter aux catégories des CNS.

Question 4b

D'après les dossiers d'admission des patients, 60 % des ménages se rendent dans des cliniques privées contre 40 % dans des cliniques publiques, alors que 40 % des ménages se rendent dans des centres hospitaliers privés contre 60 % dans des centres hospitaliers publics.

Réponse

- Pour les cliniques : PRIVÉ 60 % / PUBLIC 40 %
- Pour les cliniques :11 965 (ticket modérateur à la clinique pluridisciplinaire)/5=2 393
- Pour obtenir les dépenses privées : 2 393x3=7 179
- Pour obtenir les dépenses publiques : 2 393x2= 4 786

Pour les hôpitaux : PRIVÉ 2 / PUBLIC 3.

- 13 643 (ticket modérateur payé aux hôpitaux)/5 = 2 728,6 ;
- Pour obtenir les dépenses privées : 2 728,6 x 2=5 457,20
- Pour obtenir les dépenses publiques : 2 728,6 x 3 =8 185,80

Note pour les formateurs

Dites aux participants que le but de la question 4b est de leur permettre de comprendre la valeur des données relatives à l'utilisation pour faire des estimations de dépenses.

Exercice (suite)

- Regardez le Document joint 7b.4
  4. a) Laquelle des catégories de dépenses peut être placée dans le tableau HF x HP ?
  4. b) Les archives d'admission des patients révèlent que les ménages se rendent dans des cliniques privées plutôt que dans des cliniques publiques à hauteur de 3 à 2, et qu'ils se rendent dans des hôpitaux privés plutôt que dans des hôpitaux publics à hauteur de 2 à 3.
     - Comment distribueriez-vous la valeur du poste Ticket modérateur dans les hôpitaux et dans les polycliniques entre les établissements publics et privés ?

Document joint 7b.4
Système national de Comptes de la Santé de Susmanie : Tabulation spéciale de l'Enquête sur les ménages

Catégorie de dépense	Montant
Paiements à l'ANA	11 626
Paiements à des compagnies d'assurances privées	4 400
Ticket modérateur - hôpitaux	13 643
Ticket modérateur - polycliniques	11 965
Achats de médicaments sur ordonnance	41 042
Paiements à d'autres prestataires	19 763
Total	102 439

Préparé par la Commission des Statistiques de Susmanie le 28/05/2000

NOTA : Les estimations ont une marge d'erreur de 5 %, soit une tolérance à un niveau de confiance de 95 %.

7c. Étude de cas sur la Susmanie III – Alimentation en données des tableaux HF x HC et HP x HC

Il s'agit d'un autre exercice intensif en liaison avec l'étude de cas (mais qui ne prendra pas autant de temps que le premier) qui demande aux participants d'examiner un certain nombre de données et de déterminer comment les utiliser pour alimenter les tableaux fonctionnels en données. À nouveau, le formateur doit demander aux participants d'alimenter en données un tableau combiné constituant en quelque sorte un « point de départ », suivi d'un tableau vierge HF x HC – ces deux tableaux étant disponibles parmi les documents ayant été distribués aux participants par le formateur. Le Manuel du participant contient également des copies de ces tableaux.

Exercice

L'équipe des CNS constate qu'il serait plus facile de débuter cette estimation en complétant un tableau comparatif

« Agents de financement x Prestataires et Fonction »

La première étape consiste à organiser les en-tête des lignes et des colonnes (ceci a déjà été fait pour vous)

Dans ses efforts visant à créer les deux tableaux (HF x HC et HP x HC), l'équipe des CNS constatera généralement qu'il est plus facile de commencer le processus en essayant de produire un tableau combiné HF x HP x HC. La première partie de ce travail, qui a déjà été effectuée, a consisté à organiser les en-têtes généraux des colonnes (cf. feuille de travail). Supposez que vous avez déjà alimenté en données le tableau HF x HP ; vous disposez donc des totaux pour les agents de financement et pour les prestataires de soins (GE : chapitre 13).

Note pour les formateurs

En utilisant la feuille de travail /le tableau combiné qui a été distribué aux participants, lisez les questions de l'Étude de cas sur la Susmanie III et insérez les estimations de dépenses appropriées dans le tableau vierge. Un exemple de tableau combiné a été donné dans le Module 6 (Tableau 6.2).

Tableau 7.3 : Totaux pour les agents de financement (extraits du tableau HF x HP)

Code CNS	Entité	Montant des dépenses
HF.1.1.1.1	MdS	7 839
HF.1.1.1.3	MdD	8 569
HF.1.1.1.2	Collectivité locale	41
HF.1.1.2	ANA	20 802
HF.2.1.1	Assurance groupe fonctionnaires	109
HF.2.3	Ménages	308
	TOTAL	37 668

Tableau 7.4 : Totaux pour les prestataires (extraits du tableau HF x HP)

Code CNS	Entité	Montant des dépenses
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS	9 387
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du Ministère de la Défense	8 569
HF.1.1.2	Hôpitaux généraux régionaux	19 712
	Total	37 668

En utilisant la combinaison de tableaux/feuille de travail (qui suit ces questions), lisez les questions suivantes et complétez les estimations de dépenses appropriées dans le tableau.

Pour créer les deux tableaux (tableaux HF x HC et HP x HC), l'équipe du CNS estime qu'il est plus facile de commencer le processus en se servant d'un tableau combiné HF x HP x HC. La première étape, qui a été effectuée pour vous, consiste à organiser les en-têtes généraux des rangées et des colonnes (cf. feuille de travail). Supposez que vous avez déjà complété le tableau HF x HP et que vous disposez donc des totaux pour les HF et les prestataires[1].

Feuille de travail

Etude sur la Susmanie III: Tableau combinée d'agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement						Total	Comparaison - FA x P
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn	HF.2.3 Versement direct des Ménages		
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents				14,062	109	201		
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier				9,422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires				4,640	49	201		
	Total des dépenses des FA	0	0	0	14,062	109	201	0	
	Comparaison – FA x P								

PHRplus

Exercice 1

Placez les totaux ci-dessus dans les cases appropriées de votre modèle de tableau combiné.

Reponses

Les totaux des rangées (spécifiquement la case de comparaison avec HF x HP) des tableaux combinés doivent inclure les estimations ci-dessus pour les Prestataires. Les totaux des colonnes (spécifiquement la case de comparaison avec HF x HP) doivent inclure les estimations ci-dessus pour les agents de financement. Par conséquent :

- 9 387 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP » x Hôpitaux généraux du MdS.
- 8 569 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP » x Hôpitaux du MdD.
- 19 712 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP » x Hôpitaux généraux régionaux.
- 37 668 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP »" x « Dépenses totales HF ».
- 7 839 doit être placé dans la case MdS x « Comparaison - HF x HP ».
- 8 569 doit être placé dans la case MdD x « Comparaison – HF x HP ».
- 41 doit être placé dans la case Collectivité locale x « Comparaison - HF x HP ».

Question 1

Etude sur la Susmanie II : Tableau combinée d'Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement						Total	Comparaison - FA x P
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. D'Etats Fédérés/ Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn	HF.2.3 Versement direct des Ménages		
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS								9,387
	HC								
	HC								8,569
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								
	HC								
	HC				14,062	109	201		19,712
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents				9,422	60			
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier				4,640	49	201		
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires								
	Total des dépenses des FA	0	0	0	14,062	109	201	0	37,668
	Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

[1] Notez que cette étude de cas est une version abrégée du tableau complet pour la Susmanie ; elle ne comprend pas les guérisseurs traditionnels, les cliniques des employeurs, les pharmacies et les hôpitaux des donateurs.

- 20 802 doit être placé dans la case ANA x « Comparaison - HF x HP ».
- 109 doit être placé dans la case Assurances groupe fonctionnaires x « Comparaison - HF x HP ».
- 308 doit être placé dans la case Ménages x « Comparaison - HF x HP ».
- 37 668 doit être placé dans la case Total x « Comparaison - HF x HP ».
- Vous recevez les données ci-dessous et savez que ces montants doivent être introduits dans le tableau. Vous êtes agréablement surpris d'apprendre que ce travail a déjà été fait pour vous (par la fée du CNS !).

Hôpitaux généraux régionaux	Ménages	ANA	Programme d'assur. fonctionnaires (AGF)
Soins avec hospitalisation	0	9 422	60
Soins ambulatoires	201	4 640	49
Total	201	14 062	109

Exercice 2a

Les archives des hôpitaux généraux du MdS produisent les totaux suivants (pour tous les centres hospitaliers du MdS combinés) :

- Frais généraux (FG) (3 676 Cr). Vous apprenez que l'estimation des frais généraux comprend la formation de capital à hauteur de 717 Cr.
- Le TOTAL des dépenses pour les patients hospitalisés était de 4 693 Cr.
- Les soins aux patients en mode ambulatoire s'élevaient à 1 018Cr.

Exercice

2. **Les archives des centres hospitaliers polyvalents du MdS indiquent les totaux suivants (pour tous les hôpitaux du MdS consolidés) :**
   - ▲ Frais généraux (3 676 Cr). Vous apprenez que l'estimation des FG comprend 717 Cr au titre de la formation de capital
   - ▲ TOTAL des dépenses des patients hospitalisés : 4 693 Cr
   - ▲ Soins administrés aux patients ambulatoires : 1 018 Cr ; et

   Comment affecterez-vous ces estimations dans le tableau ?
   a. Où ira l'estimation sur la formation de capital ?
   b. Comment traiteriez-vous l'estimation des FG ?
   c. Enfin, entrez les estimations pour les patients hospitalisés et ambulatoires

PFRplus

Comment affecterez-vous ces estimations dans les cases appropriées du tableau ?
Où l'estimation relative à la formation de capital doit-elle être inscrite ?

Réponse

L'estimation de 717 Cr fait référence à la formation de capital : Est-ce une catégorie Prestataire ou Fonction ? Réponse : Fonction.

- Par conséquent, classez-la d'abord comme : HCR.1 Formation de capital (listez ceci dans l'en-tête de rangée fonctionnelle sous le Prestataire approprié).
- Comme nous ne savons pas spécifiquement quel agent de financement a contribué à la formation de capital de l'hôpital (nous ne pouvons pas simplement assumer que c'est le MdS à ce moment), l'estimation de 717 est placée dans la case « TOTAL de la colonne x Formation de capital des hôpitaux du MdS ».

Note pour les formateurs

Rappelez aux participants qu'ils examinent les chiffres des PRESTATAIRES DE SOINS et qu'ils doivent se souvenir de la façon dont les CNS classent l'administration générale au niveau des prestataires de soins.

Exercice 2b

Comment traitez-vous l'estimation des frais généraux ?

Réponse

Les dépenses FG sont de 3 676-717= 2 959 ; mais comment classez-vous les dépenses FG ? Selon le CNS, les dépenses FG N'ONT PAS de catégorie propre. Les dépenses administratives d'un Prestataire ne sont PAS affectées à la Fonction HC.7 (Administration de la santé et assurance maladie), qui comprend seulement les dépenses concernant le MdS aux niveaux central et provincial (pas le Prestataire !). Au lieu de cela, le montant de 2 959 est inclus dans le coût des services fournis. Par conséquent, l'estimation de 2 959 pour FG doit être affectée aux dépenses pour les soins en mode ambulatoire et en milieu hospitalier. Ceci sera résolu dans la question suivante.

Question 2. Tableau comparatif des CNS de Suamanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. d'Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe, fonctionn	HF.2.3 Versement direct des Ménages	Total	Comparaison - FA x P
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS							9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier							7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire							1,545	
	HCR.1 Formation brut de capital							717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdS								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC				14,062	109	201		19,712
	HC				9,422	60			
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux				4,640	49	201		
	HC.1 Soins curatifs en milieu hospitalier								
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoire								
	Total des dépenses des FA	0	0	0	14,062	109	201	9,387	37,668
	Comparaison – FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

Exercice 2c

Enfin, entrez les estimations des dépenses des patients traités en milieu hospitalier et des patients traités en mode ambulatoire.

Réponse

Commencez par **classer** et ajouter les rangées Fonctionnelles pour les catégories Soins curatifs en milieu hospitalier (**HC 1.1**) et Soins curatifs en mode ambulatoire (**HC 1.3**).

Vous apprenez que les dépenses des patients traités en milieu hospitalier représentent 82,2 pour cent des dépenses totales (soins en milieu hospitalier + mode ambulatoire seulement [4 693 +1 018= 5 711]) dans les hôpitaux du MdS (4 693/5 711). *Par conséquent, le montant GA qui est ajouté aux dépenses pour le traitement des patients en milieu hospitalier est de 0,822 x 2 959 = 2 432.* ***Le total pour les soins en milieu hospitalier devient 2 432+4 693= 7 125***

Vous déterminez que les dépenses pour les soins en mode ambulatoire représentent 17,8 pour cent des dépenses totales (soins en milieu hospitalier + mode ambulatoire seulement) dans les hôpitaux du MdS (1 018/5 711). Par conséquent, le montant GA qui est ajouté aux dépenses pour les soins en mode ambulatoire est de 0,178 x 2 959= 527. **Le total pour les soins en mode ambulatoire est donc de 527 + 1 018 = 1 545.**

Par conséquent, le montant de 7 125 doit être placé dans la case « total de la colonne x soins en milieu hospitalier dans les hôpitaux du MdS ». Le nombre 1 545 doit être placé dans la case « total x soins en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS ».

Exercice 3a

En termes des HF qui contribuent aux centres hospitaliers du MdS,

L'enquête sur les ménages vous apprend que les ménages paient 107 Cr dans les centres hospitaliers du MdS, et que le montant total de tels paiements est constitué par le ticket modérateur pour les soins aux patients ambulatoires. Où placeriez-vous cette estimation dans votre tableau ?

Réponse

Placez 107 **dans** la case Ménages x soins en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS.

NOTE POUR LES FORMATEURS

La clé du problème est d'examiner le total de la ligne et le *nombre des sources de fonds* pour le prestataire de soins visé parce que cela vous dira combien de cases seront remplies sur la ligne du prestataire de soins.

Exercice 3b

Vous apprenez que l'ANA a remboursé le MdS pour les services dont ont bénéficié les détenteurs de polices d'assurances de l'ANA. Le total des paiements de l'ANA au MdS s'élève à 6 740 Cr ; 88 pour cent de ce montant correspond aux soins thérapeutiques des patients hospitalisés et le solde aux soins thérapeutiques des patients ambulatoires. Placez la contribution de l'ANA aux centres hospitaliers du MdS dans les cases appropriées du tableau.

Réponse

Le remboursement de l'ANA pour les soins curatifs en milieu hospitalier est de 0,88 x 6 740= **5 931**.

Placez ce chiffre dans la case **ANA x soins curatifs en milieu hospitalier dans les hôpitaux du MdS**.

Le remboursement de l'ANA pour les soins curatifs en mode ambulatoire est 0,12 x 6 740= **809**. Placez ce chiffre dans la case **ANA x soins curatifs en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS**

Exercice

3. **En termes d'agents de financement qui contribuent aux hôpitaux du MdS ,**
   a. **L'enquête sur les ménages vous révèle que les ménages paient 107 Cr dans les hôpitaux du MdS et que la totalité de cette somme représente le ticket modérateur pour les soins aux patients non hospitalisés**

      Où placeriez-vous cette estimation dans votre tableau ?
   b. **Vous apprenez que l'ANA a remboursé le MdS pour les services reçus par les bénéficiaires de l'ANA. Le paiement total de l'ANA au MdS s'élève à 6 740 Cr ; 88 % de ce montant couvre les soins thérapeutiques des patients hospitalisés, le solde couvrant les soins thérapeutiques des patients non hospitalisés**

      Placez la contribution de l'ANA aux centres hospitaliers du MdS dans les cases appropriées du tableau.

PT-R plus

Exercice 3c

Vous apprenez que la seule autre organisation contribuant au soutien des établissements du MdS est le MdS lui-même. Quelle est la part des dépenses du MdS qui est affectée à ses centres hospitaliers ?

Exercice

3. c) Vous apprenez que la seule autre source de contribution aux établissements du MdS est le MdS lui-même.

Quelle est la part des dépenses du MdS qui est affectée à ses hôpitaux ?

Et quelle est la ventilation fonctionnelle ultérieure ? Vous apprenez que le MdS est la source de tous les coûts de formation de capital pour ses établissements.

Assurez-vous que les totaux des chiffres des lignes sont corrects pour les hôpitaux du MdS.

PHRplus

Réponse

Pour déterminer la part du MdS :

- Prenez les totaux des rangées et soustrayez les contributions des ménages et de l'ANA.
- Par conséquent, pour le montant total des contributions du MdS : 9 387 - (107+6 740) = **2 540**, qui doit être placé dans la case **MdS x Hôpitaux généraux du MdS**.

Et comment peut-on ventiler ce poste de dépenses par fonctions ? Vous apprenez que le MdS paie tous les coûts de formation de capital pour ses établissements.

Réponse

- Pour la contribution du MdS aux soins curatifs en milieu hospitalier : 7 125 - (0+5 931) = **1 194** (dans la case **MdS x soins curatifs en milieu hospitalier dans les hôpitaux du MdS**)
- Pour la contribution du MdS aux soins curatifs en mode ambulatoire : 1 545 - (107+809) = **629** (dans la case **MdS x soins curatifs en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS**)
- Placez le montant 717 dans la case MdS x MdS HCR 1 Formation de capital.
- À présent, déterminez si les totaux des rangées pour les centres hospitaliers du MdS sont corrects.

Question 3

Tableau comparatif des CNS de Suamanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF.2.3 Versement Direct des Ménage	Total	Comparaison - FA x P
HF.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS	2,640			6,740		107	9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	1194			5,931			7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	629			809		107	1,545	
	HC.R.1 Formation brut de capital	717						717	
HF.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								8,569
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HF.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents				14,062	109	201		19,712
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier				9,422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires				4,640	49	201		
	Total des dépenses des FA	2,540	0	0	20,802	109	308	9,387	
	Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,666	37,666

Exercice 4a

Pour les hôpitaux des collectivités locales :

Table 7.5 : Détailles des soins curatifs en milieux hospitalier et ambulatoire pour les hôpitaux généraux régionaux

Hôpitaux Généraux Régionaux	Ménages	ANA	Assurance groupe fonctionnaires
Soins curatifs en milieux hospitalier	0	9 422	60
Soins curatifs en mode ambulatoire	201	4 640	49
Total	201	14 062	109

Note pour les formateurs

Rappelez aux participants de documenter soigneusement ces calculs de façon à ce qu'ils puissent revenir en arrière et réexaminer leurs méthodes d'estimations.

Les statistiques des hôpitaux régionaux indiquent que leurs dépenses TOTALES s'élèvent à 19 712 Cr. Ce chiffre est ventilé fonctionnellement en 12 419 Cr pour les patients hospitalisés et 7 293 Cr pour les patients ambulatoires. Placez ces estimations dans les cases appropriées.

Réponse

Il s'agit d'une écriture comptable très simple :

Exercice

4. Pour les centres hospitaliers régionaux polyvalents :
   a. En consultant les chiffres des centres hospitaliers régionaux, vous constatez que leurs dépenses TOTALES s'élèvent à 19 712 Cr. Ce chiffre est ventilé sur une base fonctionnelle en 12 419 Cr pour les patients hospitalisés et 7 293 Cr pour les patients non hospitalisés. Placez ces estimations dans les cases appropriées
   b. Vous apprenez que les autorités régionales dépensent un total de 41 Cr dans leurs propres centres hospitaliers. Le MdS paie un total de 5 299 Cr pour les centres hospitaliers régionaux. Mais la ventilation fonctionnelle pour ces deux FA n'est pas connue
   Vous savez également que ce sont les deux seuls FA qui restent (qui n'ont pas encore été comptabilisés) qui financent les hôpitaux régionaux
   Que faites-vous ? Comment comptabilisez-vous les dépenses des autorités régionales et les dépenses fonctionnelles du MdS dans les hôpitaux régionaux ? Ce-ci est une technique d'estimation

PHRplus

Le montant total (19 712 Cr) doit être placé dans la case « Total x total des hôpitaux des collectivités locales ».

Le montant des soins curatifs en milieu hospitalier (12 419 Cr) doit être placé dans la case « Total x total des soins en milieu hospitalier des collectivités locales ».

Le montant des soins curatifs en mode ambulatoire (**7 293 Cr**) doit être placé dans la case **« Total x total des soins en mode ambulatoire des collectivités locales ».**

Exercice 4b

Vous apprenez que les collectivités locales ont dépensé 41 Cr au total dans leurs propres hôpitaux. Le MdS paie 5 299 Cr au total pour les centres hospitaliers régionaux. Cependant, la ventilation fonctionnelle pour ces deux HF n'est pas connue. *Vous savez également que ces deux HF sont les seuls qui restent (c. à d., qui n'ont pas été comptabilisés précédemment) et qui apportent des contributions aux hôpitaux régionaux.*

Que faites-vous ? Comment comptabilisez-vous les dépenses fonctionnelles des collectivités locales et du MdS dans les hôpitaux régionaux ?

Réponse

Technique d'estimation.

- Le solde non affecté pour les soins curatifs en milieu hospitalier est 12 419 - (0+9 422+60) = 2 937
- Le solde non affecté pour les soins curatifs en mode ambulatoire est 7 293 - (201+4 640+49) = 2 403
- Le solde TOTAL non affecté pour les hôpitaux régionaux est 19 712 - (201+14 062+109) = 5 340
- Par conséquent, les dépenses non affectées pour les soins en milieu hospitalier sont 2 937/5 340 = 55 % du total pour les hôpitaux régionaux.

Question 4

Tableau comparatif des CNS de Sumante : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm D'Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn	HF.2.3 Versement Direct des Ménages	Total	Comparaison - FA x P
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	1194			5,931			7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	629			809		107	1,545	
	HC.R.1 Formation brut de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								8,569
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents	5,299		41	14,062	109	201	19,712	19,712
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	2,914		23	9,422	60		12,419	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	2,385		18	4,640	49	201	7,293	
	Total des dépenses des FA	7,839	0	41	20,802	109	308	37,568	37,668
	Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	28,281	

- Les dépenses non affectées pour les soins en mode ambulatoire sont donc 2 403/5 340 = 45 % du total pour les hôpitaux régionaux.
- Comme nous n'avons pas d'informations sur la ventilation des dépenses entre collectivités locales et MdS, utilisez le même rapport 55/45 qui n'est pas affecté.

  Par conséquent : soins curatifs en mode ambulatoire des collectivités locales = 0,55x 41 = 23 ; et soins curatifs en milieu hospitalier des collectivités locales = 0,45x41 = 18 — 23 Cr doit être placé dans la case Collectivités locales x soins curatifs en milieu hospitalier des hôpitaux régionaux et 18 Cr doit être placé dans la case Collectivités locales x soins curatifs en mode ambulatoire des hôpitaux régionaux).

  Les soins curatifs en milieu hospitalier du MdS sont : 0,55 x 5 299 = 2 914, et les soins curatifs en mode ambulatoire du MdS sont 0,45 x 5 299 = 2 385 (2 914 Cr doit être placé dans la case MdS x soins curatifs en milieu hospitalier du MdS ; 2 385 Cr doit être placé dans la case MdS x soins curatifs en mode ambulatoire du MdS)
- À présent, déterminez si les totaux des rangées pour les centres hospitaliers du MdS sont corrects.

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 17 de la présentation 7(c) et expliquez les tableaux.

Note pour les formateurs

Il s'agit d'une technique d'estimation. Les CNS recommandent de diviser les dépenses pour les patients hospitalisés et pour les patients non hospitalisés en utilisant le même rapport que celui du solde « non affecté » pour les patients hospitalisés et pour les patients non hospitalisés.

Exercice 5a

Vous recevez la ventilation suivante des dépenses dans les hôpitaux généraux du MdD. La ventilation ne correspond pas exactement aux catégories CICS.

Exercice

5. Vous recevez la ventilation suivante (cf. diapositive suivante) des dépenses dans les centres hospitaliers polyvalents du MdD. Elle ne correspond pas exactement aux catégories de la CICS
   - Une étude des coûts conduite par ChrisJay Univ. a estimé que le rapport entre les parts des soins aux patients hospitalisés et des soins aux patients non hospitalisés est de 3/1
   - Vous apprenez que le MdD est la seule source qui contribue aux dépenses dans ses hôpitaux

PHRplus

Table 7.6 : Détaille des dépenses des hôpitaux généraux du MdD		
	Dépenses des hôpitaux généraux du MdD	
7.01.01	Salaires	1 963
7.01.02	Médicaments	1 227
7.01.03	Laboratoires et radiologie	981
7.01.04	Frais généraux	573
7.01.05	Repas	41
7.01.06	Blanchisserie	40
7.01.07	Maintenance	900
7.01.08	Construction	717
7.01.09	Services de gardiennage	491
7.01.10	Équipements médicaux	1 636
	Dépense Totales	8 569

5a) Comment classeriez-vous ces dépenses dans les catégories fonctionnelles de la CICS ? b) Quelles estimations de dépenses utiliseriez-vous ? Inscrivez-les dans le tableau

	Dépense des centres hospitaliers polyvalents du MdD	8 569
7.01.01	Salaires	1 963
7.01.02	Médicaments	1 227
7.01.03	Laboratoires & radiographie	981
7.01.04	Frais généraux	573
7.01.05	Repas	41
7.01.06	Blanchisserie	40
7.01.07	Maintenance	900
7.01.08	Construction	717
7.01.09	Services de gardiennage	491
7.01.10	Équipements médicaux	1 636

PHRplus

- Une étude des coûts effectuée par l'université ChrisJay a estimé que le rapport entre les coûts des patients hospitalisés et ceux des patients ambulatoires est de 3 à 1.
- Vous apprenez que le MdD est la seule organisation qui contribue aux dépenses de ces hôpitaux.

Comment classeriez-vous ces dépenses dans les catégories fonctionnelles CICS ?

Réponse

Les estimations des postes comptables peuvent être combinées en quatre classifications fonctionnelles du CNS qui nécessiteront leurs propres rangées et classifications dans le tableau : 1) HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier, 2) HC 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire, 3) HC4. Services auxiliaires aux soins médicaux, 4) HCR1 Formation de capital pour les institutions prestataires de soins de santé.

Les postes suivants doivent être divisés selon le rapport 3/1 entre HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier & HC 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire :

- Salaires (0,75x1 963=1 472-soins en mode hospitalier ; 491-soins en mode ambulatoire),
- Médicaments (0,75x1 227=920- soins en mode hospitalier ; 307- soins en mode ambulatoire) Justification : les hôpitaux n'ont parfois qu'une seule pharmacie fournissant des médicaments à la fois pour les patients hospitalisés et pour les patients ambulatoires),
- Frais généraux (0,75x573=430-soins en mode hospitalier ; 143-soins en mode ambulatoire),
- Maintenance (0,75x900=675-soins en mode hospitalier ; 225-soins en mode ambulatoire),
- Services de gardiennage (0,75x491=368-soins en mode hospitalier ; 123-soins en mode ambulatoire)

Postes à inclure sous HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier seulement :

Note pour les formateurs

Reportez-vous à nouveau aux données qui sont classées dans leur propre catégorie fonctionnelle et à celles qui sont censées être transférées dans une autre catégorie fonctionnelle.

- Repas (41),
- Blanchisserie (en supposant que 100 % de la blanchisserie est pour les patients hospitalisés) (40)

Poste à inclure sous HC4. Services auxiliaires aux soins médicaux

- Laboratoires et radiologie (981)

Postes à inclure sous HCR1 Formation de capital pour les institutions prestataires de soins de santé

- Construction (717)
- Équipements médicaux (1 636)

Question 5

Tableau comparatif des CNS de Sumanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. d'Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF.2.3 Versements Direct des Ménages	Total	Comparaison – FA x P
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du	2,540			6,740		107	9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	1194			5,931			7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	629			809		107	1,545	
	HC.R.1 Formation brut de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD		8,569					8,569	8,569
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier		3,946					3,946	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires		1,289					1,289	
	HC4 Services auxiliaires		981					981	
	HC.R.1 Formation brut de capital		2,353					2,353	
HP.1.1.1.3	Centres hosp. régionaux polyvalents	5,299		41	14,062	109	201	19,712	19,712
	HC.1.1	2,914		23	9,422	50		12,419	
	HC.1.3	2,385		18	4,640	49	201	7,293	
	Total des dépenses des FA	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	37,668
	Comparaison – FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

Exercice 5b

Quelles estimations de dépenses utiliseriez-vous ? Inscrivez-les dans le tableau.

Réponse

Montant total donné par le MdD à ses hôpitaux pour :

- Soins curatifs en milieu hospitalier (HC 1.1)= 1 472+920+430+675+368+41+40 = **3 946 (case MdD x Soins curatifs en milieu hospitalier du MdD)**
- Soins curatifs en mode ambulatoire (HC 1.3) =491+307+143+225+123 = **1 289 (case MdD x Soins curatifs en mode ambulatoire du MdD)**
- Services auxiliaires (HC 4)= 981 (case MdD x Services auxiliaires du MdD)
- Formation de capital (HCR 1)= 717 + 1 636 = 2 353 (case MdD x Formation de capital du MdD)

Étapes suivantes

- DÉTERMINEZ SI LES TOTAUX DES LIGNES ET DES COLONNES CORRESPONDENT.
- Est-ce que les totaux que vous venez de calculer correspondent aux totaux qui ont été obtenus dans le tableau HF x HP ?

Si ce n'est pas le cas, retournez en arrière pour essayer de déterminer s'il y a eu une erreur en rapport avec le tableau HF x HP ou votre tableau actuel. Lorsque vous élaborerez des CNS réels vous devrez fréquemment revenir en arrière pour contrôler vos estimations.

Exercice 6

Exercice (suite)

6. À présent que vous disposez du tableau comparatif, votre prochaine tâche consiste à ventiler les dépenses entre :
   - le tableau HF X HC
   - le tableau HP x HC (aux fins de cet exercice, la fée des CNS a alimenté ce tableau en informations pour vous)

   Utilisez le document distribué pour compléter le tableau HF x HC

Maintenant que vous disposez du tableau combiné complété, votre tâche suivante consiste à séparer les dépenses entre 1) le tableau HF x HC et 2) le tableau HP x HC (aux fins de cet exercice, la fée du CNS a complété ce tableau pour vous). Utilisez le nouveau document pour compléter le tableau HF x HC.

Question 6. Tableau Agents de financement x Fonctions

Fonction	Agents de financement						Total
	HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Autorités régionales	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF.2.3 Ménages	
HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	4108	3,946	23	15,353	60		23,490
HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	3014	1,289	18	5,449	49	308	10,127
HC. 4 Services auxiliaires		981					981
HC.R.1 Formation brut de capital	717	2,353					3,070
Total des dépenses des FA	7,839	8,569	41	20,802	109	308	
Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668

Total des dépenses des patients hospitalisés en pourcentage des DTS (H1)	62.36%
Total des dépenses des patients non hospitalisés en pourcentage des DTS (H1)	26.88%
Total des dépenses des services auxiliaires en pourcentage des DTS (H1)	2.60%
Total des dépenses des de formation de capital en pourcentage des DTS (H1)	8.15%

Note pour les formateurs

Faites référence aux diapositives 21 et 22 de la présentation 7c pour expliquer ces tableaux.

Tableau 7.7 : Prestaires x Fonctions

Fonction	Prestataire			Total
	HF.1.1.1.1 Hôpitaux généraux du MdS	HF.1.1.1.2 Hôpitaux du Ministère de la Défense	HF.1.1.1.3 Hôpitaux généraux des collectivités locales	
HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	7 125	3 946	12 419	23 490
HC1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	1 545	1 289	7 293	10 127
HC4 Services auxiliaires		981		981
HCR 1 Formation de capital	717	2 353		3 070
Total des dépenses/prestataire	9 387	8 569	19 712	37 668
Comparaison - HF x P	9 387	8 569	19 712	37 668

Tableau 7.8 : Agents de financement x Fonction

Fonction	Agent de financement						Total
	HF.1.1.1.1 MdS	HF.1.1.1.3 MdD	HF.1.1.2 Coll. loc	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 AGF	HF.2.3 Ménages	
HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	4 108	3 946	23	15 353	60		23 490
HC1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	3 014	1 289	18	5 449	49	308	10 127
HC4 Services auxiliaires		981					981
HCR 1 Formation de capital	717	2 353					3 070
Total des dépenses/prestataire	7 839	8 569	41	20 802	109	308	37 668
Comparaison - HF x P	7 839	8 569	41	20 802	109	308	37 668

Références

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 2000. *Un système de comptes de la santé*. Paris : OCDE (sur le CD des ressources pour les CNS) PHR*plus*. 2002.

PHR*plus*. 2003. *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process*. Exposé introductif à l'intention des décideurs. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (mai). (Sur le CD des ressources des CNS)

Module 7 – Diapositives associées à la présentation

1

PHRplus

Module 7a :
Étude de cas sur la Susmanie –
Comment compléter
le tableau FS x HF

The PHRplus Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

L'objectif de la présentation

- Acquérir une expérience pratique à travers l'étude de cas sur la Susmanie, en complétant le tableau FS x HF

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit indiquer que l'Étude de cas sur la Susmanie a été adaptée de l'Étude de cas Appia dans le Guide des producteurs de CNS.

3

Présentation générale de la Susmanie

- Petit pays à revenu modeste
- Avait jusqu'à récemment un gouvernement autocratique ; a entrepris des réformes considérables -- y compris une décentralisation
- A un nouveau gouvernement avec un Premier Ministre et plusieurs ministères
- La devise est le « croûton » (Cr)

PHRplus

4

La structure de l'État en ce qui concerne la santé

- Gouvernement central : MdF, MdS, MdE, MdD, Agence Nationale d'Assurance (ANA)
- Entreprises publiques à caractère industriel ou commercial : Azap, compagnie électrique nationale
- Collectivités locales : Établies dans 4 régions, chacune ayant sa propre autorité fiscale ; l'État verse un complément aux revenus fiscaux régionaux

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

L'ANA est responsable de l'administration de l'assurance maladie nationale.

5

La structure du système de santé

- La plupart des centres hospitaliers et des polycliniques appartiennent à l'État
  - Les centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins primaires appartiennent aux autorités régionales
  - Les centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins secondaires et tertiaires appartiennent au MdS, et sont gérés par ce dernier
- Le MdD possède et gère ses propres centres hospitaliers pour les membres du personnel militaire et les personnes à leur charge
- Les réformes ont entraîné la création de nouveaux centres hospitaliers et de nouvelles cliniques dans le secteur privé.
- La région intérieure est caractérisée par un recours important aux guérisseurs traditionnels
- Peu d'employeurs ont des cliniques sur le lieu de travail pour leurs employés
- La plupart des médicaments pour les patients non hospitalisés sont achetés dans les pharmacies communautaires

PHRplus

6

La structure du système de santé (suite)

- Assurance maladie : toute la population est couverte par l'ANA
  - L'ANA est financée par :
    - les impôts sur les salaires
    - les paiements du MdS
    - les tickets modérateurs
  - L'ANA couvre seulement les services fournis dans les formations sanitaires publiques
- Les employeurs offrent des assurances complémentaires pour couvrir le coût des tickets modérateurs et des soins administrés en dehors des locaux des établissements publics
- Les personnes physiques peuvent se doter d'une assurance complémentaire individuelle
- Assistance externe :
  - Centres de soins d'ONG locales financés par des donateurs
  - Contributions possibles de donateurs étrangers tels que MSF, le Croissant Rouge, Project Hope

PHRplus

7

Motivations politiques pour les CNS

1. Comprendre le fardeau du financement des soins de santé des ménages
2. Comprendre comment les CNS capture réellement les dépenses de santé de la population
3. Produire des rapports pour les institutions internationales afin d'évaluer l'efficacité des prêts
4. Répondre à l'OMS au sujet des statistiques de santé

PHRplus

8

Tableau FS x HF pour la Susmanie

En votre qualité de membre de l'équipe des CNS pour la Susmanie, vous venez de compléter les quatre premières étapes (1. Commencez au milieu, 2. Identifiez les HF, 3. Type de dépense, 4. Estimez les montants pour chaque HF)

Table 7.1 : Susamanie Agentd de Financement liste preliminaire

Code SCS	Entité	Montant de la dépense
HF.1.1.1.1	MdS	32,096
HF.1.1.1.2	MdÉ	329
HF.1.1.1.3	MdD	635
HF.1.1.2	Administrations d'états fédérés/de provinces	21,015
HF.1.2	Administrations de sécurité sociale	60,837
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires et agents publics	563
HF.2.1.2	Assurances groupe privées	2,130
HF.2.2	Sociétés d'assurance privées(hors assurance sociale)	3,280
HF.2.3	Versements directs de ménages	82,092-90,734
HF.2.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages	2,888
HF.2.5.1	Firmes privées(autres que l'assurance santé)	3,024
HF.2.5.2	Entreprises publiques à caractère industriel/commercial (Azap)	1,905
HF.3	Reste du monde	599

PHRplus

9

FS x HF Table for Susmania

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1 Fonds publics			FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'État			FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	Sous-total, secteur privé		
HF.1.1.1.1	MdS								32,096
HF.1.1.1.2	MdE								329
HF.1.1.1.3	MdD								635
HF.1.1.2	Autorités régionales								21,015
HF.1.2	Administrations de sécurité sociale (ANA)								60,837
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires/agents publics								563
HF.2.1.2	Assurances groupe privées								2,130
HF.2.2	Assurances individuelles								3,280
HF.2.3	Versements directs des ménages								90,734
HF.2.4	Institutions à but non lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)								2,888
HF.2.5.1	Firmes privées								3,024
HF.2.5.2	Entreprises publiques à caractère industriel/commercial (Azap)								1,905
HF.3	Reste du monde								599
	Somme temporaire								
	Total estimé								

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Mentionnez les transferts directs.

Mentionnez l'ajout de « Catégories nationales » sous les termes « Administration centrale » de la CICS.

Faites référence au tableau ayant servi de « point de départ » dans les documents distribués aux participants dans le cadre de l'exercice d'alimentation en données du tableau FS x HF. Dites à la classe que les totaux pour les HF sur cette diapositive ont déjà été entrés par l'équipe des CNS dans ce tableau vierge par ailleurs.

Distribuez les feuilles de réponses au fur et à mesure que les participants répondent aux questions, ou indiquez les réponses sur les transparents et distribuez toutes les réponses en même temps à la fin de l'exercice.

10

Exercice

▲ **Commencez à ventiler les dépenses des HF par sources de provenance: fonds publics, fonds privés, fonds du reste du monde**

1. **Commencez par les HF du secteur public :**
   - △ **Le MdE et le MdD obtiennent leurs fonds du MdF exclusivement**
   - △ **Le MdS obtient son financement de deux sources seulement : le MdF et les bailleurs de fonds. Les bailleurs de fonds ont fait don de 1 538 Cr au MdF**
   - △ **Quelles cases pouvez-vous remplir pour le MdE, le MdD et le MdS sur la base des informations qui précèdent ?**
2. **Le MdS est habituellement un HF, mais il peut aussi être une source de financement ; p. ex., il offre des subventions aux autorités régionales (986 Cr) et à l'ANA (1 106 Cr)**
   a. **Où comptabiliserez-vous le montant des subventions ?**
   b. **Comment réduirez-vous le chiffre HF pour le total du MdS ?**
   c. **Complétez, les autres cases POSSIBLES restantes pour le MdS en tant que HF**

PFR plus

11

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'État				FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	Sous-total, secteur privé		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28466							1538	30004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Autorités régionales		986							21015
HF.1.2	Administrations de sécurité sociale (ANA)		1106							60637
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires/agents publics									563
HF.2.1.2	Assurances groupe privées									2130
HF.2.2	Assurances individuelles									3280
HF.2.3	Versements directs des ménages									82,092-90,734
HF.2.4	Institutions à but non lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)									2888
HF.2.5.1	Firmes privées									3024
HF.2.5.2	Entreprises publiques à caractère industriel/commercial (Azap)									1905
HF.3	Reste du monde									569
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Notes pour les présentateurs

1a) Pour les cases du MdE et du MdD :

Étant donné que vous savez que le MdE et le MdD obtiennent tous leurs fonds d'une seule source, vous pouvez recopier les totaux correspondant à leurs lignes dans les cases Adm. centrale x MdE et Adm. centrale x MdD.

Insérez 329 pour le MdE dans la case Adm. centrale x MdE.

Insérez 635 pour le MdD dans la case Adm. centrale x MdD.

Pour les cases du MdS :

Étant donné que vous savez que les bailleurs ont donné 1 538 Cr au MdS, vous pouvez inscrire ce montant dans la case Reste du monde x MdS.

Comme vous savez également que le MdS obtient ses fonds de deux sources seulement, il s'ensuit que le reste des fonds [Total du MdS (32 096) – montant donné par les bailleurs (1 538) = 30 558] reçus par le MdS doit être placé dans la case Adm. centrale x MdS (30 558).

2 a) Étant donné que le MdS dans ce cas est une source de financement, vous devez créer une deuxième colonne à l'intérieur de la catégorie Revenus de l'Adm. centrale. Cette deuxième colonne sera « S.1.1.2 MdS » et la première colonne sera « S.1.1.1 MdF » (assurez-vous que les chiffres obtenus en réponse à la première question sont inscrits dans cette colonne).

Inscrivez le montant 986 pour les subventions dans la case MdS x Collectivités locales.

Inscrivez le montant 1 106 pour les subventions dans la case MdS x ANA.

2 b) Sur la liste initiale des dépenses totales pour chaque entité concernée, le MdS avait indiqué des dépenses de 32 096 Cr. Ce montant avait été affecté automatiquement à la case de total de la ligne pour le MdS en tant que HF. Cependant, étant donné que le MdS a également commencé à agir en tant que source de financement, le total de la ligne pour le MdS en tant que HF doit être réduit. Vous devrez soustraire ses dépenses en tant que source (986 + 1 106 = 2 092) du montant 32 096. Par conséquent, le nouveau total du MdS en tant que HF est de 32 096 – 2 092 = 30 004.

2 c) Avec le nouveau total pour le MdS en tant que HF, le montant estimé précédemment (qui avait été estimé en soustrayant le total de la ligne correspondant au MdS – montant de la ligne) pour la case MdF x MdS devra être ajusté. Utilisez le nouveau total de la ligne correspondant au MdS et soustrayez le montant de la ligne ; par conséquent, 30 004 – 1 538 = 28 466.

12

Exercice

3. **Votre équipe se rend compte du fait que le MdS rembourse 11 772 Cr aux centres hospitaliers des autorités régionales pour les services rendus aux chômeurs (de la part du MdS). Les autorités régionales obtiennent leurs financement pour la santé, des impôts régionaux et du MdS**
   - ▲ **a) Qui est l'agent de financement dans ce cas ? Le MdS ou l'autorité régionale ?**
   - ▲ **b) Ce montant (11 772 Cr) a été compté deux fois : une fois avec le MdS et une fois avec l'autorité régionale. Comment éliminieriez-vous cette duplication de l'autorité régionale ?**
   - ▲ **c) Avec le montant restant de l'autorité régionale (c. à d., qui n'a pas été affecté à des subventions ou à des remboursements), où placez-vous ce chiffre ?**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

MdS en tant que source de financement ou HF (selon qui a le contrôle des programmes) :

3 a) MdS – Le MdS contrôle réellement où les fonds sont employés. Le centre hospitalier de la collectivité locale n'est qu'un conduit, ou on lui a demandé de faire un travail très ciblé pour le MdS.

3 b) Demandez à la classe si elle peut déterminer la raison pour laquelle ce montant a été compté deux fois. Un membre de la classe doit en expliquer la raison au reste du groupe. Soustrayez 11 772 du total régional initial (21 015 Cr – 11 772) = 9 243.

3 c) Répétez que les collectivités locales ne reçoivent leurs fonds que de deux sources : leurs impôts régionaux et les subventions du MdS (cf. Question 2). La classe devra alors essayer de comprendre où il faut placer le solde pour compléter la ligne correspondant aux collectivités locales. Créez une colonne 'source de financement' pour le solde (montant produit par les impôts locaux) : 9 243 – (986) = 8 257.

13

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1 Fonds publics			FS.2 Fonds privés				
		FS.1.1 Revenus de l'État		FS.1.2 Revenus des autorités régionales	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	Sous-total, secteur privé	FS.3 Fonds du reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	28466						1538	30004
HF.1.1.1.2	MdE	325							325
HF.1.1.1.3	MdD	635							635
HF.1.1.2	Autorités régionales		986	8257					9243
HF.1.2	AMA		1105						60637
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires/agents publics								563
HF.2.1.2	Assurances groupe privées								2130
HF.2.2	Assurances individuelles								3380
HF.2.3	Ménages								82,092-90,734
HF.2.4	ONG								2566
HF.2.5.2	Firmes privées								3024
HF.2.5.1	Entreprises publiques à caractère industriel/commercial (Azep)								1606
HF.3	Organisations externes								655
	Somme temporaire								
	Total estimé								

PHRplus

14

Exercice

4. ANA
   a. Où inscririez-vous les « intérêts capitalisés » (566 Cr), qui sont utilisés pour payer les prestations fournies et les frais administratifs encourus par l'ANA ?
   b. L'ANA ne connaît pas la proportion dans laquelle ses recettes proviennent des employeurs ou des employés. Cependant, vous apprenez que la norme dans le pays est un rapport de 3 à 1 entre les contributions des employeurs et celles des employés. Affectez le solde entre les employeurs et les employés (à l'exception des intérêts capitalisés et de la subvention du MdS). Notez qu'il s'agit d'une ESTIMATION

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

4 a) Créez une autre catégorie « Autres » parmi les colonnes des sources de fonds publics (FS 1.2 Autres fonds publics). Les intérêts capitalisés sont exclus parce qu'ils sont utilisés pour les prestations de soins de santé des bénéficiaires (en d'autres termes, il s'agit d'une dépense de santé).

4 b) 60 837 – (1 106+566) = 59 165/4 = 14 791 – cotisations des employés/ménages.

Par conséquent, les fonds des employeurs s'élèveront à : 14 791 x 3 = 44 374.

15

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			
		FS 1.1.1. Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.3 Revenus des collectivités locales	FS 1.2 Autres Fonds publics	FS 2.1 Fonds des employeurs	FS 2.2 Fonds des ménages	FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	28 459						1 658	30 024
HF.1.1.1.2	MdE	829							829
HF.1.1.1.3	MdD	635							635
HF.1.1.2	Collectivités locales		966	5257					9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791		60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires								563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés								2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)								3 290
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages								82 092-90 734
HF.2.4	ONG								2 856
HF.2.5.2	Firmes privées								5024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (ADap)								1905
HF.3	Reste du monde								569
	Somme temporaire								
	Total estimé								

16

Exercice

5. **Assurance groupe pour les fonctionnaires et agents publics (AGF)**

   L'AGF, un programme d'assurance EXCLUSIVEMENT pour les fonctionnaires et agents publics, reçoit des fonds de l'État et des fonctionnaires/agents publics

   ▲ **L'AGF n'est pas capable de faire une distinction entre les cotisations de l'employeur et celles des fonctionnaires/agents publics. Comment ventileriez-vous son total de 563 Cr ? Les règles régissant le fonds stipulent que 25 % des fonds doivent être prélevés par des cotisations à la charge des fonctionnaires/agents publics, et le reste est à la charge de l'employeur**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

5) AGF : multipliez 0,25 x 563 = 141 = contribution des employés ; et 0,75 x 563 = 422 = contribution des employeurs. L'État peut être l'employeur privé dans ce cas.

17

Exercice

6. **Assurances groupe privées (AGP)**
   - ▲ **Les compagnies d'assurance AGP ne sont pas capables non plus de faire une distinction entre les cotisations de l'employeur et celles des employés. Comment affecteriez-vous temporairement leur total de 2 130 Cr ?**
7. **Quelle source finance l'assurance individuelle privée (3 280 Cr), et où inscririez-vous ce montant ?**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Notez que le rapport entre la contribution des employeurs et celle des employés, qui est de 3/1, ne concerne que le secteur public. Un tel rapport pour le secteur privé n'est pas connu. Par conséquent, pour l'instant, nous répartissons 2 130 Cr entre les employeurs et les employés/ménages comme 'x' et '2 130 – x'.

6) Inscrivez 2 130-x dans la case Ménages x Assurances groupe privées.

Inscrivez un 'x' dans la case Employeurs x Assurances groupe privées. Il s'agit d'une mesure temporaire.

7) Inscrivez 3 280 dans la case Ménages x Assurances individuelles privées.

18

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento						Resto del Mundo	Total
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			
	FS.1.1.1 Fontes del Gobierno Central		FS.1.1.2 Fontes del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS.2.1 Fondos del Empleador	FS.2.2 Fondos de los Hogares		
	FS.1.1.1 MdF	FS.1.1.2 MdS						
FS.1.1.1 MdS	28,466						1,538	30,004
FS.1.1.2 MdE	329							329
FS.1.1.3 MdD	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		986	8,251					9,253
FS.1.2 AAP		1,106		566	55,715	1,591		60,831
FS.2.1.1 Programas prestacionales para empleados estatales					522	151		563
FS.2.1.2 Programas prestacionales de empleadores privados					X	2,130-X		2,130
FS.2.2 Instituciones prestacionales privadas (aparte del seguro social)						3,280		3,280
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,092-90,135
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,025
FS.2.5.1 Comp. Parastatal. (Apap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								599
Suma Tentativa								
Total Ajustado								

19

Exercice

8. **Votre équipe constate maintenant que le chiffre de l'enquête sur les ménages pour les dépenses d'assurances est très différent des estimations communiquées par les compagnies d'assurances (qui viennent d'être inscrites en réponse aux questions précédentes)**
   - ▲ **L'enquête sur les ménages indique :**
   - ▲ **14 000 Cr à l'ANA**
   - ▲ **2 200 Cr aux assurances groupe privées**
   - ▲ **3 450 Cr aux assurances individuelles privées**
   - ▲ **Que feriez-vous en présence de ces estimations contradictoires ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

8) Technique permettant de résoudre une contradiction entre deux estimations : pour l'instant, inscrivez les estimations des ménages dans la même case que les estimations précédentes sur les assurances, et retournez-y plus tard pour réconcilier les écarts.

20

Agents de financement		Sources de financement							Total
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivités locales	FS.1.2 Fonds publics	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS						
HF.1.1.1.1	MdS	28 466						1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329							329
HF.1.1.1.3	MdD	635							635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8257					9 243
HF.1.2	ANA		1 106		586	44 374	14 791 (14 000)h		60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141		563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					x	2 130-x (2 200) h		2 130
HF.2.2	privées (en dehors des assurances sociales)						3 280 (3 450)h		3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages								82 092-90 734
HF.2.4	ONG								2 888
HF.2.5.2	Firmes privées								3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)								1 905
HF.3	Reste du monde								599
	Somme temporaire								
	Total estimé								

PHRplus

21

Exercice

9. Les ONG
   - ▲ Reçoivent 1 653 Cr des donateurs
   - ▲ Reçoivent 1 235 Cr des organisations caritatives locales
   - ▲ Inscrivez ces estimations dans le tableau

PI-R*plus*

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

9 a) inscrivez 1 653 dans la case FS.3 Reste du monde x HF 2.4 ONG.

9 b) inscrivez 1 235 dans la case FS.2.3 Associations à but non lucratif offrant des subventions individuelles x HF 2.4 ONG.

22

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivit	FS.1.2 Autres Fonds publics	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS. 2.3 Institutions sans but lucratif		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h			60 937
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					x	2 130-x (2 200) h			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors						3 280 (3 450)h			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092-90 734
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.2	Firmes privées									3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.3	Reste du monde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

23

Exercice

10. Ventilation du ratio des assurances privées entre les ménages et les employeurs (x)
    - ▲ Une enquête auprès des firmes produit une seconde estimation des primes payées à des assureurs privés et indique aussi le rapport de ces primes entre les employeurs et les employés (1/3 employeurs / 2/3 ménages)

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

10) Pour les employeurs 2130/3=1420. A ce stage nous ne savons pas si cette enquête est plus fiable que l'enquête ménage. Donc nous mettons les deux estimations dans la même case.

24

Exercice

11. Saisie simple des données
    - ▲ Azap a indiqué obtenir tous ses fonds (1 905 Cr) par autofinancement
    - ▲ Les firmes ont dépensé 3 024 Cr dans leurs propres locaux
    - ▲ MSF (bailleur de fonds) finance ses propres locaux à un coût de 559 Cr
    - ▲ Où inscririez-vous ces montants ?

PHRplus

NOTE POUR LES FORMATEURS

Le tableau des CNS qui accompagne l'exercice 11 est le même tableau que celui qui accompagne l'exercice 12.

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

11 a) La somme de 1 905 Cr est placée dans la case Employeurs (FS.2.1) x Entreprises publiques industrielles et commerciales (HF.2.5.1). Certains pays préféreront peut-être placer ces dernières dans une source distincte, dans la catégorie des Fonds publics.

11 b) La somme de 3 024 Cr est placée dans la case Fonds des employeurs (FS.2.1) x Firmes privées (Hf.2.5.2).

11 c) La somme de 599 Cr est placée dans la case Reste du monde (FS.3) x Reste du monde (HF.3).

25

Exercice

12. Début du processus de réconciliation

a. **Calculez le total temporaire des colonnes**

b. **Après avoir calculé ce montant temporaire, vous apprenez qu'une autre estimation pour le montant total financé par les donateurs (en tant que sources) s'élève à 8 180 Cr. Inscrivez cette somme sur la ligne « Total estimé »**

PI-R*plus*

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Processus de réconciliation = créez une ligne de « calcul temporaire » et une ligne de « total estimé ».

26

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés				
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivités locales	FS.1.2 Autres fonds publics	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS. 2.3 Institutions sans but lucratif	FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h			60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					710	1 420 (2200) h			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3 280 (3 480)h			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 90 734
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.2	Firmes privées					3 024				3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (A.zap)					1 905				1 905
HF.3	Reste du monde								599	599
	Somme temporaire	29 430	2 092	8 257	566	50 435	7	1 235	3 790	
	Total estimé								8 180	

PI-R*plus*

27

Exercice

13. Réconciliation des montants

a. **Vous apprenez que le rapport de l'ANA est plus fiable que l'estimation de l'enquête sur les ménages parce qu'il est basé sur une méthode comptable rigoureuse.**

   Quelle estimation devriez-vous conserver ?

b. **Vous apprenez également que les enquêtes sur les compagnies d'assurances bénéficient d'un taux de réponse plus élevé que les enquêtes sur les ménages et sont donc plus fiables**

   Quelle estimation devriez-vous conserver ?

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

13 a) Conservez l'estimation de l'ANA de 14 791 (case FS.2.2 Ménages x HF.1.2 ANA) et de 3 280 (case F.S.2.2 Ménages x HF.2.2 Compagnies d'assurances privées).

13 b) Conservez les sommes de 710 (FS.2.1 Employeur x HF.2.1.2 AGF) et de 1 420 (FS.2.2 Ménages x HF.2.1.2 AGF).

28

Exercice

13. Réconciliation des montants

c. **L'équipe des CNS termine une analyse de l'enquête sur les ménages de Susmanie ! Ceci fait très plaisir à tous les membres de l'équipe, qui déclare que les contributions des ménages par le biais des frais médicaux, hors remboursement, se sont élevées à 86 413 Cr. C'est vraiment très commode ! Inscrivez ce montant à l'endroit approprié**

d. **Après avoir réexaminé le montant des dépenses par les donateurs (8 180 Cr), vous apprenez que l'estimation comprend des dépenses d'hygiène et d'alimentation. Quelle estimation utiliseriez-vous (8 180 Cr ou l'estimation de la somme temporaire) ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

13 c) Il s'agit d'une saisie de données très facile. Inscrivez 86 413 dans la case FS.2.2 Ménages x HF.2.3 Ménages.

13 d) Conservez l'estimation de 3 790 parce que les dépenses d'hygiène et d'alimentation sont des dépenses en rapport avec les soins de santé et ne sont pas des dépenses directes pour la santé.

29

Exercice

14. Étape suivante

- ▲ EST-CE QUE LES MONTANTS TOTAUX FIGURANTS DANS LES LIGNES ET LES COLONNES SONT ÉGAUX ?

PHRplus

30

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des Collectivit	FS.1.2 Autres Fonds publics	Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS 2.3 Institutions sans but lucratif		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						9 243
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791			60 837
HF.2.1.1	Assurances groupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					710	1 420			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3 280			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages						86 413			86 413
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.2	Firmes privées					3 024				3 024
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)					1 905				1 905
HF.3	Reste du monde								599	599
	Somme temporaire	29 430	2 092	8 257	566	50 435	106 045	1 235	3 790	201 850
	Total estimé								8 180	

1

PHRplus

Module 7b : Étude de cas sur la Susmanie – Comment compléter le tableau HF X HP

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by: Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

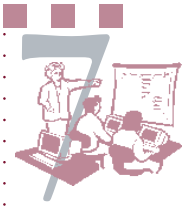
L'objectif de la présentation

- Être capable d'analyser les réponses aux questionnaires des CNS et déterminer lesquelles sont pertinentes pour le tableau Agents de financement x Prestataires de soins

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Le formateur doit demander à la classe de se reporter aux documents distribués sur la Susmanie (questionnaires). À nouveau, ces documents sont adaptés de ceux qui sont imprimés dans le Guide d'élaboration des CNS.



3

HF X HP										
Prestataires de soins	HF.A Secteur public					HF.B Secteur privé				HF 3 Reste du monde
	HF.1.1 : Administration publique (hors administration de sécurité sociale)			HF.2.1.1 Assurances pour les fonctionnaires et agents publics	HF.2.8.1 Entreprises publiques à caractère économique et commercial	HF 2.1 Assurance sociale privée	HF 2.3 Versements directs des ménages	HF 2.8.2 Entreprises privées à caractère économique et commerciale	HF 2.4 Inst. sans but lucratif au serv. des ménages (ONG)	
	HF 1.1.1 Administration centrale	HF 1.1.2 Administrations d'états fédérés/de provinces	HF 1.2 Administrations de sécurité sociale							
HP 1 Hopitaux										
HP 2 Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement										
HP 3 Prestataires de soins ambulatoires										
HP 4 Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux										
HP 5 Fourniture et gestion de programmes de santé publique										
HP 6 Administration générale de la santé et de l'assurance maladie										
HP 7 Autres prestataires de services de santé										
HP 8 Établissements fournissant des services en rapport avec la santé										
HP 9 Reste du monde										
Total Colonnes										

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Rappel de ce à quoi ressemble un tableau HF x HP et des types de données de CNS que vous devrez inscrire après avoir interprété les données des enquêtes.

4

Exercice pour HF x HP

▲ **Reportez-vous au questionnaire sur l'assurance maladie (Document joint 7b.1)**

1. **a) Classez les termes en caractères gras selon les codes de la CICS.**

1. **b) Comme vous pouvez le voir sur le tableau ci-dessus, les compagnies d'assurances n'ont pas été en mesure de ventiler les prestations entre les détenteurs de polices « groupe » et « individuelles ». Comment ventileriez-vous les montants ?**

PI-Rplus

Notes pour les présentateurs

Le formateur distribuera des exemples d'enquêtes qui illustrent les dépenses combinées d'une entité particulière du secteur des soins de santé - p. ex., les entreprises. Lors des exercices suivants, les participants devront interpréter les chiffres bruts révélés par les enquêtes et expliquer comment ils peuvent être utilisés pour alimenter en données le tableau HF x HP.

Il serait utile que le formateur inscrive les réponses sur le tableau à feuilles mobiles au fur et à mesure qu'elles font l'objet d'une discussion.

(Nota : dans les documents de l'enquête distribués aux participants, croix = cercles)

1 a) HP.1.1.2 Centres hospitaliers privés ; HP.1.1.2.1 Centres hospitaliers privés à but lucratif ; HP.1.1.2.2 Centres hospitaliers privés à but non lucratif

HP.3.4.5 Tous les autres centres de services pluridisciplinaires et coopératifs pour patients non hospitalisés ; HP.3.4.5.1 Centres de soins de santé privés à but lucratif ; HP.3.4.5.2 Centres de soins de santé privés à but non lucratif

1 b) La répartition entre les adhérents souscrivant des polices groupe et ceux qui souscrivent des polices individuelles est, respectivement, de 32 % et de 68 %.

Nous utilisons ce rapport pour ventiler les dépenses des centres hospitaliers privés et des cliniques.

Centre hospitalier privé à but lucratif : 39,36 = 0,32 x 123 pour l'assurance groupe et 83,64 pour l'assurance individuelle

Autres centres de soins de santé privés à but lucratif : 69,12 pour l'assurance groupe et 146,88 pour l'assurance individuelle

Centres hospitaliers privés à but non lucratif : 140 pour l'assurance groupe et 297 pour l'assurance individuelle

Autres centres de santé privés à but non lucratif : 326,4 pour l'assurance groupe et 69,3 pour l'assurance individuelle.

5

Exercice (suite)

▲ **Reportez-vous à l'enquête sur les employeurs (Document joint 7b.2)**

2. **a) Laquelle des deux estimations de dépenses indiquées dans cette enquête devrait être placée dans le tableau HF x HP ?**

2. **b) Dans quelle catégorie la placeriez-vous ? Quels codes utiliseriez-vous ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

2 a) 3 024, parce que cette dépense correspond au montant que la firme a dépensé en services de santé sur le lieu de travail. La firme est donc un HF.

2 b) Pour répondre à cette question, la classe devra examiner l'enquête afin de déterminer **quels types de services de santé** une entreprise fournit dans ses propres locaux. Nous apprenons que l'entreprise fournit des soins de santé ambulatoires sur place. Par conséquent, la classification est HP 3.4 ou HP 3.4.5, Tous les autres centres de services pluridiciplinaires et coopératifs pour patients non hospitalisés.

6

Exercice (suite)

▲ **Regardez le poste Aide externe (Document joint 7b.3)**

3. **a) Laquelle des dépenses indiquées dans cette enquête devrait être placée dans le tableau HF x HP ?**

3. **b) Dans quelle catégorie la placeriez-vous ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

33 a) Pour répondre à cette question, la classe devra examiner tous les types de dépenses énumérés et déterminer d'où vient l'argent et quelle est sa destination. Seuls les montants remis à un prestataire de soins seront inscrits dans le tableau HF x HP. Réponse : Centre hospitalier général (599).

3 b) HP.1.1.2.1 Centre hospitalier d'ONG – en supposant que HP 1.1.2 fasse référence aux centres hospitaliers généraux privés (HP 1.1.1 serait Centres hospitaliers publics).

7

Exercice (suite)

▲ **Regardez le Document joint 7b.4**

4. **a) Laquelle des catégories de dépenses peut être placée dans le tableau HF x HP ?**

4. **b) Les archives d'admission des patients révèlent que les ménages se rendent dans des cliniques privées plutôt que dans des cliniques publiques à hauteur de 3 à 2, et qu'ils se rendent dans des hôpitaux privés plutôt que dans des hôpitaux publics à hauteur de 2 à 3.**
   - △ **Comment distribueriez-vous la valeur du poste Ticket modérateur dans les hôpitaux et dans les polycliniques entre les établissements publics et privés ?**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

4 a) Il s'agit d'un bon exercice à faire pour établir une distinction entre différentes transactions de dépenses qui peuvent s'adapter au format des CNS, c. à d., toutes les transactions sauf les paiements à l'ANA et aux compagnies d'assurance maladie privées.

4 b) Le but de cette question est de déterminer la valeur des données relatives à la fréquentation pour faire des estimations sur les dépenses quand :

Pour les cliniques : privé 3 / public 2

11 965 (paiements à la charge des usagers dans les polycliniques) / 5 = 2 393

Pour pouvoir obtenir les dépenses privées : 2 393 x 3 = 7 179

Pour pouvoir obtenir les dépenses publiques : 2 393 x 2 = 4 786

Pour les centres hospitaliers : privé 2 / public 3

13 643 (paiements à la charge des usagers dans les centres hospitaliers) / 5 = 2 728,6 ;

Pour pouvoir obtenir les dépenses privées : 2 728,6 x 2 = 5 457,20

Pour pouvoir obtenir les dépenses publiques : 2 728,6 x 3 = 8 185,80

1

PHRplus

Module 7c : Étude de cas sur la Susmanie – Comment compléter les tableaux HF x HC et HP x HC

USAID

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

L'objectif de la présentation

- ▲ Acquérir une expérience pratique afin de compléter les tableaux HF x HC et HP x HC

  Remarque: ce-ci n'est pas une suite de l'exercice précédent, de nouvelles évaluations de dépenses ont étés utilisées

PHRplus

3

Exercice

L'équipe des CNS constate qu'il serait plus facile de débuter cette estimation en complétant un tableau comparatif

« Agents de financement x Prestataires et Fonction »

La première étape consiste à organiser les en-tête des lignes et des colonnes (ceci a déjà été fait pour vous)

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Mentionnez le fait que le tableau HF x HP n'a pas été élaboré au cours des exercices précédents en rapport avec les études de cas sur la Susmanie.

4

Exercice

Centre hospitalier régional polyvalent	Ménages	Administration de sécurité sociale (ANA)	Assurances pour les fonctionnaires/ agents publics
Patients hospitalisés	0	9422	60
Patients non hospitalisés	201	4640	49
Total	201	14 062	109

Vous recevez les données ci-dessus et savez que ces chiffres doivent être inscrits dans le tableau. Vous apprenez –et cela vous surprend– que ceci a déjà été fait pour vous (par la fée des CNS !)

PHRplus

5

Feuille de travail									
Etude sur la Sussmanie III: Tableau combinée d'agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1	HF 1 1.1.3	HF.1.1.2	HF.1.2	HF.2.1.1	HF.2.3	Total	Comparaison - FA x P
		Ministère de la Santé	Ministère de la Défense	Adm. Etats Fédérés/Provinces	ANA	Assurance groupe pour fonctionn	Versement direct des Ménages		
HP 1 1 1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1 1 1.2	Centres hospitaliers du MdD								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP 1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents				14,062	109	201		
	HC 1 1 Soins curatifs en milieu hospitalier				9.422	60			
	HC 1.3 Soins curatifs ambulatoires				4,640	49	201		
	Total des dépenses des FA	0	0	0	14,062	109	201	0	
	Comparaison – FA x P								

PHRplus

6

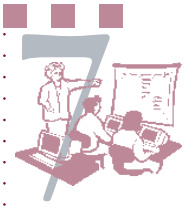
Excercise

Le tableau HF x HP vous indique les dépenses totales pour les HF et pour les prestataires de soins

D'habitude ce-ci est obtenu après réalisation du tableau HF x HP

Inscrivez ces totaux (comme indiqué sur la diapositive suivante) dans les cases appropriées de votre modèle de tableau comparatif

PHRplus



7

Exercice (suite)

1. Les totaux pour les agents de financement (tels qu'ils figurent au tableau HF X HC)

Code SCS	Entité	Montant des dépenses
HF.1.1.1.1	MdS	7,839
HF.1.1.1.3	MdD	8,569
HF.1.1.2	Collectivites locales	41
HF.1.2	ANA	20,802
HF.2.1.1	Assurance groupe fonctionnaires	109
HF.2.3	Ménages	308
	TOTAL	37,668

Les totaux pour les prestataires de soins (tels qu'ils figurent au tableau HF x HP)

AP.1.1.1.1	Centres hosp. Polyvalents du MdS	9,387
AP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD	8,569
AP.1.1.1.3	Centres hosp. régionaux polyvalents	19,712
	TOTAL	37,668

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Cette étude de cas présente une version abrégée du tableau possible pour la Susmanie étant donné qu'elle ne comprend pas les guérisseurs traditionnels, les cliniques des employeurs, les pharmacies et les centres hospitaliers des bailleurs de fonds.

8

Question 1									
Etude sur la Susmanie II : Tableau combinée d'Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1	HF.1.1.3	HF.1.1.2	HF.1.2	HF.2.1.1	HF.2.3	Total	Comparaison - FA x P
Prestataires de soins et fonctions		Ministère de la Santé	Ministère de la Défense	Adm. D'états Fédérés/ Provinces	ANA	Assurance groupe pour fonctionn	Versement direct des Ménages		
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS								9,387
	HC								
	HC								8,569
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								
	HC								
	HC				14,062	109	201		19,712
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents				9,422	60			
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier				4,640	49	201		
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires								
	Total des dépenses des FA	0	0	0	14,062	109	201	0	37,668
	Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

9

Exercice

2. Les archives des centres hospitaliers polyvalents du MdS indiquent les totaux suivants (pour tous les hôpitaux du MdS consolidés) :

- ▲ **Frais généraux (3 676 Cr). Vous apprenez que l'estimation des FG comprend 717 Cr au titre de la formation de capital**
- ▲ **TOTAL des dépenses des patients hospitalisés : 4 693 Cr**
- ▲ **Soins administrés aux patients ambulatoires : 1 018 Cr ; et**

Comment affecterez-vous ces estimations dans le tableau ?

a. **Où ira l'estimation sur la formation de capital ?**

b. **Comment traiteriez-vous l'estimation des FG ?**

c. **Enfin, entrez les estimations pour les patients hospitalisés et ambulatoires**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Rappelez-vous que vous examinez les chiffres des prestataires de soins pour trouver les montants totaux (y compris les contributions de tous les agents de financement pertinents).

2 a) L'estimation de 717 Cr fait référence à la formation de capital ; est-ce une catégorie de prestataires de soins ou de fonctions ? Réponse : fonction. Par conséquent, commencez par la classer sous la rubrique : HCR.1 Formation de capital (à classer sous Prestataires de soins). Ainsi, l'estimation de 717 Cr doit être inscrite dans la case Total de la colonne x Formation de capital des centres hospitaliers du MdS. Le formateur doit indiquer qu'à ce stade on ne sait pas encore d'où le centre hospitalier reçoit ses fonds. Par conséquent, les estimations doivent être inscrites dans la case des totaux de la ligne.

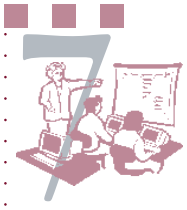
2 b) Par conséquent, les dépenses des FG sont de 3 676 – 717 = 2 959 ; mais comment classeriez-vous les dépenses des FG ? Dans les CNS, il n'existe pas de catégorie distincte pour les dépenses des FG. Les dépenses administratives d'un prestataire de soins ne sont pas affectées à la fonction HC.7 (Administration de la santé et assurance maladie), qui n'inclut que les dépenses associées au MdS au niveau central et au niveau provincial (pas les prestataires de soins !). Au lieu de cela, le chiffre de 2 959 est inclus dans le cadre du coût des services fournis.

L'estimation des FG de 2 959 doit être ventilée entre les dépenses pour les patients hospitalisés et les dépenses pour les patients non hospitalisés :

Vous apprenez que les dépenses pour les patients hospitalisés représentent 82,2 % du total des dépenses (patients hospitalisés + patients non hospitalisés seulement (4 693 + 1 018 = 5 711) dans les centres hospitaliers du MdS (4 693/5 711) ; par conséquent, le montant des GA qui est ajouté aux dépenses correspondant aux patients hospitalisés est de 0,822 x 2 959 = 2 432. Le total pour les patients hospitalisés est donc de 2 432 + 4 693 = 7 125.

Les dépenses pour les patients non hospitalisés représentent 17,8 % des dépenses totales (patients hospitalisés + patients non hospitalisés seulement) dans les centres hospitalisés du MdS (1 018/5 711) ; par conséquent, le montant des FG qui est ajouté aux dépenses pour les patients non hospitalisés est de 0,178 x 2 959 = 527. Le total pour les patients non hospitalisés est donc égal à 527 + 1 018 = 1 545.

N'oubliez pas de classer les lignes (et d'en ajouter) pour les catégories des patients hospitalisés et des patients non hospitalisés. La catégorie des patients hospitalisés est HC 1.1 ; par conséquent, le montant 7 125 doit être inséré dans la case « total x Soins en milieu hospitalier des centres hospitaliers du MdS ». Les dépenses pour les patients non hospitalisés sont HC 1.3 ; par conséquent, le chiffre de 1 545 doit être inséré dans la case « total x Soins en mode ambulatoire des centres hospitaliers du MdS ».



10

Question 2. Tableau comparatif des CNS de Suamanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions			Agents de financement							
			HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.3	HF.1.1.2	HF.1.2	HF.2.1.1	HF.2.3		
			Ministère de la Santé	Ministère de la Défense	Adm. d'États Fédérés/Provinces	ANA	Assurance groupe, fonctionn	Versement direct des Ménages	Total	Comparaison - FA x P
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS								9,387	9,387
		HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier							7,126	
		HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire							1,546	
		HCR.1 Formation brut de capital							717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD									
		HC								
		HC								
		HC								
		HC								
		HC				14,062	109	201		19,712
		HC				9,422	60			
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux					4,640	49	201		
		HC.1. Soins curatifs en milieu hospitalier								
		HC.1.3 Soins curatifs ambulatoire								
	Total des dépenses des FA		0	0	0	14,062	109	201	9,387	37,658
		Comparaison – FA x P	7,639	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

11

Exercice

3. En termes d'agents de financement qui contribuent aux hôpitaux du MdS ,

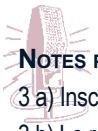
a. L'enquête sur les ménages vous révèle que les ménages paient 107 Cr dans les hôpitaux du MdS et que la totalité de cette somme représente le ticket modérateur pour les soins aux patients non hospitalisés

Où placeriez-vous cette estimation dans votre tableau ?

b. Vous apprenez que l'ANA a remboursé le MdS pour les services reçus par les bénéficiaires de l'ANA. Le paiement total de l'ANA au MdS s'élève à 6 740 Cr ; 88 % de ce montant couvre les soins thérapeutiques des patients hospitalisés, le solde couvrant les soins thérapeutiques des patients non hospitalisés

Placez la contribution de l'ANA aux centres hospitaliers du MdS dans les cases appropriées du tableau.

PHRplus



NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

3 a) Inscrivez 107 dans la case Ménages x Soins en mode ambulatoire du MdS.

3 b) Le remboursement de l'ANA pour les soins curatifs en milieu hospitalier est de 0,88 x 6 740 = 5 931. Inscrivez ce chiffre dans la case ANA x Soins en milieu hospitalier du MdS.

Le remboursement de l'ANA pour les soins curatifs en mode ambulatoire est de 0,12 x 6 740 = 809. Inscrivez ce chiffre dans la case ANA x Soins en mode ambulatoire du MdS.

12

Exercice

3. c) Vous apprenez que la seule autre source de contribution aux établissements du MdS est le MdS lui-même.

   Quelle est la part des dépenses du MdS qui est affectée à ses hôpitaux ?

   Et quelle est la ventilation fonctionnelle ultérieure ? Vous apprenez que le MdS est la source de tous les coûts de formation de capital pour ses établissements.

   Assurez-vous que les totaux des chiffres des lignes sont corrects pour les hôpitaux du MdS.

PHRplus

Notes pour les présentateurs

3 c) Pour déterminer la part du MdS : prenez le total de la ligne et soustrayez les catégories Ménages et ANA.

Par conséquent, le montant total contribué par le MdS est égal à 9 387 – (107+6 740) = 2 540.

La contribution du MdS aux soins curatifs en milieu hospitalier est égale à 7 125 – (0+5 931) = 1 194 (inscrit dans la case MdS x Soins en milieu hospitalier du MdS).

La contribution du MdS aux soins curatifs en mode ambulatoire est égale à 1 545 – (107+809) = 629 (inscrit dans la case MdS x Soins en mode ambulatoire du MdS).

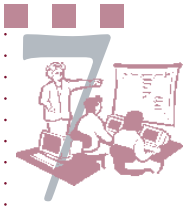
Inscrivez le montant 717 dans la case MdS x Formation de capital du MdS HCR 1.

13

Question 3

Tableau comparatif des CNS de Susmanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF.2.3 Versement Direct des Ménage	Total	Comparaison - FA x P
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	1194			5,931			7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	629			809		107	1,545	
	HC.R.1 Formation brut de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								8,569
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents				14,062	109	201		19,712
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier				9,422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires				4,640	49	201		
	Total des dépenses des FA	2,540	0	0	20,802	109	308	9,387	
	Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	37,668



14

Exercice

4. Pour les centres hospitaliers régionaux polyvalents :

a. En consultant les chiffres des centres hospitaliers régionaux, vous constatez que leurs dépenses TOTALES s'élèvent à 19 712 Cr. Ce chiffre est ventilé sur une base fonctionnelle en 12 419 Cr pour les patients hospitalisés et 7 293 Cr pour les patients non hospitalisés. Placez ces estimations dans les cases appropriées

b. Vous apprenez que les autorités régionales dépensent un total de 41 Cr dans leurs propres centres hospitaliers. Le MdS paie un total de 5 299 Cr pour les centres hospitaliers régionaux. Mais la ventilation fonctionnelle pour ces deux FA n'est pas connue
Vous savez également que ce sont les deux seuls FA qui restent (qui n'ont pas encore été comptabilisés) qui financent les hôpitaux régionaux
Que faites-vous ? Comment comptabilisez-vous les dépenses des autorités régionales et les dépenses fonctionnelles du MdS dans les hôpitaux régionaux ? Ce-ci est une technique d'estimation

PHRplus

Notes pour les présentateurs

4 a) Montant total : 19 712 Cr doit être inscrit dans la case 'Total x Total des centres hospitaliers régionaux publics'.

Montant pour les soins en milieu hospitalier : 12 419 Cr doit être inscrit dans la case 'Total x Total des soins en milieu hospitalier des centre hospitaliers régionaux publics'.

Montant pour les soins en mode ambulatoire : 7 293 Cr doit être inscrit dans la case 'Total x Total des soins en mode ambulatoire des centres hospitaliers régionaux publics'.

4 b) Le solde non affecté pour les soins curatifs en milieu hospitalier est égal à 12 419 – (0+9 422+60) = 2 937.

Le solde non affecté pour les soins curatifs en mode ambulatoire est égal à 7 293 – (201+4 640+4) = 2 403.

Le solde total non affecté pour les centres hospitaliers régionaux est égal à 19 712 – (201+14 062+109) = 5 340.

Par conséquent, les dépenses non affectées pour les soins en milieu hospitalier s'élèvent à 2 937 / 5 340 = 55 % du total pour les centres hospitaliers régionaux.

Les dépenses non affectées pour les soins en mode ambulatoire s'élèvent à 2 403 / 5 340 = 45 % du total pour les centres hospitaliers régionaux.

Technique d'estimation : comme vous ne disposez pas d'informations sur la ventilation entre les dépenses du MdS et celles des collectivités locales, vous devrez utiliser le même rapport 55/45 pour les dépenses non affectées. Par conséquent : les dépenses pour les soins curatifs en milieu hospitalier des collectivités locales s'élèvent à 0,55 x 41 = 23, et les dépenses pour les soins curatifs en mode ambulatoire des collectivités locales s'élèvent à 0,45 x 41 = 18.

(23 Cr doit être dans la case Collectivités locales x Soins en milieu hospitalier des centres hospitaliers régionaux) et (18 Cr oit être dans la case Collectivités locales x Soins en mode ambulatoire des centres hospitaliers régionaux)

Les dépenses pour les soins curatifs en milieu hospitalier du MdS sont égales à 0,55 x 5 299 = 2 914 et les dépenses pour les soins en mode ambulatoire du MdS sont égales à 0,45 x 5 299 = 2 385.

(2 914 Cr doit être dans la case MdS x soins en milieu hospitalier des centres hospitaliers du MdS ; 2 385 Cr doit être dans la case MdS x soins en mode ambulatoire des centres hospitaliers du MdS)

15

Question 4

Tableau comparatif des CNS de Susmanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement						Total	Comparaison - FA x P
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm D'Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF.2.3 Versement Direct des Ménages		
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du MdS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	1194			5,931			7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	629			809		107	1,545	
	HC.R.1 Formation brut de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD								8,569
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Centres hospitaliers régionaux polyvalents	5,299		41	14,062	109	201	19,712	19,712
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	2,914		23	9,422	60		12,419	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	2,385		18	4,640	49	201	7,293	
	Total des dépenses des FA	7,839	0	41	20,802	109	308	37,668	37,668
	Comparaison - FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	28,281	

16

Exercice

5. **Vous recevez la ventilation suivante (cf. diapositive suivante) des dépenses dans les centres hospitaliers polyvalents du MdD. Elle ne correspond pas exactement aux catégories de la CICS**
   - ▲ **Une étude des coûts conduite par ChrisJay Univ. a estimé que le rapport entre les parts des soins aux patients hospitalisés et des soins aux patients non hospitalisés est de 3/1**
   - ▲ **Vous apprenez que le MdD est la seule source qui contribue aux dépenses dans ses hôpitaux**

17

5a) Comment classeriez-vous ces dépenses dans les catégories fonctionnelles de la CICS ? b) Quelles estimations de dépenses utiliseriez-vous ? Inscrivez-les dans le tableau

	Dépense des centres hospitaliers polyvalents du MdD	8 569
7.01.01	Salaires	1 963
7.01.02	Médicaments	1 227
7.01.03	Laboratoires & radiographie	981
7.01.04	Frais généraux	573
7.01.05	Repas	41
7.01.06	Blanchisserie	40
7.01.07	Maintenance	900
7.01.08	Construction	717
7.01.09	Services de gardiennage	491
7.01.10	Équipements médicaux	1 636

PI-Rplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

5 a) Dépenses à ventiler selon le rapport 3/1 entre HC 1.1 (Soins curatifs en milieu hospitalier) et HC 1.3 (Soins curatifs en mode ambulatoire) :

Salaires (0,75 x 1 963 = 1 472 pour milieu hospitalier ; 491 pour mode ambulatoire) ; Médicaments (0,75 x 1 227 = 920 pour milieu hospitalier ; 307 pour mode ambulatoire) (raison : les hôpitaux peuvent avoir une pharmacie qui fournit des médicaments à la fois aux patients hospitalisés et aux patients non hospitalisés) ; Frais généraux (0,75 x 573 = 430 pour milieu hospitalier ; 143 pour mode ambulatoire) ; Maintenance (0,75 x 900 = 675 pour milieu hospitalier ; 225 pour mode ambulatoire) ; Services de gardiennage (0,75 x 491 = 368 pour milieu hospitalier ; 123 pour mode ambulatoire)

HC 1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier seulement :

Repas (41)

Blanchisserie (en supposant que 100 % des dépenses de blanchisserie soient pour les patients hospitalisés) (40)

HC4 Services auxiliaires aux soins médicaux

Laboratoires et radiographie (981)

HCR1 Formation de capital pour les établissements prestataires de soins de santé

Construction (717)

Équipements médicaux (1 636)

Par conséquent, le montant total versé par le MdD à ses hôpitaux est le suivant (ventilé par catégorie) :

Soins curatifs en milieu hospitalier (HC 1.1) = 1 472 + 920 + 430 +675 + 368 + 41 + 40 = 3 946

Soins curatifs en milieu ambulatoire (HC 1.3) = 491 + 307 + 143 + 225 + 123 = 1 289

Services auxiliaires (HC 4) = 981

Formation de capital (HCR 1) = 717 + 1 636 = 2 353

18

Question 5

Tableau comparatif des CNS de Sumanie : Agents de financement x Prestataires x Fonctions

Prestataires de soins et fonctions		Agents de financement							
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Adm. d'Etats Fédérés/Provinces	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF 2.3 Versements Direct des Ménages	Total	Comparaison – FA x P
HP.1.1.1.1	Centres hospitaliers polyvalents du	2,540			6,740		107	9,387	9,387
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	1194			5,931			7,125	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	629			809		107	1,545	
	HC.R.1 Formation brut de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Centres hospitaliers du MdD		8,569					8,569	8,569
	HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier		3,946					3,946	
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires		1,289					1,289	
	HC4 Services auxiliaires		981					981	
	HC.R.1 Formation brut de capital		2,353					2,353	
HP.1.1.1.3	Centres hosp. régionaux polyvalents	5,299		41	14,062	109	201	19,712	19,712
	HC.1.1	2,914		23	9,422	80		12,419	
	HC.1.3	2,385		18	4,640	49	201	7,293	
	Total des dépenses des FA	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	37,668
	Comparaison – FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

19

Exercice

- Étapes suivantes
  - DÉTERMINEZ SI LES TOTAUX DES LIGNES ET DES COLONNES SONT ÉGAUX
  - Est-ce que les totaux que vous venez de calculer correspondent aux totaux qui ont été obtenus dans le tableau HF x HP ?
    - Remarque : si ce n'est pas le cas, retournez en arrière et déterminez si une erreur a été commise dans le tableau HF x HP ou dans votre tableau actuel
      - (vous devrez vérifier et modifier ou confirmer, régulièrement, les estimations figurant dans divers tableaux, lors du calcul des CNS réel)

PHRplus

20

Exercice (suite)

6. À présent que vous disposez du tableau comparatif, votre prochaine tâche consiste à ventiler les dépenses entre :
   - le tableau HF X HC
   - le tableau HP x HC (aux fins de cet exercice, la fée des CNS a alimenté ce tableau en informations pour vous)

   Utilisez le document distribué pour compléter le tableau HF x HC

PHRplus

21

Question 6. Tableau Agents de financement x Fonctions							
Fonction	Agents de financement						Total
	HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Autorités régionales	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurance groupe pour fonctionn.	HF.2.3 Ménages	
HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	4108	3,948	23	15,353	60		23,490
HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	3014	1,289	18	5,449	49	308	10,127
HC. 4 Services auxiliaires		981					981
HC.R.1 Formation brut de capital	717	2,353					3,070
Total des dépenses des FA	7,839	8,569	41	20,802	109	308	
Comparaison – FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668

Total des dépenses des patients hospitalisés en pourcentage des DTS (H1)	62.36%
Total des dépenses des patients non hospitalisés en pourcentage des DTS (H1)	26.88%
Total des dépenses des services auxiliaires en pourcentage des DTS (H1)	2.60%
Total des dépenses des de formation de capital en pourcentage des DTS (H1)	8.15%

22

Question 6				
Tableau Prestataires de soins x Fonctions				
	Prestataires de soins			
	HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.2	HF.1.1.1.3	
Fonction	Centres hospitaliers polyvalents du MdS	Centres hospitaliers du Ministère de la Défense	Centres hospitaliers polyvalents des autorités régionales	Total
HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	7,125	3,946	12,419	23,490
HC1.3 Soins curatifs ambulatoire	1,545	1,289	7,293	10,127
HC4 Services auxiliaires		981		981
HCR 1 Formation brut de capital	717	2,353		3,070
Dépenses totales des prestataires	9,387	8,569	19,712	37,668
Comparaison – FA x P	9,387	8,569	19,712	37,668

PHRplus

Module 7 - Exercices

Instructions

Lisez la présentation et les questions ci-dessous, et inscrivez les montants de dépenses appropriés dans le tableau vierge FS x HF.

Présentation du contexte national pour les études de cas : le territoire de la Susmanie

La Susmanie est un petit pays à revenu modeste. Elle avait un gouvernement central autocratique jusqu'à récemment, mais elle a entrepris des réformes considérables, y compris une décentralisation. Le pays a maintenant un nouveau gouvernement avec un Premier Ministre et plusieurs ministères (GE : page 131, 9.54 ; page 134-135, 9.74-9.80).

La devise de la Susmanie est appelée le Croûton (Cr).

La structure de l'État en ce qui concerne la santé

Le Gouvernement central comprend le Ministère des Finances (MdF), le Ministère de la Santé (MdS), le Ministère de l'Éducation (MdE), le Ministère de la Défense (MdD) et l'Agence Nationale d'Assurance (ANA). Il n'existe qu'une seule entreprise publique à caractère industriel ou commercial – à savoir, l'AZap, la compagnie électrique nationale de Susmanie. À la suite de la décentralisation du pays, des collectivités locales ont été constituées dans quatre régions. Chacune a sa propre autorité fiscale ; l'État verse un complément aux revenus fiscaux de chaque collectivité locale.

Les prestataires de soins dans le secteur de la santé

La plupart des centres hospitaliers et des polycliniques appartiennent au secteur public. Les centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins primaires sont généralement administrés et exploités par les collectivités locales, tandis que la plupart des centres hospitaliers et les cliniques fournissant des soins secondaires et tertiaires sont administrés par le MdS. Le MdD possède et exploite ses propres centres hospitaliers pour les membres des forces armées et les personnes à leur charge. Les réformes ont entraîné la création de certains centres hospitaliers et de nouvelles cliniques dans le secteur privé. Les habitants d'une région, la Région intérieure, s'adressent toujours dans une très large mesure aux guérisseurs traditionnels en cas de problèmes de santé. Peu d'employeurs ont des cliniques sur le lieu de travail pour leurs employés. La

plupart des médicaments pour les patients non hospitalisés sont achetés dans des pharmacies communautaires.

Les programmes d'assurance maladie en Susmanie

Théoriquement, en ce qui concerne l'assurance maladie, toute la population est couverte par l'Agence Nationale d'Assurance (ANA) pour les soins fournis dans les établissements du secteur public. L'ANA est financée par 1) les impôts sur les salaires, 2) des contributions du MdS et 3) le paiement du ticket modérateur par les usagers. Les employeurs offrent des assurances complémentaires (assurance groupe privée) pour couvrir le coût des tickets modérateurs et des soins administrés en dehors des établissements du secteur public. De plus, chaque personne peut se procurer sa propre assurance complémentaire individuelle.

Autres acteurs dans le système de santé

Étant donné que la Susmanie est un pays à revenu modeste, elle reçoit une assistance financière externe pour beaucoup de ses secteurs, y compris celui des soins de santé. Des bailleurs de fonds étrangers (notamment Médecins sans frontières [MSF], le Croissant rouge, Project Hope, etc.) financent des ONG qui aident à administrer des soins de santé.

Motivations politiques pour les CNS

- Comprendre le fardeau des paiements de soins de santé pour les ménages
- Comprendre dans quelle mesure les CNS couvrent réellement les dépenses de santé de la population
- Produire des rapports à l'intention des prêteurs internationaux pour évaluer l'efficacité des prêts
- Répondre à l'OMS au sujet des statistiques de santé.

7a. Étude de cas sur la Susmanie I – Alimentation en données du tableau FS x HF

Pour cet exercice, les participants doivent utiliser le tableau vierge qui figure dans les documents qui leur ont été distribués par le formateur. Le Manuel du participant contient également des copies d'un tel tableau.

En tant que membre de l'équipe des CNS de la Susmanie, vous venez de terminer les quatre premières étapes de l'alimentation en données des tableaux. En d'autres termes, vous avez 1) commencé au milieu (tableau HF), 2) identifié les agents de financement, 3) déterminé les divers types de dépenses et 4) estimé les montants correspondant à chaque HF.

Vous obtenez les montants totaux des dépenses pour chaque HF et vous avez déjà placé ces chiffres dans les cases de totaux de lignes appropriées de votre tableau.

Dépenses des agents de financement en Susmanie – Liste préliminaire		
Code CNS	Entité	Montant des dépenses
HF.1.1.1.1	MdS	30 004
HF.1.1.1.2	MdE	329
HF.1.1.1.3	MdD	635
HF.1.1.2	Collectivités locales	21 015
HF.1.2	ANA	60 837
HF.2.1.1	Assurance groupe pour les fonctionnaires	563
HF.2.1.2	Assurance groupe du secteur privé	2,130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)	3,280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages	82 092 - 90 734
HF.2.4	ONG	2,888
HF.2.5.1	Firmes et sociétés privées (en dehors de l'assurance maladie)	3,024
HF.2.5.2	Sociétés publiques à caractère industriel et commercial (AZap)	1,905
HF.3	Reste du monde	599

Question 1

Commencez par alimenter le tableau en ventilant les fonds HF par leur source d'origine ; p. ex., Revenus de l'Adm. centrale, revenus du secteur privé et fonds du reste du monde. Pour ce faire, commencez par analyser les HF du secteur public. Après des recherches et enquêtes approfondies, vous apprenez que :

- le MdE et le MdD sont financés exclusivement par le MdF.
- Les donateurs ont donné 1 538 Cr au MdS. Et vous apprenez que le MdS est financé exclusivement par deux sources : le MdF et les donateurs.

Quelles cases pouvez-vous remplir pour le MdE, le MdD et le MdS en fonction de ces informations ?

Réponse

Question 2a

Le MdS est habituellement un agent de financement, mais dans certains cas il peut être une source de financement : en Susmanie, l'équipe apprend que le MdS donne des subventions à la collectivité locale (986 Cr) et à l'ANA (1 106 Cr).

a) Où comptabilisez-vous les fonds ainsi donnés ?

Réponse

Question 2b

Sur la base de ces informations, comment réduirez-vous le chiffre TOTAL HF pour le MdS ?

Réponse

Question 2c

Complétez les autres cellules POSSIBLES pour le MdS comme agent de financement.

Réponse

Question 3a

Votre équipe constate que le MdS rembourse (11 772 Cr) aux collectivités locales pour les services hospitaliers fournis aux chômeurs (pour le compte du MdS). Notez que les collectivités locales obtiennent leurs fonds pour la santé des impôts régionaux et du MdS.

Quel est l'agent de financement dans ce cas ? Le MdS ou les collectivités locales ?

Réponse

Question 3b

Ce montant (11 772 Cr) a été compté deux fois : une fois avec le MdS et une fois avec les collectivités locales. Comment éliminez-vous ce problème de comptabilisation par les collectivités locales ?

Réponse

Question 3c

Où placez-vous le montant restant pour les collectivités locales (c. à d., non affecté aux subventions ou remboursements) ?

Réponse

Question 4a

Passons à l'Agence Nationale d'Assurances.

Où placerez-vous les « intérêts capitalisés » (566 Cr), qui sont utilisés pour aider à payer les prestations et les frais généraux de l'ANA ?

Réponse

Question 4b

L'ANA n'a pas comptabilisé la proportion de revenus qu'elle reçoit des employeurs et des employés. Cependant, vous apprenez que la norme dans le secteur public est un rapport employeurs/employés de 3/1. Affectez le solde entre employeurs et employés (moins l'intérêt créditeur et la subvention du MdS). Notez qu'il s'agit d'une ESTIMATION.

Réponse

Question 5

Assurances Groupe Fonctionnaires (AGF) : programme d'assurances réservé aux fonctionnaires ; il reçoit des fonds de l'État et des fonctionnaires.

Le programme AGF ne peut pas distinguer entre les contributions de l'employeur (nota : l'État peut être l'employeur privé) et de l'employé. Les règles régissant le fonds stipulent qu'un quart des sommes sera payé par les employés, et le solde par l'employeur. Comment répartiriez-vous le total de 563 Cr ?

Réponse

Question 6

Programme d'Assurance des Employeurs Privé (PAEP)

La société PAEP ne peut pas non plus distinguer entre les contributions des employeurs et des employés. Comment affecteriez-vous TEMPORAIREMENT son total de 2 130 Cr ?

Réponse

Question 7

Quelle source finance les Assurances individuelles privées (AIP) (3 280 Cr) et où placeriez-vous ce montant ?

Réponse

Question 8

Votre équipe constate maintenant que le chiffre de l'enquête auprès des ménages pour les dépenses d'assurances varie considérablement par rapport aux estimations des compagnies d'assurances (que vous avez inscrites en réponse aux questions antérieures).

Chiffres indiqués par l'enquête auprès des ménages :
14 000 Cr à l'ANA
2 200 Cr à l'Assurance groupe privée
3 450 Cr à l'Assurance individuelle privée
Que feriez-vous donc avec ces estimations contradictoires ?

Réponse

Question 9a

ONG
Reçoivent 1 653 Cr des donateurs

Réponse

Question 9b

Reçoivent 1 235 Cr d'organisations caritatives locales

Réponse

Question 10

Résolution du rapport de ventilation des assurances privées entre ménages et employeurs (x)

Une enquête auprès des employeurs fournit une deuxième estimation des primes payées aux assurances privées et indique la ventilation de ces primes entre employeurs/ employés (un tiers employeur / deux tiers ménages).

Réponse

Question 11a

Écriture comptable simple
Où entrez-vous ces montants ?
AZap a déclaré recevoir tous ses fonds (1 905 Cr) de ses propres bénéfices.

Réponse

Question 11b

Les firmes dépensent 3 024 Cr dans leurs propres établissements.

Réponse

Question 11c

MSF (donateur) finance ses propres établissements au coût de 599 Cr.

Réponse

Question 12a

Début du processus de réconciliation
Faites une somme temporaire des colonnes.

Réponse

Question 12b

Après avoir fait la somme temporaire, vous apprenez qu'une autre estimation pour le montant total financé par les donateurs (comme sources) s'élève à 8 180 Cr. Placez ce chiffre dans la rangée « Total estimé ».

Réponse

Question 13a

Réconciliation des montants

Vous apprenez que le rapport de l'ANA est plus fiable que l'estimation de l'enquête auprès des ménages parce que sa méthode comptable est plus fiable.

Quelle estimation devriez-vous conserver ?

Réponse

Question 13b

Vous apprenez également que les enquêtes auprès des compagnies d'assurances ont des taux de réponse plus élevés que les enquêtes auprès des ménages et sont plus fiables. Quelle estimation devriez-vous conserver ?

Réponse

Question 13c

L'équipe du CNS termine l'analyse de l'enquête auprès des ménages pour la Susmanie ! Tout le monde est content et l'équipe déclare que les contributions des ménages se montent à 86 413 Cr – Très pratique ! Inscrivez ce montant à l'endroit approprié.

Réponse

Question 13d

Après avoir réexaminé le montant des dépenses des donateurs (8 180 Cr), vous apprenez que l'estimation comprend des dépenses d'alimentation et d'hygiène. Quelle estimation devriez-vous utiliser (8 180 Cr ou l'estimation de la somme temporaire) ?

Réponse

Question 14

Étapes suivantes : DÉTERMINEZ SI LES TOTAUX DES RANGÉES ET DES COLONNES CORRESPONDENT.

Réponse

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale				FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages			
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS									32 096
HF.1.1.1.2	MdE									329
HF.1.1.1.3	MdD									635
HF.1.1.2	Collectivité locale									21 015
HF.1.2	ANA									60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires									563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés									2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)									3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG									2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									3 024
HF.2.5.2	Firmes privés									1 905
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

7b. Étude de cas sur la Susmanie II – Interprétation des données pour compléter le tableau HF x HP

Instructions

Sur la base des informations des enquêtes des pages qui suivent, répondez aux questions suivantes :

Question 1a

Examinez le Document joint 7b.1, le questionnaire relatif à l'assurance maladie.

Classez les termes en « caractères gras » dans les catégories CICS.

Réponse

Question 1b

Comme vous pouvez le voir dans le tableau Susmanie - Étude de cas - FS x HF, les compagnies d'assurances n'étaient pas en mesure de ventiler les prestations entre les détenteurs de polices d'assurances « groupe » et « individuelles ». Comment sépareriez-vous les montants ?

Réponse

Document joint 7b.1

Système national de comptes de la santé : Questionnaire relatif à l'assurance maladie

		N° d'identification du formulaire ___/___

Les informations communiquées seront traitées de manière strictement confidentielle.

1. Informations générales

Nom de l'ONG :	AGRÉGATION		
Nom du répondant :			
Poste du répondant :			
Date de l'entretien :			
Lieu :			
Période du rapport – Année civile 1999 ou :			
Type de compagnie d'assurances (encercler une réponse)	1 = Publique/d'économie mixte		
	2 = Privée, à but lucratif		
	3 = Privée, à but non lucratif		

2. Dans le tableau ci-dessous, indiquer le nombre d'assurés (pour l'assurance maladie seulement) pour votre organisation à la fin de la période du rapport. Si l'assurance maladie est couverte par une autre police, inclure ces assurés dans votre chiffre.

	Nombre d'assurés ayant une police :	
	Groupe/d'entreprise	Individuelle/familiale
	800 000	1 700 000

4. Dans le tableau ci-dessous, indiquer les dépenses totales de votre organisation pour la période du rapport. Si possible, utiliser la méthode de la comptabilité d'exercice plutôt que de caisse.

Type de dépense	Montant (en Crutons)		
	Total	Groupe/d'entreprise	Individuelle/familiale
Prestations :			
Hôpitaux de l'État	0		
Autres établissements publics	0		
Hôpitaux privés à but lucratif	123		
Autres centres de santé privés à but lucratif	216		
Hôpitaux privés à but non lucratif	437	INCONNU	INCONNU
Autres centres de santé privés à but non lucratif	1 020		
Remboursements directs à l'assuré	2 640		
Autres	0		
Total des prestations	4 436		
Ajouts aux réserves (secteur santé seulement)	0		
Dépenses administratives (secteur santé)	564		
Excédent ou bénéfices non distribués (secteur santé)	410		
Méthode comptable :	Comptabilité d'exercice		
	Comptabilité de caisse		

5. Est-ce que les revenus ci-dessus comprennent la partie maladie des primes pour la combinaison polices vie/maladie ?

Non applicable		
Oui		
Non →	Indiquer le total des prestations fournies en vertu de telles polices combinées pendant l'année du rapport :	
	Vie	Maladie

Question 2a

Examinez le Document joint 7b.2, le questionnaire relatif aux employeurs.

Laquelle des deux estimations de dépenses indiquées dans cette enquête serait inscrite dans le tableau HF x HP ?

Réponse

Question 2b

Comment classeriez-vous ces dépenses ? Quels codes de catégories CICS utiliseriez-vous ?

Réponse

Document joint 7b.2
Système national de comptes de la santé de Susmanie : Enquête auprès des employeurs

		N° d'identification du formulaire ___/___	
1. Informations générales			
Nom de la firme :	AGRÉGATION		
Nom de la personne interrogée :			
Date de l'entretien :			
Période du rapport – Année civile 1999 ou :			
Statut juridique de la firme (Encercler une réponse.)	1 = Publique/d'économie mixte		
	2 = Privée, à but lucratif		
Principale activité (Encercler une réponse.)	1 = Agricole		
	2 = Minière ou pétrolifère		
	3 = Industrielle		
	4 = Commerce de gros ou de détail		
	5 = Finances, assurances ou immobilier		
	6 = Services		
	7 = Autres		
Nombre de salariés à temps complet et à mi-temps le dernier jour de la période du rapport :			
2. Votre firme a-t-elle fourni une assurance maladie pendant la période du rapport ?	Oui		
	Non →	(Passer à la question 3.)	
a. Nombre de salariés assurés :			
b. L'assurance couvre-t-elle les personnes à charge ?	Oui		
	Non		
c. Montant des primes payées par votre firme :		2 070 (marge d'erreur 5 %)	
d. Vos salariés ont-il contribué à une assurance maladie privée ?	Non		
	Oui →	Combien ?	2/3 par
		Est-ce inclus au poste 2c ?	Oui
			Non
e. Quels types de services de santé sont couverts ? (Encercler toutes les réponses applicables.)	X	Soins curatifs en milieu hospitalier	
	X	Soins curatifs en hospitalisation de jour	
	X	Soins curatifs en mode ambulatoire	
	X	Services médicaux et diagnostiques courants	
	X	Soins médicaux - santé mentale et toxicomanie	
	X	Interventions chirurgicales ambulatoires	
	X	Soins dentaires ambulatoires	
	X	Autres soins de santé spécialisés	
	X	Autres soins curatifs ambulatoires	
	X	Services de soins curatifs à domicile	
	X	Services de réadaptation en mode ambulatoire	
	X	Services de réadaptation en hospitalisation de jour	
	X	Soins de réadaptation ambulatoires	
	X	Services de soins de réadaptation à domicile	
	X	Soins infirmiers en milieu hospitalier de longue durée	
	X	Soins infirmiers de longue durée en hospitalisation de jour	
	X	Soins infirmiers de longue durée : soins à domicile	

X	Laboratoire clinique	
X	Imagerie diagnostique	
X	Transports sanitaires et secours d'urgence	
X	Autres services auxiliaires	
X	Médicaments délivrés sur ordonnance	
X	Médicaments en vente libre	
X	Autres biens médicaux non durables	
X	Lunetterie et autres produits d'optique	
X	Appareils orthopédiques et autres prothèses	
X	Appareils auditifs	
X	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants	
X	Autres biens médicaux durables	

3. Pendant la période du rapport, est-ce que votre firme a remboursé les salariés pour leurs dépenses médicales ?

Oui		
Non →	(Passer à la question 4.)	

a. Combien votre firme a-t-elle remis aux salariés en remboursements directs ?

RIEN

b. Quels types de services de santé votre firme rembourse-t-elle ? (Encercler toutes les réponses applicables.)

X	Services en milieu hospitalier	
X	Services en mode ambulatoire	
X	Médicaments	
X	Autres	

c. Est-ce que votre firme comptabilise le montant utilisé pour rembourser les services achetés dans des établissements de soins privés et publics ?

Oui →	Établissements publics	
	Établissements privés	
Non		

4. Pendant la période du rapport, est-ce que votre firme a fourni des services de santé sur place aux salariés ?

Oui		
Non →	(Passer à la question 5.)	

a. Combien votre firme a-t-elle dépensé pour fournir des services de santé sur place ?

3 024 (marge d'erreur 5 %)

b. Est-ce que l'État ou une quelconque organisation non gouvernementale contribue aux frais de vos centres de santé ? Dans l'affirmative, combien ?

Oui →	Combien ?	
Non		

c. Combien de centres de santé votre société entretient-elle ? Où sont-ils situés dans le pays ?

d. Quels types de services de santé sont disponibles dans ces centres ? (Encercler toutes les réponses applicables.)

X	En milieu hospitalier	
X	En mode ambulatoire	
X	Médicaments	
X	Autres	

e. Est-ce que les salariés paient pour les services et/ou les médicaments fournis par ces centres de santé ?

Oui →	Combien ?	
Non		

5. Est-ce que l'État ou une autre organisation contribue aux prestations de santé fournies par votre firme ?

Oui →	Combien ?	
Non		

Question 3a

Examinez le Document joint 7b.3, le questionnaire relatif à l'aide extérieure.

Laquelle des dépenses indiquées dans l'enquête serait inscrite dans le tableau HF X HP ?

Réponse

Question 3b

Comment classeriez-vous ces dépenses ?

Réponse

Question 4a

Document joint 7b.3
Système national de comptes de la santé de Susmanie : Gouvernement de la Susmanie/Enquête du Ministère de la Santé sur les contributions externes à la santé

Instructions : Le Ministère de la Santé conduit une étude visant à estimer le montant total du financement de la santé en Susmanie et la façon dont les fonds de ce secteur sont transmis des sources aux utilisateurs. Dans l'espace ci-dessous, indiquer les projets que votre organisation supporte, le montant de vos contributions en 1999 et le(s) nom(s) des institutions ayant bénéficié de vos contributions. Comme nous tenons particulièrement à savoir qui a utilisé vos contributions, il faut être précis. Par exemple, si des contributions ont été faites à l'État, indiquer si l'institution bénéficiaire était le MdS, le MdE, etc. Si des équipes de santé au niveau du district étaient les bénéficiaires, indiquer lesquelles. Indiquer également les ONG qui ont reçu du soutien. Merci.

Les informations communiquées seront traitées de manière strictement confidentielle.

1. Informations générales

Nom du bailleur :	AGRÉGATION
Nom du répondant :	
Date :	
Numéro de téléphone :	
Période du rapport – Année civile 1999 ou :	

2. Financement du projet pendant la période actuelle du rapport (montrer seulement les fonds réellement déboursés)

Titre du projet	Montant contribué (Utiliser la devise la plus pratique)	Institution(s) bénéficiaire(s)
1. Programme bilatéral de planification familiale avec le Ministère de la Santé	1 538	Ministère de la Santé
2. Programme de dépistage du projet Hope	1 653	Croissant rouge de Susmanie
3. Campagne de cessation du tabagisme – test pilote du projet Hope	300	Direction de la Santé de la Région côtière
4. Hôpital local de Médecins sans Frontières	599	Dons directs
5. Total	4 090	
(Ajouter une autre feuille pour des projets supplémentaires)		

3. Indiquer le montant que votre organisation a dépensé pendant la période actuelle du rapport pour supporter vos activités (c. à d., administration, soutien du programme) en Susmanie et le montant dépensé en assistance technique non inclus dans les montants ci-dessus. (Identifier la devise.) RIEN

Examinez le Document joint 7b.4, la Tabulation spéciale de l'enquête sur les ménages.

Laquelle des catégories de dépenses peut être inscrite dans le tableau HF x HP ?

Réponse

Question 4b

D'après les dossiers d'admission des patients, 60 % des ménages se rendent dans des cliniques privées contre 40 % dans des cliniques publiques, alors que 40 % des ménages se rendent dans des centres hospitaliers privés contre 60 % dans des centres hospitaliers publics.

Réponse

Document joint 7b.4
Système national de Comptes de la Santé de Susmanie : Tabulation spéciale de l'Enquête sur les ménages

Catégorie de dépense	Montant
Paiements à l'ANA	11 626
Paiements à des compagnies d'assurances privées	4 400
Ticket modérateur - hôpitaux	13 643
Ticket modérateur - polycliniques	11 965
Achats de médicaments sur ordonnance	41 042
Paiements à d'autres prestataires	19 763
Total	102 439

Préparé par la Commission des Statistiques de Susmanie le 28/05/2000

NOTA : Les estimations ont une marge d'erreur de 5 %, soit une tolérance à un niveau de confiance de 95 %

7c. Étude de cas sur la Susmanie III – Alimentation en données des tableaux HF x F et HP x F

En utilisant la feuille de travail/le tableau combiné distribué par le formateur, lisez les questions suivantes et inscrivez les estimations de dépenses appropriées dans le tableau vierge.

Pour créer les deux tableaux HF x HC et HP x HC, les équipes de CNS pensent généralement qu'il est plus facile de commencer le processus en essayant de construire un tableau combiné HF x HP x HC. La première étape, qui a été réalisée pour vous, consiste à organiser les en-têtes généraux des lignes et des colonnes (cf. feuille de travail). Assumez que vous avez déjà alimenté en données le tableau HF x HP et que, par conséquent, vous disposez des totaux pour les Agents de financement et pour les Prestataires de soins*.

Totaux pour les agents de financement (extraits du tableau HF x HP)		
Code CNS	Entité	Montant des dépenses
HF.1.1.1.1	MdS	7 839
HF.1.1.1.3	MdD	8 569
HF.1.1.1.2	Collectivité locale	41
HF.1.1.2	ANA	20 802
HF.2.1.1	Assurance groupe fonctionnaires	109
HF.2.3	Ménages	308
	TOTAL	37 668

Totaux pour les prestataires (extraits du tableau HF x HP)		
Code CNS	Entité	Montant des dépenses
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS	9 387
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du Ministère de la Défense	8 569
HF.1.1.2	Hôpitaux généraux régionaux	19 712
	Total	37 668

Vous recevez les données ci-dessous et savez que ces montants doivent être introduits dans le tableau. Vous êtes agréablement surpris d'apprendre que ce travail a déjà été fait pour vous (par la fée du CNS !).

Hôpitaux généraux régionaux	Ménages	ANA	Programme d'assur. fonctionnaires (AGF)
Soins avec hospitalisation	0	9 422	60
Soins ambulatoires	201	4 640	49
Total	201	14 062	109

[1] Notez que cette étude de cas est une version abrégée du tableau complet pour la Susmanie ; elle ne comprend pas les guérisseurs traditionnels, les cliniques des employeurs, les pharmacies et les hôpitaux des donateurs.

Exercice 1

Placez les totaux ci-dessus dans les cases appropriées de votre modèle de tableau combiné.

Reponses

Exercice 2a

Les archives des hôpitaux généraux du MdS produisent les totaux suivants (pour tous les centres hospitaliers du MdS combinés) :

- Frais généraux (FG) (3 676 Cr). Vous apprenez que l'estimation des frais généraux comprend la formation de capital à hauteur de 717 Cr.
- Le TOTAL des dépenses pour les patients hospitalisés était de 4 693 Cr.
- Les soins aux patients en mode ambulatoire s'élevaient à 1 018Cr.

Comment affecterez-vous ces estimations dans les cases appropriées du tableau ?
Où l'estimation relative à la formation de capital doit-elle être inscrite ?

Réponse

Exercice 2b

Comment traitez-vous l'estimation des frais généraux ?

Réponse

Exercice 2c

Enfin, entrez les estimations des dépenses des patients traités en milieu hospitalier et des patients traités en mode ambulatoire.

Réponse

Exercice 3a

En termes des HF qui contribuent aux centres hospitaliers du MdS,

L'enquête sur les ménages vous apprend que les ménages paient 107 Cr dans les centres hospitaliers du MdS, et que le montant total de tels paiements est constitué par le ticket modérateur pour les soins aux patients ambulatoires. Où placeriez-vous cette estimation dans votre tableau ?

Réponse

Exercice 3b

Vous apprenez que l'ANA a remboursé le MdS pour les services dont ont bénéficié les détenteurs de polices d'assurances de l'ANA. Le total des paiements de l'ANA au MdS s'élève à 6 740 Cr ; 88 pour cent de ce montant correspond aux soins thérapeutiques des patients hospitalisés et le solde aux soins thérapeutiques des patients ambulatoires. Placez la contribution de l'ANA aux centres hospitaliers du MdS dans les cases appropriées du tableau.

Réponse

Exercice 3c

Vous apprenez que la seule autre organisation contribuant au soutien des établissements du MdS est le MdS lui-même. Quelle est la part des dépenses du MdS qui est affectée à ses centres hospitaliers ?

Réponse

Et comment peut-on ventiler ce poste de dépenses par fonctions ? Vous apprenez que le MdS paie tous les coûts de formation de capital pour ses établissements.

Réponse

Exercice 4a

Pour les hôpitaux des collectivités locales :

Les statistiques des hôpitaux régionaux indiquent que leurs dépenses TOTALES s'élèvent à 19 712 Cr. Ce chiffre est ventilé fonctionnellement en 12 419 Cr pour les patients hospitalisés et 7 293 Cr pour les patients ambulatoires. Placez ces estimations dans les cases appropriées.

Réponse

Exercice 4b

Vous apprenez que les collectivités locales ont dépensé 41 Cr au total dans leurs propres hôpitaux. Le MdS paie 5 299 Cr au total pour les centres hospitaliers régionaux. Cependant, la ventilation fonctionnelle pour ces deux HF n'est pas connue. *Vous savez également que ces deux HF sont les seuls qui restent (c. à d., qui n'ont pas été comptabilisés précédemment) et qui apportent des contributions aux hôpitaux régionaux.*

Que faites-vous ? Comment comptabilisez-vous les dépenses fonctionnelles des collectivités locales et du MdS dans les hôpitaux régionaux ?

Réponse

Technique d'estimation.

Exercice 5a

Vous recevez la ventilation suivante des dépenses dans les hôpitaux généraux du MdD. La ventilation ne correspond pas exactement aux catégories CICS.

- Une étude des coûts effectuée par l'université ChrisJay a estimé que le rapport entre les coûts des patients hospitalisés et ceux des patients ambulatoires est de 3 à 1.
- Vous apprenez que le MdD est la seule organisation qui contribue aux dépenses de ces hôpitaux.

Comment classeriez-vous ces dépenses dans les catégories fonctionnelles CICS ?

Réponse

Exercice 5b

Quelles estimations de dépenses utiliseriez-vous ? Inscrivez-les dans le tableau.

Réponse

Exercice 6

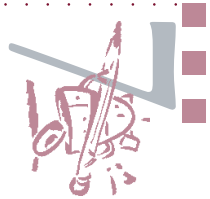
Maintenant que vous disposez du tableau combiné complété, votre tâche suivante consiste à séparer les dépenses entre 1) le tableau HF x HC et 2) le tableau HP x HC (aux fins de cet exercice, la fée du CNS a complété ce tableau pour vous). Utilisez le nouveau document pour compléter le tableau HF x HC.

Table 7.6 : Détaille des dépenses des hôpitaux généraux du MdD

	Dépenses des hôpitaux généraux du MdD	
7.01.01	Salaires	1 963
7.01.02	Médicaments	1 227
7.01.03	Laboratoires et radiologie	981
7.01.04	Frais généraux	573
7.01.05	Repas	41
7.01.06	Blanchisserie	40
7.01.07	Maintenance	900
7.01.08	Construction	717
7.01.09	Services de gardiennage	491
7.01.10	Équipements médicaux	1 636
	Dépense Totales	8 569

Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total	Comparaison HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages		
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du MdD								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Hôpitaux généraux régionaux				14 062	109	201		
	HC.1.1 Soins curatifs en mode hospitalier				9 422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire				4 640	49	201		
Total des dépenses FA		0	0	0	14 062	109	201	0	
Comparaison HF x HP									

Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions								
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Gob. Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages	
	HC							
	HC							
	HC							
	HCR							
Gasto Total HF					4 640	49	201	
Comp contr HF x HP		7 839	8 569	41	20 802	109	308	37 668



7a. Étude de cas sur la Susmanie I – Alimentation en données du tableau FS x HF

Question 1

Commencez par alimenter le tableau en ventilant les fonds HF par leur source d'origine ; p. ex., Revenus de l'Adm. centrale, revenus du secteur privé et fonds du reste du monde. Pour ce faire, commencez par analyser les HF du secteur public. Après des recherches et enquêtes approfondies, vous apprenez que :

- le MdE et le MdD sont financés exclusivement par le MdF.
- Les donateurs ont donné 1 538 Cr au MdS. Et vous apprenez que le MdS est financé exclusivement par deux sources : le MdF et les donateurs.

Quelles cases pouvez-vous remplir pour le MdE, le MdD et le MdS en fonction de ces informations ?

Réponse

- Pour les cases du MdE et du MdD :

  Comme vous savez que le MdE et le MdD ne sont financés que par UNE SEULE source, vous pouvez copier les totaux de leurs rangées dans les cases Adm. centrale x MdE et Adm. centrale x MdD.

  - Placez 329 pour le MdE dans la case Adm. centrale x MdE
  - Placez 635 pour le MdD dans la case Adm. centrale x MdD

- Pour les cases du MdS :

  Comme vous savez que les donateurs ont donné 1 538 Cr au MdS, vous pouvez placer ce montant dans la case Reste du monde x MdS.

  Comme vous savez aussi que le MdS n'obtient son financement QUE DE DEUX SOURCES, il s'ensuit logiquement que les autres fonds [total du MdS (32 096) – montant donné par les donateurs (1 538) = 30 558] reçus par le MdS doivent être placés dans la case **Adm. centrale x MdS (30 558)**

Question 2a

Le MdS est habituellement un agent de financement, mais dans certains cas il peut être une source de financement : en Susmanie, l'équipe apprend que le MdS donne des subventions à la collectivité locale (986 Cr) et à l'ANA (1 106 Cr).

a) Où comptabilisez-vous les fonds ainsi donnés ?

Réponse

Comme dans ce cas le MdS est une SOURCE de fonds, vous devrez créer une seconde colonne dans la catégorie des Revenus de l'Adm. centrale. Cette seconde colonne sera « S.1.1.2 MdS » et la première colonne sera S.1.1.1 MdF (assurez-vous que les montants de la première question sont placés dans cette colonne).

- Vous pouvez maintenant placer le montant de 986 Cr. dans la case MdS x Collectivité locale et
- Vous pouvez placer le mondant de 1 106 pour les subventions dans la case **MdS x ANA.**

Question 2b

Sur la base de ces informations, comment réduirez-vous le chiffre TOTAL HF pour le MdS ?

Réponse

Rappelez-vous que sur la liste originale des dépenses totales pour chaque partie intéressée, le MdS a indiqué avoir dépensé 32 096 Cr. Ce montant a été automatiquement affecté à la case du total de la rangée pour le MdS comme agent de financement. Cependant, lorsque le MdS a également commencé à agir comme « source de financement », le total de la rangée pour le MdS comme HF a dû être réduit. Vous devrez soustraire les dépenses du MdS comme source (986+1 106=2 092) du montant de 32 096. Par conséquent, le nouveau total pour le **MdS comme agent de financement** est 32 096-2 092 = **30 004**.

Question 2c

Complétez les autres cellules POSSIBLES pour le MdS comme agent de financement.

Réponse

Avec le nouveau total pour le MdS comme agent de financement, le montant estimé auparavant (estimé en soustrayant le total de la rangée du MdS – montant reste du monde) **pour MdF x MdS** devra être modifié. Utilisez maintenant le nouveau total de la rangée du MdS et soustrayez le montant RdM ; par conséquent, 30 004-1 538= **28 466**

Question 3a

Votre équipe constate que le MdS rembourse (11 772 Cr) aux collectivités locales pour les services hospitaliers fournis aux chômeurs (pour le compte du MdS). Notez que les collectivités locales obtiennent leurs fonds pour la santé des impôts régionaux et du MdS.

Quel est l'agent de financement dans ce cas ? Le MdS ou les collectivités locales ?

Réponse

Le MdS est l'agent de financement (HF), parce qu'il contrôle où l'argent est utilisé et demande à l'hôpital de la collectivité locale de servir de conduit ou d'intermédiaire pour le compte du MdS.

Question 3b

Ce montant (11 772 Cr) a été compté deux fois : une fois avec le MdS et une fois avec les collectivités locales. Comment éliminez-vous ce problème de comptabilisation par les collectivités locales ?

Réponse

Soustrayez le montant de 11 772 du total original de la rangée des collectivités locales, qui est de 21 015. Par conséquent, le nouveau **total x case collectivité locale** sera de 21 015-11 772= **9 243.**

Question 3c

Où placez-vous le montant restant pour les collectivités locales (c. à d., non affecté aux subventions ou remboursements) ?

Réponse

Consultez les informations fournies dans la question, à savoir que les collectivités locales reçoivent leurs fonds de deux sources seulement : les impôts locaux et le MdS. Comme les participants ont déjà examiné le MdS, ils savent que le solde des impôts locaux sera de 9 243-986=**8 257.** Ces impôts locaux seront reflétés dans la collectivité locale comme source de financement, et une nouvelle colonne devra être créée, et le montant devra être placé dans une case « **collectivité locale x collectivité locale ».**

Question 4a

Passons à l'Agence Nationale d'Assurances.

Où placerez-vous les « intérêts capitalisés » (566 Cr), qui sont utilisés pour aider à payer les prestations et les frais généraux de l'ANA ?

Réponse

Créez une autre catégorie « Autre » dans les colonnes de sources publiques (FS 1.2 autres fonds publics). L'intérêt créditeur est inclus parce qu'il est utilisé pour servir aux bénéficiaires de prestations de santé (c. à d., c'est une dépense de santé). Placez le montant de **566** dans la case **FS 1.2 autres fonds publics x ANA.**

Question 4b

L'ANA n'a pas comptabilisé la proportion de revenus qu'elle reçoit des employeurs et des employés. Cependant, vous apprenez que la norme dans le secteur public est un rapport employeurs/employés de 3/1. Affectez le solde entre employeurs et employés (moins l'intérêt créditeur et la subvention du MdS). Notez qu'il s'agit d'une ESTIMATION.

Réponse

Les experts du CNS suggèrent l'utilisation d'un rapport standard de 3/1 pour diviser le solde [60 837-(1 106+566)=59 165] entre employeurs et employés.

Par conséquent, les employés (ou les ménages) contribuent environ 59 165/4= **14 791.** Ce montant doit être placé dans la case **Ménages x ANA.**

Le Fonds des employeurs sera : 14 791 x 3= **44 374** et ce montant est placé dans la case **Employeur x ANA.**

Question 5

Assurances Groupe Fonctionnaires (AGF) : programme d'assurances réservé aux fonctionnaires ; il reçoit des fonds de l'État et des fonctionnaires.

Le programme AGF ne peut pas distinguer entre les contributions de l'employeur (nota : l'État peut être l'employeur privé) et de l'employé. Les règles régissant le fonds stipulent qu'un quart des sommes sera payé par les employés, et le solde par l'employeur. Comment répartiriez-vous le total de 563 Cr ?

Réponse

Utilisez la même technique d'estimation technique qu'avant.

La contribution de l'employé est 563 x 0,25=**141** dans la case **Ménages x AGAP** x 0,75= **422** dans la case **Employeurs privés x AGAP.** Nota : Comme l'État ne fournit ici de prestations qu'aux fonctionnaires il est considéré comme un « employeur privé ».

Question 6

Programme d'Assurance des Employeurs Privé (PAEP)

La société PAEP ne peut pas non plus distinguer entre les contributions des employeurs et des employés. Comment affecteriez-vous TEMPORAIREMENT son total de 2 130 Cr ?

Réponse

L'approche temporaire permet de remplir temporairement les cases appropriées et d'y inscrire le chiffre approprié ultérieurement, une fois que des données complémentaires auront été recueillies.

Placez un « x » dans la case Employeur x Assurances groupe privées

Placez « 2 130-x » dans la case Ménages x Assurances groupe privées

Question 7

Quelle source finance les Assurances individuelles privées (AIP) (3 280 Cr) et où placeriez-vous ce montant ?

Réponse

Les ménages sont la source de financement des AIP. Placez 3 280 dans la case Ménages x Assurances individuelles.

Question 8

Votre équipe constate maintenant que le chiffre de l'enquête auprès des ménages pour les dépenses d'assurances varie considérablement par rapport aux estimations des compagnies d'assurances (que vous avez inscrites en réponse aux questions antérieures).

Chiffres indiqués par l'enquête auprès des ménages :
14 000 Cr à l'ANA
2 200 Cr à l'Assurance groupe privée
3 450 Cr à l'Assurance individuelle privée
Que feriez-vous donc avec ces estimations contradictoires ?

Réponse

Placez simplement les estimations de l'enquête auprès des ménages dans les mêmes cases que les estimations d'assurances antérieures. Vous devrez faire une enquête complémentaire pour déterminer les estimations qui sont les plus précises. Ce problème sera traité plus tard.

Placez donc **(14 000) h** dans la case **Ménages x ANA** à côté de l'estimation antérieure

Placez donc **(2 200) h** dans la case **Ménages x AGP** à côté de l'estimation antérieure

Placez donc **(3 450) h** dans la case **Ménages x Assurance individuelle privée** à côté de l'estimation antérieure

Question 9a

ONG
Reçoivent 1 653 Cr des donateurs

Réponse

Entrez ces estimations dans le tableau :

Il s'agit d'une écriture comptable simple : placez **1 653** dans la case **Reste du monde x ONG**

Question 9b

Reçoivent 1 235 Cr d'organisations caritatives locales

Réponse

Où devrait-on placer l'organisation caritative locale ? Créez une nouvelle colonne sous Fonds privés FS 2.3 Institutions sans but lucratif au service des ménages. Placez **1 235** sous FS 2.3 x HF 2.4 ONG

Question 10

Résolution du rapport de ventilation des assurances privées entre ménages et employeurs (x)

Une enquête auprès des employeurs fournit une deuxième estimation des primes payées aux assurances privées et indique la ventilation de ces primes entre employeurs/ employés (un tiers employeur / deux tiers ménages).

Réponse

À nouveau, comme nous avons deux estimations et ne savons pas laquelle est la plus précise (celle-ci ou l'estimation antérieure de l'enquête auprès des ménages), placez les estimations des firmes dans les mêmes cases.

Dans la case Employeurs x Assurances privées, placez 2 130/2 = 710

Dans la case Ménages x Assurances privées, placez 2 130-710 = 1420

Question 11a

Écriture comptable simple
Où entrez-vous ces montants ?
AZap a déclaré recevoir tous ses fonds (1 905 Cr) de ses propres bénéfices.

Réponse

a) Placez **1 905** dans la case **Employeurs x Entités semi-publiques**.

Question 11b

Les firmes dépensent 3 024 Cr dans leurs propres établissements.

Réponse

Placez **3 024** dans la case **Employer x Firmes privées**

Question 11c

MSF (donateur) finance ses propres établissements au coût de 599 Cr.

Réponse

Placez **599** dans la case **Reste du monde x Organisation extérieure**

Question 12a

Début du processus de réconciliation
Faites une somme temporaire des colonnes.

Réponse

Placez 29 430 dans la case MdF x Somme temporaire totale

Placez 2 092 dans la case MdS x Somme temporaire totale

Placez 8 257 dans la case Revenus des collectivités locales x Somme temporaire totale

Placez 566 dans la case Autres fonds publics x Somme temporaire totale

Placez 50 435 dans la case Fonds des employeurs x Somme temporaire totale

Placez un « ? » dans la case Fonds des ménages x Somme temporaire totale – rappelez-vous que vous ne savez toujours pas laquelle des deux estimations pour les ménages est correcte.

Placez 1 235 dans la case Institutions sans but lucratif x Somme temporaire totale.

Placez 3 790 dans la case Reste du monde x Somme temporaire totale.

Question 12b

Après avoir fait la somme temporaire, vous apprenez qu'une autre estimation pour le montant total financé par les donateurs (comme sources) s'élève à 8 180 Cr. Placez ce chiffre dans la rangée « Total estimé ».

Réponse

Placez **8 180** dans la case **Reste du monde x « total estimé »**

Question 13a

Réconciliation des montants

Vous apprenez que le rapport de l'ANA est plus fiable que l'estimation de l'enquête auprès des ménages parce que sa méthode comptable est plus fiable.

Quelle estimation devriez-vous conserver ?

Réponse

Par conséquent, conservez l'estimation de l'ANA de **14 791** dans la case **Ménages x ANA,** et **3 280** dans la case **Ménages x Assurance individuelle privée.**

Question 13b

Vous apprenez également que les enquêtes auprès des compagnies d'assurances ont des taux de réponse plus élevés que les enquêtes auprès des ménages et sont plus fiables. Quelle estimation devriez-vous conserver ?

Réponse

Conservez l'estimation de l'enquête auprès des compagnies d'assurances de **710** dans la case **Employeurs x PAEP** et le montant **1 420** dans la case **Ménages x PAEP.**

Question 13c

L'équipe du CNS termine l'analyse de l'enquête auprès des ménages pour la Susmanie ! Tout le monde est content et l'équipe déclare que les contributions des ménages se montent à 86 413 Cr – Très pratique ! Inscrivez ce montant à l'endroit approprié.

Réponse

Il s'agit d'une écriture comptable simple. Inscrivez **86 413** dans la case **Ménages x Ménages**.

Question 13d

Après avoir réexaminé le montant des dépenses des donateurs (8 180 Cr), vous apprenez que l'estimation comprend des dépenses d'alimentation et d'hygiène. Quelle estimation devriez-vous utiliser (8 180 Cr ou l'estimation de la somme temporaire) ?

Réponse

Rappelez-vous que les dépenses d'alimentation et d'hygiène sont des dépenses de santé « en rapport avec la santé » et ne sont pas comprises dans votre définition stricte des dépenses de soins de santé. Par conséquent, conservez l'estimation de **3 790 (somme temporaire)**.

Question 14

Étapes suivantes : DÉTERMINEZ SI LES TOTAUX DES RANGÉES ET DES COLONNES CORRESPONDENT.

Réponse

N'oubliez pas d'ajouter la colonne des fonds des ménages pour remplacer le « ? » par le nombre **106 045** dans la case **Ménages x Somme temporaire totale.**

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale				FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages			
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	**28 466**							**1 538**	**32 096**
HF.1.1.1.2	MdE	**329**								329
HF.1.1.1.3	MdD	**635**								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		**986**							21 015
HF.1.2	ANA		**1 106**							60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires									563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés									2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)									3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG									2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.2.5.2	Firmes privés									3 024
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales		FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages			
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	**28** 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	**8 257**						**21 015**
HF.1.2	ANA		1 106							60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires									563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés									2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)									3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG									2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.2.5.2	Firmes privés									3 024
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales	FS. 1.2 Autres Fonds publiques	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages			
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	**28** 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						21 015
HF.1.2	ANA		1 106		**566**	**44 374**	**14 791**			**60 837**
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires									563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés									2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)									3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG									2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.2.5.2	Firmes privés									3 024
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales	FS. 1.2 Autres Fonds publiques	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages			
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	**28** 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						21 015
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791			60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires					**422**	**141**			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					**X**	**2 130-X**			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						**3 280**			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG									2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.2.5.2	Firmes privés									3 024
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF

Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales	FS. 1.2 Autres Fonds publiques	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages			
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	**28** 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						21 015
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	**14 791 (14 000)h**			60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					X	**2 130- (2 200)h**			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						**3 280 (3 450)h**			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG									2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.2.5.2	Firmes privés									3 024
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales	FS. 1.2 Autres Fonds publiques	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS2,.3 Institution à b4t n6n 34crat5f		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	**28** 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						21 015
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h			60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					X	2 130- (2 200)h			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3 280 (3 450)h			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG							**1 235**	**1 653**	2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)									1 905
HF.2.5.2	Firmes privés									3 024
HF.3	Reste du munde									599
	Somme temporaire									
	Total estimé									

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales	FS. 1.2 Autres Fonds publiques	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS2,.3 Institution à b4t n6n 34crat5f		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						21 015
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	14 791 (14 000)h			60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					**710**	2 130- (2 200)h			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						3 280 (3 450)h			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages									82 092 -90 734
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)					**1 905**				1 905
HF.2.5.2	Firmes privés					**3 024**				3 024
HF.3	Reste du munde								**599**	599
	Somme temporaire	**29 430**	**2 092**	**8 257**	**566**	**50 435**	**?**	**1 235**	**3 790**	
	Total estimé								**8 180**	

Feuille de travail d'étude de cas sur la Susmanie I : Alimentation du tableau FS x HF										
Agents de financement		Sources de financement								Total
		FS.1 Fonds publics				FS.2 Fonds privés			FS.3 Fonds du Reste du monde	
		FS.1.1.1 Revenus de l'Adm. centrale		FS.1.1.2 Revenus des collecrivités locales	FS. 1.2 Autres Fonds publiques	FS.2.1 Fonds des employeurs	FS.2.2 Fonds des ménages	FS2,.3 Institution à b4t n6n 34crat5f		
		FS.1.1.1.1 MdF	FS.1.1.1.2 MdS							
HF.1.1.1.1	MdS	28 466							1 538	32 096
HF.1.1.1.2	MdE	329								329
HF.1.1.1.3	MdD	635								635
HF.1.1.2	Collectivité locale		986	8 257						21 015
HF.1.2	ANA		1 106		566	44 374	**14 791**			60 837
HF.2.1.1	Assurancesbgroupe fonctionnaires					422	141			563
HF.2.1.2	Assurances groupe employeurs privés					**710**	**1 420**			2 130
HF.2.2	Compagnies d'assurances privées (en dehors des assurances sociales)						**3 280**			3 280
HF.2.3	Frais médicaux, hors remboursement des ménages						**86 413**			86 413
HF.2.4	ONG							1 235	1 653	2 888
HF.2.5.1	Entreprises publiques industrielles et commerciales (AZap)					**1 905**				1 905
HF.2.5.2	Firmes privés					**3 024**				3 024
HF.3	Reste du munde								599	599
	Somme temporaire	**29 430**	**2 092**	**8 257**	**566**	**50 435**	**106 045**	1 235	**3 790**	
	Total estimé								**8 180**	

7b. Étude de cas sur la Susmanie II – Interprétation des données pour compléter le tableau HF x HP

Instructions

Sur la base des informations des enquêtes des pages qui suivent, répondez aux questions suivantes :

Question 1a

Examinez le Document joint 7b.1, le questionnaire relatif à l'assurance maladie.

Classez les termes en « caractères gras » dans les catégories CICS.

Réponse

HP.1.1.2.1 Hôpitaux généraux privés à but lucratif

HP 3.4.5.1 Centres de soins privés à but lucratif

HP.1.1.2.2 Hôpitaux généraux privés à but non lucratif

HP 3.4.5.2 Centres de soins privés à but non lucratif

Question 1b

Comme vous pouvez le voir dans le tableau Susmanie - Étude de cas - FS x HF, les compagnies d'assurances n'étaient pas en mesure de ventiler les prestations entre les détenteurs de polices d'assurances « groupe » et « individuelles ». Comment séparériez-vous les montants ?

Réponse

Le questionnaire a fourni des informations sur le nombre des membres inscrits dans des polices groupes et individuelles. La ventilation des membres inscrits dans des polices groupe et individuelles est 32 % - 68 %. Utilisez ce rapport pour ventiler les débours des cliniques et des hôpitaux privés.

Estimation des Payements des Prestataires pour Polices de Groupes et Individuelles			
		Groupe	**Individuel**
HP1.1.2.1 Hôpitaux généraux privés à but lucratif	123	0,32 x 123 = 39,36	0,68 x 123 = 83,64
HP3.4.5.1 Autres centres de soins privés à but lucratif	216	0,32 x 216 = 69,12	0,68 x 216 = 146,88
HP1.1.2.2 Hôpitaux généraux privés sans but lucratif	437	0,32 x 437 = 140	0,68 x 437 = 297
HP3.4.5.2 Autres centres de soins privés sans but lucratif	1 020	0,32 x 1 020 = 326,4	0,68 x 1 020 = 693,6

Question 2a

Examinez le Document joint 7b.2, le questionnaire relatif aux employeurs.

Laquelle des deux estimations de dépenses indiquées dans cette enquête serait inscrite dans le tableau HF x HP ?

Réponse

Le montant de 3 024 Cr est le plus pertinent, parce que c'est ce que la firme a dépensé en services de santé sur place. Dans ce cas, la firme serait l'agent de financement et ses établissements seraient les Prestataires ; ce montant serait donc utilisé pour un tableau HF x HP.

Question 2b

Comment classeriez-vous ces dépenses ? Quels codes de catégories CICS utiliseriez-vous ?

Réponse

Pour répondre à cette question, l'équipe du CNS devra examiner les questions de l'enquête pour déterminer si des informations ont été demandées sur **les types de services de santé fournis** par la société dans ses établissements. Nous apprenons que la société fournit des soins ambulatoires dans ces établissements.

Par conséquent, la classification est « HP 3.4 Centres de soins ambulatoires » OU « HP.3.4.5. Tous autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés ».

Question 3a

Examinez le Document joint 7b.3, le questionnaire relatif à l'aide extérieure.

Laquelle des dépenses indiquées dans l'enquête serait inscrite dans le tableau HF X HP ?

Réponse

Par conséquent, le seul montant utilisé dans le tableau HF x P est : Hôpital général (599)

Question 3b

Comment classeriez-vous ces dépenses ?

Réponse

La réponse est « HP.1.1.2.1 Hôpital d'ONG ». Ceci suppose que HP1.1.2 fait référence aux hôpitaux généraux privés (HP1.1.1. fait référence aux hôpitaux publics).

Question 4a

Examinez le Document joint 7b.4, la Tabulation spéciale de l'enquête sur les ménages.

Laquelle des catégories de dépenses peut être inscrite dans le tableau HF x HP ?

Réponse

- Ticket modérateur dans les hôpitaux (13 643 Cr)
- Ticket modérateur dans les cliniques pluridisciplinaires (11 965 Cr)
- Achat de médicaments prescrits sur ordonnance (41 042 (vous pouvez utiliser ce montant (41 042 Cr) pour couvrir le coût total supporté par les pharmaciens [Prestataires].)
- Paiements à d'autres professionnels de la santé (19 763 Cr)

Question 4b

D'après les dossiers d'admission des patients, 60 % des ménages se rendent dans des cliniques privées contre 40 % dans des cliniques publiques, alors que 40 % des ménages se rendent dans des centres hospitaliers privés contre 60 % dans des centres hospitaliers publics.

Réponse

- Pour les cliniques : PRIVÉ 60 % / PUBLIC 40 %
- Pour les cliniques :11 965 (ticket modérateur à la clinique pluridisciplinaire)/5=2 393
- Pour obtenir les dépenses privées : 2 393x3=7 179
- Pour obtenir les dépenses publiques : 2 393x2= 4 786

Pour les hôpitaux : PRIVÉ 2 / PUBLIC 3.

- 13 643 (ticket modérateur payé aux hôpitaux)/5 = 2 728,6 ;
- Pour obtenir les dépenses privées : 2 728,6 x 2=5 457,20
- Pour obtenir les dépenses publiques : 2 728,6 x 3 =8 185,80

7c. Étude de cas sur la Susmanie III – Alimentation en données des tableaux HF x F et HP x F

Exercice 1

Placez les totaux ci-dessus dans les cases appropriées de votre modèle de tableau combiné.

Reponses

Les totaux des rangées (spécifiquement la case de comparaison avec HF x HP) des tableaux combinés doivent inclure les estimations ci-dessus pour les Prestataires. Les totaux des colonnes (spécifiquement la case de comparaison avec HF x HP) doivent inclure les estimations ci-dessus pour les agents de financement. Par conséquent :

- 9 387 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP » x Hôpitaux généraux du MdS.
- 8 569 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP » x Hôpitaux du MdD.
- 19 712 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP » x Hôpitaux généraux régionaux.
- 37 668 doit être placé dans la case « Comparaison - HF x HP »" x « Dépenses totales HF ».
- 7 839 doit être placé dans la case MdS x « Comparaison - HF x HP ».
- 8 569 doit être placé dans la case MdD x « Comparaison – HF x HP ».
- 41 doit être placé dans la case Collectivité locale x « Comparaison - HF x HP ».
- 20 802 doit être placé dans la case ANA x « Comparaison - HF x HP ».
- 109 doit être placé dans la case Assurances groupe fonctionnaires x « Comparaison - HF x HP ».
- 308 doit être placé dans la case Ménages x « Comparaison - HF x HP ».
- 37 668 doit être placé dans la case Total x « Comparaison - HF x HP ».
- Vous recevez les données ci-dessous et savez que ces montants doivent être introduits dans le tableau. Vous êtes agréablement surpris d'apprendre que ce travail a déjà été fait pour vous (par la fée du CNS !).

Hôpitaux généraux régionaux	Ménages	ANA	Programme d'assur. fonctionnaires (AGF)
Soins avec hospitalisation	0	9 422	60
Soins ambulatoires	201	4 640	49
Total	201	14 062	109

Exercice 2a

Les archives des hôpitaux généraux du MdS produisent les totaux suivants (pour tous les centres hospitaliers du MdS combinés) :

- Frais généraux (FG) (3 676 Cr). Vous apprenez que l'estimation des frais généraux comprend la formation de capital à hauteur de 717 Cr.
- Le TOTAL des dépenses pour les patients hospitalisés était de 4 693 Cr.
- Les soins aux patients en mode ambulatoire s'élevaient à 1 018Cr.

Comment affecterez-vous ces estimations dans les cases appropriées du tableau ?
Où l'estimation relative à la formation de capital doit-elle être inscrite ?

Réponse

L'estimation de 717 Cr fait référence à la formation de capital : Est-ce une catégorie Prestataire ou Fonction ? Réponse : Fonction.

- Par conséquent, classez-la d'abord comme : HCR.1 Formation de capital (listez ceci dans l'en-tête de rangée fonctionnelle sous le Prestataire approprié).
- Comme nous ne savons pas spécifiquement quel agent de financement a contribué à la formation de capital de l'hôpital (nous ne pouvons pas simplement assumer que c'est le MdS à ce moment), l'estimation de 717 est placée dans la case « TOTAL de la colonne x Formation de capital des hôpitaux du MdS ».

Exercice 2b

Comment traitez-vous l'estimation des frais généraux ?

Réponse

Les dépenses FG sont de 3 676-717= 2 959 ; mais comment classez-vous les dépenses FG ? Selon le CNS, les dépenses FG N'ONT PAS de catégorie propre. Les dépenses administratives d'un Prestataire ne sont PAS affectées à la Fonction HC.7 (Administration de la santé et assurance maladie), qui comprend seulement les dépenses concernant le MdS aux niveaux central et provincial (pas le Prestataire !). Au lieu de cela, le montant de 2 959 est inclus dans le coût des services fournis. Par conséquent, l'estimation de 2 959 pour FG doit être affectée aux dépenses pour les soins en mode ambulatoire et en milieu hospitalier. Ceci sera résolu dans la question suivante.

Exercice 2c

Enfin, entrez les estimations des dépenses des patients traités en milieu hospitalier et des patients traités en mode ambulatoire.

Réponse

Commencez par **classer** et ajouter les rangées Fonctionnelles pour les catégories Soins curatifs en milieu hospitalier (**HC 1.1**) et Soins curatifs en mode ambulatoire (**HC 1.3**).

Vous apprenez que les dépenses des patients traités en milieu hospitalier représentent 82,2 pour cent des dépenses totales (soins en milieu hospitalier + mode ambulatoire seulement [4 693 +1 018= 5 711]) dans les hôpitaux du MdS (4 693/5 711). *Par conséquent, le montant GA qui est ajouté aux dépenses pour le traitement des patients en milieu hospitalier est de 0,822 x 2 959 = 2 432.* ***Le total pour les soins en milieu hospitalier devient 2 432+4 693= 7 125***

Vous déterminez que les dépenses pour les soins en mode ambulatoire représentent 17,8 pour cent des dépenses totales (soins en milieu hospitalier + mode ambulatoire seulement) dans les hôpitaux du MdS (1 018/5 711). Par conséquent, le montant GA qui est ajouté aux dépenses pour les soins en mode ambulatoire est de 0,178 x 2 959= 527. **Le total pour les soins en mode ambulatoire est donc de 527 + 1 018 = 1 545.**

Par conséquent, le montant de 7 125 doit être placé dans la case « total de la colonne x soins en milieu hospitalier dans les hôpitaux du MdS ». Le nombre 1 545 doit être placé dans la case « total x soins en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS ».

Exercice 3a

En termes des HF qui contribuent aux centres hospitaliers du MdS,

L'enquête sur les ménages vous apprend que les ménages paient 107 Cr dans les centres hospitaliers du MdS, et que le montant total de tels paiements est constitué par le ticket modérateur pour les soins aux patients ambulatoires. Où placeriez-vous cette estimation dans votre tableau ?

Réponse

Placez 107 **dans** la case Ménages x soins en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS.

Exercice 3b

Vous apprenez que l'ANA a remboursé le MdS pour les services dont ont bénéficié les détenteurs de polices d'assurances de l'ANA. Le total des paiements de l'ANA au MdS s'élève à 6 740 Cr ; 88 pour cent de ce montant correspond aux soins thérapeutiques des patients hospitalisés et le solde aux soins thérapeutiques des patients ambulatoires. Placez la contribution de l'ANA aux centres hospitaliers du MdS dans les cases appropriées du tableau.

Réponse

Le remboursement de l'ANA pour les soins curatifs en milieu hospitalier est de 0,88 x 6 740= **5 931**.

Placez ce chiffre dans la case **ANA x soins curatifs en milieu hospitalier dans les hôpitaux du MdS**.

Le remboursement de l'ANA pour les soins curatifs en mode ambulatoire est 0,12 x 6 740= **809**. Placez ce chiffre dans la case **ANA x soins curatifs en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS**

Exercice 3c

Vous apprenez que la seule autre organisation contribuant au soutien des établissements du MdS est le MdS lui-même. Quelle est la part des dépenses du MdS qui est affectée à ses centres hospitaliers ?

Réponse

Pour déterminer la part du MdS :

- Prenez les totaux des rangées et soustrayez les contributions des ménages et de l'ANA.
- Par conséquent, pour le montant total des contributions du MdS : 9 387 - (107+6 740) = **2 540**, qui doit être placé dans la case **MdS x Hôpitaux généraux du MdS**.

Et comment peut-on ventiler ce poste de dépenses par fonctions ? Vous apprenez que le MdS paie tous les coûts de formation de capital pour ses établissements.

Réponse

- Pour la contribution du MdS aux soins curatifs en milieu hospitalier : 7 125 - (0+5 931) = **1 194** (dans la case **MdS x soins curatifs en milieu hospitalier dans les hôpitaux du MdS**)
- Pour la contribution du MdS aux soins curatifs en mode ambulatoire : 1 545 - (107+809) = **629** (dans la case **MdS x soins curatifs en mode ambulatoire dans les hôpitaux du MdS**)
- Placez le montant 717 dans la case MdS x MdS HCR 1 Formation de capital.
- À présent, déterminez si les totaux des rangées pour les centres hospitaliers du MdS sont corrects.

Exercice 4a

Pour les hôpitaux des collectivités locales :

Les statistiques des hôpitaux régionaux indiquent que leurs dépenses TOTALES s'élèvent à 19 712 Cr. Ce chiffre est ventilé fonctionnellement en 12 419 Cr pour les patients hospitalisés et 7 293 Cr pour les patients ambulatoires. Placez ces estimations dans les cases appropriées.

Réponse

Il s'agit d'une écriture comptable très simple :

Le montant total (19 712 Cr) doit être placé dans la case « Total x total des hôpitaux des collectivités locales ».

Le montant des soins curatifs en milieu hospitalier (12 419 Cr) doit être placé dans la case « Total x total des soins en milieu hospitalier des collectivités locales ».

Le montant des soins curatifs en mode ambulatoire (**7 293 Cr**) doit être placé dans la case **« Total x total des soins en mode ambulatoire des collectivités locales ».**

Exercice 4b

Vous apprenez que les collectivités locales ont dépensé 41 Cr au total dans leurs propres hôpitaux. Le MdS paie 5 299 Cr au total pour les centres hospitaliers régionaux. Cependant, la ventilation fonctionnelle pour ces deux HF n'est pas connue. *Vous savez également que ces deux HF sont les seuls qui restent (c. à d., qui n'ont pas été comptabilisés précédemment) et qui apportent des contributions aux hôpitaux régionaux.*

Que faites-vous ? Comment comptabilisez-vous les dépenses fonctionnelles des collectivités locales et du MdS dans les hôpitaux régionaux ?

Réponse

Technique d'estimation.

- Le solde non affecté pour les soins curatifs en milieu hospitalier est 12 419 - (0+9 422+60) = 2 937
- Le solde non affecté pour les soins curatifs en mode ambulatoire est 7 293 - (201+4 640+49) = 2 403
- Le solde TOTAL non affecté pour les hôpitaux régionaux est 19 712 - (201+14 062+109) = 5 340
- Par conséquent, les dépenses non affectées pour les soins en milieu hospitalier sont 2 937/5 340 = 55 % du total pour les hôpitaux régionaux.
- Les dépenses non affectées pour les soins en mode ambulatoire sont donc 2 403/5 340 = 45 % du total pour les hôpitaux régionaux.
- Comme nous n'avons pas d'informations sur la ventilation des dépenses entre collectivités locales et MdS, utilisez le même rapport 55/45 qui n'est pas affecté.

  Par conséquent : soins curatifs en mode ambulatoire des collectivités locales = 0,55x 41 = 23 ; et soins curatifs en milieu hospitalier des collectivités locales = 0,45x41 = 18 — 23 Cr doit être placé dans la case Collectivités locales x soins curatifs en milieu hospitalier des hôpitaux régionaux et 18 Cr doit être placé dans la case Collectivités locales x soins curatifs en mode ambulatoire des hôpitaux régionaux).

  Les soins curatifs en milieu hospitalier du MdS sont : 0,55 x 5 299 = 2 914, et les soins curatifs en mode ambulatoire du MdS sont 0,45 x 5 299 = 2 385 (2 914 Cr doit être placé dans la case MdS x soins curatifs en milieu hospitalier du MdS ; 2 385 Cr doit être placé dans la case MdS x soins curatifs en mode ambulatoire du MdS)
- À présent, déterminez si les totaux des rangées pour les centres hospitaliers du MdS sont corrects.

Exercice 5a

Vous recevez la ventilation suivante des dépenses dans les hôpitaux généraux du MdD. La ventilation ne correspond pas exactement aux catégories CICS.

- Une étude des coûts effectuée par l'université ChrisJay a estimé que le rapport entre les coûts des patients hospitalisés et ceux des patients ambulatoires est de 3 à 1.
- Vous apprenez que le MdD est la seule organisation qui contribue aux dépenses de ces hôpitaux.

Comment classeriez-vous ces dépenses dans les catégories fonctionnelles CICS ?

Détaille des dépenses des hôpitaux généraux du MdD		
	Dépenses des hôpitaux généraux du MdD	
7.01.01	Salaires	1 963
7.01.02	Médicaments	1 227
7.01.03	Laboratoires et radiologie	981
7.01.04	Frais généraux	573
7.01.05	Repas	41
7.01.06	Blanchisserie	40
7.01.07	Maintenance	900
7.01.08	Construction	717
7.01.09	Services de gardiennage	491
7.01.10	Équipements médicaux	1 636
	Dépense Totales	8 569

Réponse

Les estimations des postes comptables peuvent être combinées en quatre classifications fonctionnelles du CNS qui nécessiteront leurs propres rangées et classifications dans le tableau : 1) HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier, 2) HC 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire, 3) HC4. Services auxiliaires aux soins médicaux, 4) HCR1 Formation de capital pour les institutions prestataires de soins de santé.

Les postes suivants doivent être divisés selon le rapport 3/1 entre HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier & HC 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire :

- Salaires (0,75x1 963=1 472-soins en mode hospitalier ; 491-soins en mode ambulatoire),
- Médicaments (0,75x1 227=920- soins en mode hospitalier ; 307- soins en mode ambulatoire) Justification : les hôpitaux n'ont parfois qu'une seule pharmacie fournissant des médicaments à la fois pour les patients hospitalisés et pour les patients ambulatoires),
- Frais généraux (0,75x573=430-soins en mode hospitalier ; 143-soins en mode ambulatoire),
- Maintenance (0,75x900=675-soins en mode hospitalier ; 225-soins en mode ambulatoire),

- Services de gardiennage (0,75x491=368-soins en mode hospitalier ; 123-soins en mode ambulatoire)

Postes à inclure sous HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier seulement :

- Repas (41),
- Blanchisserie (en supposant que 100 % de la blanchisserie est pour les patients hospitalisés) (40)

Poste à inclure sous HC4. Services auxiliaires aux soins médicaux

- Laboratoires et radiologie (981)

Postes à inclure sous HCR1 Formation de capital pour les institutions prestataires de soins de santé

- Construction (717)
- Équipements médicaux (1 636)

Exercice 5b

Quelles estimations de dépenses utiliseriez-vous ? Inscrivez-les dans le tableau.

Réponse

Montant total donné par le MdD à ses hôpitaux pour :

- Soins curatifs en milieu hospitalier (HC 1.1)= 1 472+920+430+675+368+41+40 = **3 946 (case MdD x Soins curatifs en milieu hospitalier du MdD)**
- Soins curatifs en mode ambulatoire (HC 1.3) =491+307+143+225+123 = **1 289 (case MdD x Soins curatifs en mode ambulatoire du MdD)**
- Services auxiliaires (HC 4)= 981 (case MdD x Services auxiliaires du MdD)
- Formation de capital (HCR 1)= 717 + 1 636 = 2 353 (case MdD x Formation de capital du MdD)

Étapes suivantes

- DÉTERMINEZ SI LES TOTAUX DES LIGNES ET DES COLONNES CORRESPONDENT.
- Est-ce que les totaux que vous venez de calculer correspondent aux totaux qui ont été obtenus dans le tableau HF x HP ?

Si ce n'est pas le cas, retournez en arrière pour essayer de déterminer s'il y a eu une erreur en rapport avec le tableau HF x HP ou votre tableau actuel. Lorsque vous élaborerez des CNS réels vous devrez fréquemment revenir en arrière pour contrôler vos estimations.

Exercice 6

Maintenant que vous disposez du tableau combiné complété, votre tâche suivante consiste à séparer les dépenses entre 1) le tableau HF x HC et 2) le tableau HP x HC (aux fins de cet exercice, la fée du CNS a complété ce tableau pour vous). Utilisez le nouveau document pour compléter le tableau HF x HC.

Prestaires x Fonctions				
Fonction	Prestataire			Total
	HF.1.1.1.1 Hôpitaux généraux du MdS	HF.1.1.1.2 Hôpitaux du Ministère de la Défense	HF.1.1.1.3 Hôpitaux généraux des collectivités locales	
HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	7 125	3 946	12 419	23 490
HC1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	1 545	1 289	7 293	10 127
HC4 Services auxiliaires		981		981
HCR 1 Formation de capital	717	2 353		3 070
Total des dépenses/prestataire	9 387	8 569	19 712	37 668
Comparaison - HF x P	9 387	8 569	19 712	37 668

Agents de financement x Fonction							
Fonction	Agent de financement						Total
	HF.1.1.1.1 MdS	HF.1.1.1.3 MdD	HF.1.1.2 Coll. loc	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 AGF	HF.2.3 Ménages	
HC1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	4 108	3 946	23	15 353	60		23 490
HC1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	3 014	1 289	18	5 449	49	308	10 127
HC4 Services auxiliaires		981					981
HCR 1 Formation de capital	717	2 353					3 070
Total des dépenses/prestataire	7 839	8 569	41	20 802	109	308	37 668
Comparaison - HF x P	7 839	8 569	41	20 802	109	308	37 668

Question 1 : Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total	Comparaison HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages		
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS								**9 387**
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du MdD								**8 569**
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Hôpitaux généraux régionaux				14 062	109	201		**19 712**
	HC.1.1 Soins curatifs en mode hospitalier				9 422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire				4 640	49	201		
Total des dépenses FA		0	0	0	14 062	109	201	0	**37 668**
Comparaison HF x HP		**7 839**	**8 569**	**41**	**20 802**	**109**	**308**	**37 668**	

Question 2 : Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total	Comparaison HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages		
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS							9 387	**9 387**
	HC. 1.1 Soinsc curatifs enmilieu hospitalier							7 125	
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire							1 545	
	HC.R.1 Formation de capital							717	
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du MdD								**8 569**
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Hôpitaux généraux régionaux				14 062	109	201		**19 712**
	HC.1.1 Soins curatifs en mode hospitalier				9 422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire				4 640	49	201		
Total des dépenses FA		0	0	0	14 062	109	201	**9 387**	**37 668**
Comparaison HF x HP		**7 839**	**8 569**	**41**	**20 802**	**109**	**308**	**37 668**	

Question 3 : Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total	Comparaison HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages		
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS	**2 540**			**6 740**		**107**	9 387	**9 387**
	HC. 1.1 Soinsc curatifs enmilieu hospitalier	**1 194**			**5 931**			7 125	
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	**629**			**809**		**107**	1 545	
	HC.R.1 Formation de capital	**717**						717	
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du MdD								**8 569**
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Hôpitaux généraux régionaux				14 062	109	201		**19 712**
	HC.1.1 Soins curatifs en mode hospitalier				9 422	60			
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire				4 640	49	201		
Total des dépenses FA		**2 540**	0	0	**20 802**	109	**308**	**9 387**	**37 668**
Comparaison HF x HP		**7 839**	**8 569**	**41**	**20 802**	**109**	**308**	**37 668**	

Question 4 : Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total	Comparaison HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages		
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS	2 540			6 740		107	9 387	**9 387**
	HC. 1.1 Soinsc curatifs enmilieu hospitalier	1 194			5 931			7 125	
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	629			809		107	1 545	
	HC.R.1 Formation de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du MdD								**8 569**
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	Hôpitaux généraux régionaux	**5 299**		**41**	14 062	109	201	**19 712**	**19 712**
	HC.1.1 Soins curatifs en mode hospitalier	**2 914**		**23**	9 422	60		**12 419**	
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	**2 385**		**18**	4 640	49	201	**7 239**	
Total des dépenses FA		**7 839**	0	41	**20 802**	109	308	**29 099**	**37 668**
Comparaison HF x HP		**7 839**	**8 569**	**41**	**20 802**	**109**	**308**	**37 668**	

Question 5 : Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Prestataires x Fonctions									
Prestataire et fonction		Agent de financement						Total	Comparaison HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages		
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du MdS	2 540			6 740		107	9 387	**9 387**
	HC. 1.1 Soinsc curatifs enmilieu hospitalier	1 194			5 931			7 125	
	HC. 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	629			809		107	1 545	
	HC.R.1 Formation de capital	717						717	
HP.1.1.1.2	Hôpitaux du MdD		**8 569**					**8 569**	**8 569**
	HC 1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier		**3 946**					**3 946**	
	HC. 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire		**1 289**					**1 289**	
	HC 4 Services auxiliaires		**981**					**981**	
	HC.R.1 Formation de capital		**2 353**					**2 353**	
HP.1.1.1.3	Hôpitaux généraux régionaux	5 299		41	14 062	109	201	19 712	**19 712**
	HC.1.1 Soins curatifs en mode hospitalier	2 914		23	9 422	60		12 419	
	HC.1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	2 385		18	4 640	49	201	7 239	
Total des dépenses FA		7 839	**8 569**	41	20 802	109	308	29 099	**37 668**
Comparaison HF x HP		**7 839**	**8 569**	**41**	**20 802**	**109**	**308**	**37 668**	

Question 6 : Tableau combiné du CNS pour la Susmanie - Agents de financement x Fonctions							
Prestataire et fonction	Agent de financement						Total
	HF.1.1.1.1 Ministère de la Santé	HF.1.1.1.3 Ministère de la Défense	HF.1.1.2 Collectivité locale	HF.1.2 ANA	HF.2.1.1 Assurances groupe fonctio-nnaires	HF.2.3 Ménages	
HC 1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier	**4 108**	3 946	**23**	**15 353**	**60**		**23 490**
HC. 1.3 Soins curatifs en mode ambulatoire	**3 014**	1 289	**18**	**5 449**	**49**	**308**	**10 127**
HC.4 Services auxiliaires		981					**981**
HC.R.1 Formation de capital	**717**	2 353					**3 070**
Total des dépenses FA	7 839	8 569	41	20 802	109	308	37 668
Comparaison HF x HP	**7 839**	**8 569**	**41**	**20 802**	**109**	**308**	**37 668**

8

Module 8

Interprétation des résultats et implications pour les choix politiques

Durée

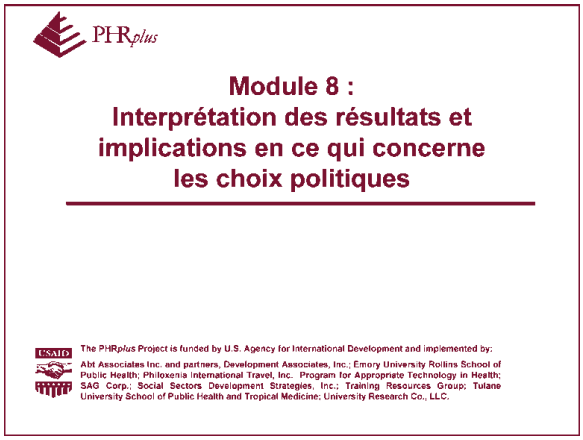
Formation multinationale : 2,5 heures

Formation nationale : 90 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- comprendront l'utilité des CNS en matière de choix politiques
- sauront comment interpréter et présenter les résultats des CNS afin de pouvoir répondre aux questions sur leur utilité
- pourront tirer les leçons des résultats quant aux implications sur les choix politiques
- se seront familiarisés avec des expériences concrètes d'autres pays ayant utilisé les CNS



Contenu

- Utilisation des résultats des CNS conjointement avec d'autres données
- Compréhension de la façon dont les CNS informent les choix politiques – exemples tirés de diverses parties du monde
- Dissémination des résultats des CNS

Exercices

- Exercices

Note pour les formateurs

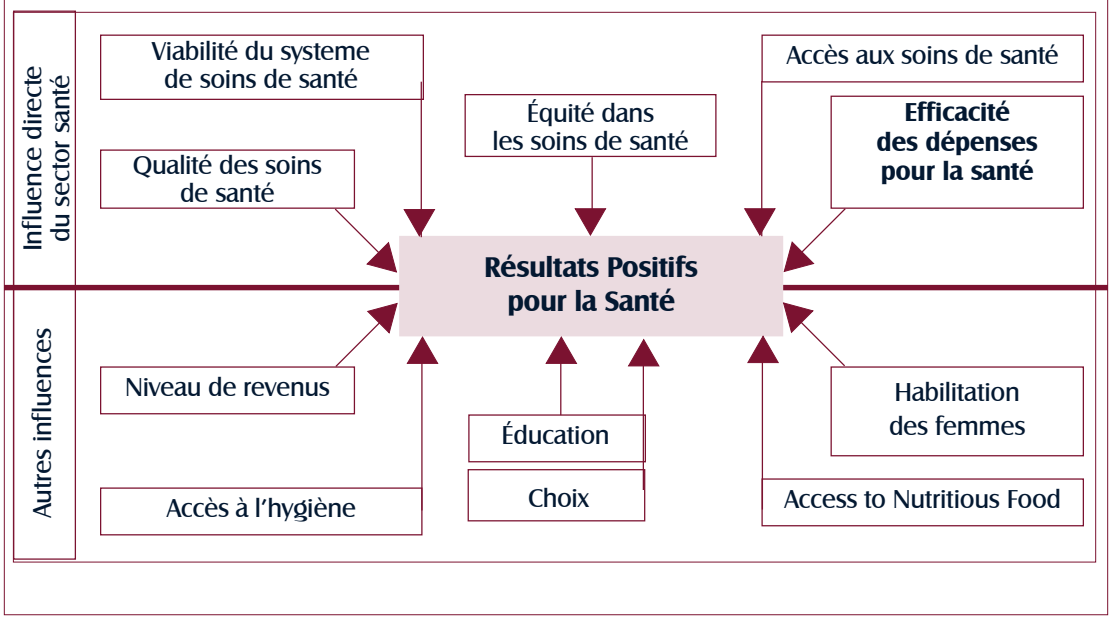
Dans les derniers modules, la plupart du travail pour l'élaboration des CNS a été effectué par l'équipe technique des CNS, avec supervision par le chef de l'équipe et avec des contributions du comité de pilotage. Maintenant que les membres individuels ont produit les tableaux des CNS, c'est le moment de faire porter notre attention sur les responsabilités du chef de l'équipe.

Le formateur doit passer en revue avec les participants les rôles et les responsabilités des membres individuels et du chef de l'équipe, tels qu'ils ont été définis dans le Module 2. Les chefs d'équipe aident à présent les membres individuels à interpréter les résultats des CNS conjointement avec d'autres données et à présenter et disséminer ces résultats d'une façon que les décideurs puissent comprendre et qui soit appropriée pour informer leurs choix politiques. L'utilité des données des CNS dans le processus d'élaboration des politiques en sera ainsi accrue.

I. Augmentation de la valeur des CNS pour l'élaboration des choix politiques : combinaison des résultats des CNS avec d'autres données

L'amélioration générale de la santé au sein d'une population donnée dépend de nombreux facteurs, parmi lesquels les dépenses de santé ne sont qu'un facteur. La Figure 8.1 met en lumière les facteurs ayant une influence directe sur la santé et ceux qui ont une influence indirecte sur celle-ci.

Figure 8.1 : Facteurs externes et internes qui déterminent les résultats



Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 4 et expliquez le tableau.

Il est important de comprendre que les dépenses pour les soins de santé ne sont qu'une des composantes qui contribuent au succès d'un système de soins de santé, et que les informations sur les dépenses pour les soins de santé sont cruciales pour permettre de déterminer quels niveaux de dépenses sont « efficaces » et « productifs ».

Ce qu'il convient de retenir, c'est que les informations des CNS ou les informations sur les dépenses pour la santé, quand elles sont combinées à d'autres données (indiquées plus haut) peuvent donner à un décideur un sens beaucoup plus concret de ce qui a besoin d'être accompli pour améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble. Il s'agit là d'un argument très utile lors de la présentation des CNS à des économistes qui ne sont pas spécialisés dans les questions de santé. Les hauts fonctionnaires du MdS ont souvent une formation médicale et sont relativement réticents à examiner la dimension économique de la santé. Une bonne approche consiste à présenter les données économiques comme des informations qui peuvent être ajoutées à des indicateurs plus traditionnels de la santé afin de composer une image complète du secteur de la santé.

L'estimation des flux de financement et des dépenses par les CNS est un indicateur sérieux de la « santé financière » du secteur de la santé. Cependant, les résultats des CNS ont encore plus de valeur, en terme de pertinence pour l'élaboration de politiques, quand ils sont examinés conjointement avec d'autres types de données non financières telles que les informations suivantes :

Comment interpréter les données des CNS en utilisant d'autres types de données

- Les indicateurs socioéconomiques
  - Comparez les chiffres pour les dépenses de santé à ceux d'autres pays de statut socioéconomique similaire
  - Utilisez le PIB ou le PIB par habitant comme point de référence
  - Examinez l'accès aux soins de santé en fonction des tranches de revenus afin de mesurer l'équité
  - Dans la mesure du possible, utilisez PPA (parité de pouvoir d'achat) et des chiffres en monnaie constante – en particulier pour conduire des analyses de tendances
- Les données sur les services de santé produits
  - Utilisez les taux de vaccinations, le nombre de prestataires de soins de santé, le nombre de patients, etc. pour calculer l'efficacité d'utilisation des ressources
- Les données sur l'impact des services de santé
  - Les statistiques de santé, la charge des maladies, etc. sont également utilisées pour mesurer l'équité et l'efficacité
- Les autres données démographiques
  - Des indicateurs tels que les taux de croissance démographique, les taux de fertilité, etc. sont utilisés pour prévoir et faire partie intégrante des dépenses de santé à l'avenir

PHRplus

1. **Indicateurs socioéconomiques** : le pays élaborant ses CNS doit comparer les chiffres de ses dépenses pour la santé à ceux d'autres pays ayant un statut socioéconomique similaire ; le PIB total ou le PIB par tête d'habitant peut être utilisé comme point de référence. L'accès aux soins par tranche de revenus peut être utilisé pour mesurer l'équité du système. Dans la mesure du possible, la parité du pouvoir d'achat (PPA) et une monnaie constante doivent être utilisées, en particulier pour réaliser une analyse des tendances.
2. **Données relatives à la production des services de santé** : des mesures telles que le taux d'immunisation et le nombre des patients sont utilisées pour calculer l'efficacité des ressources employées.
3. **Données relatives aux effets des dépenses sur la santé de la population** : les statistiques de santé, le fardeau de la maladie, etc. sont également utilisés pour mesurer l'équité et l'efficacité.
4. **Autres données démographiques** : des indicateurs tels que les taux de croissance démographique et les taux de fertilité sont utilisés pour anticiper les dépenses de santé et les intégrer au budget ; ceci peut constituer un outil stratégique de planification des politiques.

Note pour les formateurs

L'essentiel ici, c'est qu'en déterminant quelles sont les implications réelles des estimations des CNS pour les politiques du secteur de la santé, il est utile d'analyser des données autres que celles des CNS, telles que des indicateurs socioéconomiques, des données sur la production ou sur les effets des dépenses de santé sur la population, etc.

Ceci étant dit, il est important de ne pas perdre de vue le fait que les informations sur le flux des ressources financières – p. ex., le pourcentage du PIB dépensé pour la santé – ont une grande valeur en elles-mêmes.

Exemple d'étude de cas : Renforcement du rôle des CNS en Jordanie

Les CNS montrent que la Jordanie dépense 9,1 pour cent de son PIB en dépenses pour les soins de santé (Al-Madani, Ali, Lubna Al-Shatwieen, Dwayne Banks, et al. 2000). Cette statistique à elle toute seule ne renseigne pas beaucoup, et elle ne transmet pas de message aux décideurs, parce qu'elle ne leur explique pas la valeur d'une telle information. Ce résultat des CNS doit être comparé à d'autres données.

L'interprétation des données des CNS

- La contribution la plus utile des CNS est que ces derniers permettent d'aller au-delà des constatations proprement dites – et de répondre aux questions du type « et alors ? »
  - P. ex. : la Jordanie dépense 9,1 % de son PIB pour les soins de santé
    - « Et alors ? » … si la Jordanie dépense autant pour les soins de santé ?
- L'interprétation des données des CNS dans le CONTEXTE GÉNÉRAL tout en tenant compte du contexte particulier et des caractéristiques, propres au pays, augmente leur pertinence

PHRplus

Données comparatives internationales : le pourcentage des dépenses de santé de la Jordanie place ce pays au deuxième rang parmi huit pays de la région du Moyen-Orient (De et Shehata, 2001).

Données socioéconomiques : ce niveau de dépense risque de ne pas pouvoir être maintenu en raison de la faiblesse de la croissance économique (~ 2 pour cent par an depuis 1998) et du taux de croissance démographique élevé (3,8 pour cent).

Données relatives à la santé : en Jordanie, le pourcentage du PIB affecté aux soins de santé est peut-être trop élevé quand on le compare à des mesures de l'effet des dépenses sur la santé telles que le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité maternelle, etc.

Il est possible de dégager deux implications de cette analyse pour les choix politiques :

1. La Jordanie devrait augmenter la productivité de l'emploi de ses ressources de santé afin de produire, au même coût, plus de services pour répondre aux besoins de sa population en croissance, ou
2. Elle devrait limiter ses coûts dans tout le secteur de la santé.

Note pour les formateurs

Projetez la diapositive 7 et résumez quelques manières de mettre mieux en valeur les résultats des CNS.

II. Exemples de façons dont les CNS informent les choix politiques

Figure 8.2: Liens entre les CNS et les décisions politiques

Domaines de décisions pour la politique de santé	Flux des ressources pour le financement de la santé	Quelques questions importantes sur les choix politiques
Stratégies de mobilisation des ressources/ financement	**Sources de financement**	Comment les ressources sont-elles mobilisées ? • Qui paie ? • Qui finance ? • Selon quel schéma ?
Modalités de mise en commun des ressources Recouvrement des coûts Réglementation des débiteurs	**Agents de financement**	Comment les ressources sont-elles gérées ? • Quelle est la structure de financement ? • Quelles sont les modalités de mise en commun des ressources ? • Quelles sont les modalités de paiement/d'achat ?
Incitations financières Subventions Affectation des ressources Réglementation des prestataires de soins	**Intrants** **Prestataires** **Fonctions**	Qui fournit quels services ? • Selon quelles modalités de financement ? • Avec quels intrants ?
Ciblage Politiques de redistribution	**Ventilations importantes p.ex.** Âge/sexe Liue Status Socio-écon.	Qui en bénéficie ? • Qui reçoit quoi ? • Comment les ressources sont-elles distribuées ?

La Figure 8.2 illustre comment les CNS peuvent informer les choix politiques.

Les CNS facilitent le processus d'élaboration des politiques à tous les stades : dialogue, formulation et mise en œuvre, ainsi que contrôle et évaluation. Voici quelques exemples de façons dont différents pays ont utilisé l'outil des CNS pour informer leurs choix politiques.

Dialogue politique

Égypte

L'Égypte est un exemple d'un pays où les résultats des CNS combinés à d'autres données ont été utilisés par le Ministère de la Santé et de la Population ainsi que par divers organismes internationaux (Banque mondiale, U.S. Agency for International Development et Commission économique européenne [CEE]) pour lancer un dialogue politique qui a conduit à la formulation et à la mise en œuvre continue d'une initiative de restructuration de la façon dont les soins de santé primaires sont organisés et financés.

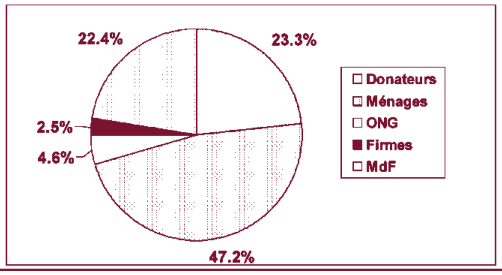
Les résultats des CNS ont montré que l'Égypte dépensait près de quatre pour cent de son PIB pour les soins de santé, tandis que les dépenses à la charge des usagers (ménages) représentaient la moitié des dépenses totales, le Ministère de la Santé et de la Population (MdSP) contribuant moins de 20 pour cent des dépenses totales du secteur de la santé. Malgré le fait que la somme dépensée pour les soins de santé primaires semblait adéquate pour fournir des services de base à toute la population, la plupart de ces ressources n'étaient pas organisées ou affectées de manière efficace. Le fardeau de ces dépenses était réparti de façon très inéquitable, les pauvres payant la part la plus importante du revenu des ménages. Cette forme de financement a également eu comme conséquence de produire des niveaux plus bas d'accès aux soins par les pauvres et par les habitants des régions rurales.

Les informations des CNS ont fourni au Ministère 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 restructurer significativement la façon dont les soins de santé primaires étaient organisés et financés en Égypte. Ces résultats ont également communiqué des données de grande valeur à la Banque mondiale, à l'USAID et à la CEE pour informer leurs propres discussions avec le Gouvernement et pour informer les discussions qu'elles ont entre elles.

Tanzanie

Les résultats du rapport préliminaire sur les CNS ont révélé que les contributions des bailleurs au secteur de la santé représentent des sommes considérables et que des parties non négligeables des dépenses des bailleurs ne sont pas enregistrées correctement dans les budgets publics. Ceci signifie que la coordination des ressources des bailleurs est inadéquate et que le Gouvernement n'exerce pas un contrôle suffisant de la gestion des fonds du secteur de la santé. Les résultats des CNS ont été utilisés à l'intérieur du Gouvernement et ont été communiqués à certains bailleurs de fonds afin d'obtenir du soutien pour des approches sectorielles et pour un financement sans restrictions par les bailleurs afin de réduire les dépenses extrabudgétaires.

L'impact des CNS sur les choix politiques : la Tanzanie

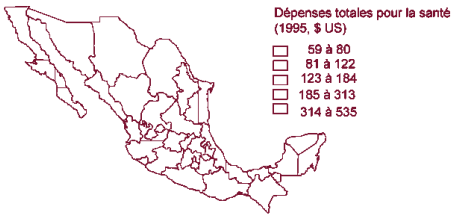


Impact sur les choix politiques : résultats utilisés pour obtenir le soutien des bailleurs de fonds, pour les SWAps et pour le financement des modalités de mise en commun des ressources, et réduire les dépenses extrabudgétaires

Mexique

Les CNS ont révélé que les dépenses pour la santé varient considérablement dans les diverses régions du Mexique, les dépenses dans les États les plus prospères étant six fois plus élevées que celles des États les plus pauvres. Lorsque les résultats des CNS ont été réévalués conjointement avec les données relatives aux revenus des ménages, les disparités sont devenues évidentes – en particulier dans le cas des dépenses du secteur privé. Une analyse a révélé que dans le décile des revenus les plus bas (regroupant 17 pour cent de la population) les dépenses de santé consomment plus de 50 pour cent des revenus disponibles des ménages. Ceci a un effet catastrophique sur le niveau de vie.

L'impact des CNS sur les choix politiques : le Mexique



Impact sur les choix politiques : résultats utilisés pour canaliser l'affectation des transferts de fonds publics aux États suivant les besoins

Un autre résultat crucial a été que les dépenses publiques pour les soins de santé ne sont pas réparties en fonction des besoins tels qu'ils peuvent être mesurés par le fardeau de la maladie. Par conséquent, le MdS a commencé un dialogue au niveau politique pour canaliser et contrôler l'affectation des transferts de fonds publics aux États en fonction des besoins tels qu'ils pouvaient être mesurés par les niveaux de revenus et/ou le fardeau de la maladie. Les données informent également le débat sur l'assurance pour les pauvres.

Égypte

Les résultats des CNS informent les discussions visant à restructurer les soins de santé primaires en Égypte : le Ministère égyptien de la Santé et de la Population (MdSP) et les organismes internationaux coopérant avec lui (Banque mondiale, USAID et Commission européenne [CE]) ont utilisé les résultats des CNS ainsi que des données non financières pour entamer un dialogue politique qui a conduit à la formulation et à la mise en œuvre continue d'une initiative de restructuration des soins de santé primaires. Les résultats des CNS ont contribué à la promotion de cette initiative en montrant que l'Égypte a dépensé près de quatre pour cent de son produit intérieur brut (PIB) en soins de santé, tandis que les dépenses à la charge des usagers (ménages) représentaient la moitié des dépense totales, le MdSP contribuant moins de 20 pour cent des dépenses totales du secteur de la santé. Malgré le fait que la somme dépensée pour les soins de santé primaires semblait adéquate pour fournir des services de base à toute la population, la plupart de ces ressources n'étaient pas organisées ou affectées de manière efficace. Le fardeau de ces dépenses était réparti de façon très inéquitable, les pauvres payant la proportion la plus importante du revenu des ménages. Cette forme de financement a également eu comme conséquence de produire des niveaux plus bas d'accès aux soins par les pauvres et par les habitants des régions rurales.

Ces résultats ont fourni au Ministre égyptien de la Santé et de la Population de l'époque les informations dont il avait besoin pour convaincre l'Assemblée du Peuple, le public et les fonctionnaires du Ministère du besoin de restructurer significativement la façon dont les soins de santé primaires étaient organisés et financés en Égypte. De plus, les résultats des CNS ont communiqué des données de grande valeur à la Banque mondiale, à l'USAID et à la CE pour informer leurs propres discussions avec le Gouvernement. Par la suite, le Ministre de la Santé et les bailleurs internationaux ont tenu une série de discussions qui leur ont permis de se mettre d'accord sur un programme de réforme mutuellement acceptable et de recevoir un soutien financier.

Liban

Les résultats des CNS en 1998 au Liban ont révélé que les dépenses pour les soins de santé étaient excessives – près de 12,5 pour cent du PIB, beaucoup plus, et de loin, que les autres pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) ayant des caractéristiques socioéconomiques

L'impact des CNS sur les choix politiques : le Liban

	% du PIB pour les soins de santé	Taux annuel de croissance (% du PNB)	Taux annuel de croissance (%)	Fardeau des maladies
Liban	12.3	1.0	2.7%	Maladies chroniques
Jordanie	9.1	0.8	3.8%	
OCDE	8.3	--	--	--

- Le taux de croissance économique projeté en Afrique du Nord et au Moyen-Orient pour les 10 prochaines années n'est que de 0,9 % ; la population devrait doubler au cours des 10 à 20 prochaines années ; les changements démographiques (augmentation du % de gens âgés) entraîneront un coût élevé des services thérapeutiques
- Les coûts élevés des soins de santé au Liban ne pourront pas être maintenus à terme en raison du contexte. Le Gouvernement libanais est en train d'introduire des réformes du régime de paiement des prestataires –paiements par habitant et instauration d'un barème d'honoraires

PHRplus

similaires. Une enquête sur les raisons de ces dépenses élevées a révélé qu'un pourcentage important des services de santé étaient fournis par le secteur privé mais payés par l'État sur le principe du paiement à l'acte.

Ceci a contribué à des taux d'utilisation élevés et, par conséquent, à des coûts élevés. En conséquence des résultats de cette enquête, le Gouvernement libanais est en train de prendre des mesures visant à réformer le système de rémunération des prestataires de soins. La réforme introduira un système de paiements à la capitation et un barème d'honoraires, et elle identifiera des procédures médicales pouvant être exécutées en mode ambulatoire ou avec hospitalisation de jour au lieu du système actuel plus coûteux qui prévoit des soins curatifs en milieu hospitalier.

Afrique du Sud

En Afrique du Sud, le premier cycle d'élaboration des CNS, qui a produit l'estimation des dépenses en 1992/1993, a eu lieu peu après la fin de l'apartheid et a été organisé en réponse à l'engagement pris par le Gouvernement contrôlé par le Congres Nationale Africain (NAC) d'affecter les ressources de façon plus équitable, en particulier pour répondre aux besoins des populations traditionnellement marginalisées. Ce nouvel environnement politique nécessitait une approche de la formulation des politiques basée sur une meilleure connaissance des réalités ; les CNS ont alors été identifiés comme un outil pouvant être utile pour communiquer des informations pertinentes en vue de l'élaboration de nouvelles politiques en ce qui concerne le statut du système de soins de santé et son potentiel pour atteindre des objectifs s'appuyant sur l'équité. Les principales conclusions des CNS ont montré que la répartition géographique des ressources de soins de santé n'était pas équitable. Les investissements en soins de santé du secteur public étaient plus élevés dans les districts les plus prospères que dans les districts les plus pauvres. Les dépenses moyennes de santé par personne du secteur public étaient 3,6 fois plus élevées dans les districts les plus riches que dans les districts les plus pauvres. De plus, les districts les plus pauvres (qui sont les régions dans lesquelles les problèmes de santé étaient les plus graves) avaient l'accès géographique le plus difficile aux agents de santé, aux hôpitaux et aux cliniques. Pour être plus précis, 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 (Tableau 8.1).

L'impact des CNS sur les choix politiques : L'Afrique du Sud

Province	Dépenses Santé totales par habitant	Médecins généralistes	Spécialistes	Infirmiers agréés
E. Transvaal	136.60	6.48	0.48	67.63
N. Transvaal	164.07			
North-West	178.91			
N. Cape	221.15			
E.Cape	226.98			
KwaZulu-Natal	236.88			
Orange Free State	266.49			
Gauteng	381.66			
W. Cape	491.13	30.63	23.71	200.46

Impact sur les choix politiques : moratoire sur la construction de centres hospitaliers privés sans démonstration de besoin, réglementation accrue du secteur privé par le Gouvernement (équité) et transfert de ressources vers les soins primaires

PHRplus

Tableau 8.1 Afrique du Sud: Distribution des agents de santé par quintiles de revenu

Quintiles des districts trié par revenu par habitant	Médecins	Infirmiers diplômés
Q1 (revenu le plus bas)	5.1	78.7
Q2	9.4	90.9
Q3	15.8	128.4
Q4	13.5	128.2
Q5 (revenu le plus élevé)	23.3a	189.9

Spource: McIntyre et al., 1995

En plus du fait qu'ils ont contribué à faire mieux comprendre les disparités en termes d'affectation des ressources aux dirigeants politiques aux niveaux les plus élevés, les résultats des CNS ont également servi à mobiliser les parties concernées pour faire adopter de nouvelles politiques permettant de redistribuer géographiquement les ressources de santé de l'Afrique du Sud d'une manière plus équitable. Par exemple, un moratoire a été imposé par l'État en ce qui concerne la construction de nouveaux hôpitaux privés, parce que ces hôpitaux étaient généralement construits dans les quartiers les plus riches, où les résidents avaient déjà l'accès le plus facile à des soins de santé. L'étude a également incité le Gouvernement à jour un rôle plus actif en matière de coordination et de réglementation des domaines dans lesquels les ressources de santé, publiques comme privées, sont utilisées. Les questions d'équité que l'étude a mis en lumière ont également une influence sur la décision prise par le Gouvernement de transférer certaines ressources publiques de santé à des services de soins de santé primaires et à l'infrastructure qui les accompagne, en particulier dans les régions défavorisées et dans les régions rurales du pays. Enfin, des discussions ont été entamées et une proposition a été soumise en ce qui concerne l'introduction d'un régime national d'assurance sociale de santé. Les CNS ont contribué dans une mesure non négligeable à la formulation de politiques gouvernementales visant à améliorer l'équité en communiquant des informations pertinentes sur la mesure dans laquelle chaque groupe démographique défini par son niveau de revenu absorbait les ressources de soins de santé du pays.

Contrôle de l'efficacité et évaluation

Des comparaisons de tendances peuvent être effectuées au bout d'un certain temps dans les pays où les CNS sont élaborés de façon périodique. De telles comparaisons aident à évaluer l'efficacité des stratégies qui sont mises en œuvre. La production de CNS à intervalles réguliers permet aux décideurs de comprendre comment les ressources de soins de santé sont utilisées au fil des ans et comment les modèles d'affectation de ces ressources évoluent. Ceci permet également d'évaluer si les politiques/réformes réalisées remédient réellement aux problèmes

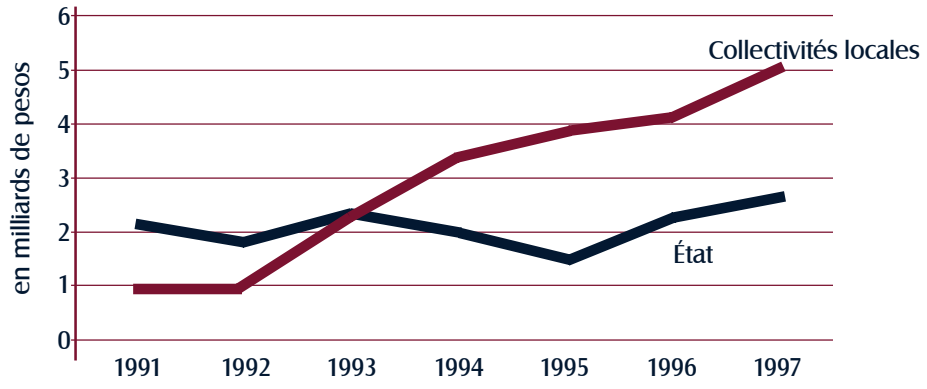
ou tiennent compte des changements démographiques. Ce bénéfice longitudinal de cycles répétés d'élaboration des CNS donne aux décideurs une occasion unique d'évaluer les performances jusqu'alors et d'aligner plus efficacement les futures réformes avec l'évolution des tendances démographiques.

Comme cela a été discuté précédemment, une autre façon dont les résultats des CNS peuvent être utilisés comme outil d'évaluation consiste à comparer les données du système de santé d'un pays avec celles d'autres pays. Quand la distribution des dépenses de santé d'un pays est très différente de celle de pays comparables (pays avec des conditions de santé et un contexte socioéconomique similaires), les décideurs auraient vraiment intérêt à se pencher sur cette question.

Philippines

Quand ils sont élaborés à intervalles périodiques (données sur les tendances), les CNS peuvent permettre de mieux comprendre l'impact des politiques de soins de santé. Les études de CNS réalisées sur une base annuelle entre 1991 et 1997 aux Philippines, combinées à d'autres indicateurs de données relatives à la santé de nature financière comme non financière, ont été utilisés pour évaluer la croissance des dépenses de santé des collectivités locales. Un indicateur a été utilisé pour analyser la politique de dévolution des services de santé qui a été mise en œuvre à partir de 1993 dans le cadre d'une politique plus générale de décentralisation de l'État. Les CNS ont également été utilisés pour évaluer l'efficacité allocative[1] des changements dans les dépenses de santé de l'État. La comptabilisation complète par les CNS de toutes les dépenses de santé a fourni au Gouvernement des données antérieures et postérieures à la décentralisation quant aux dépenses de l'administration centrale et des collectivités locales (Figure 8.3). Ces données ont permis aux décideurs de déterminer si leurs stratégies de décentralisation avaient conduit à

Figure 8.3 : Philippines : Changement dans la structure des dépenses du gouvernement national et local (prix constants 1991)



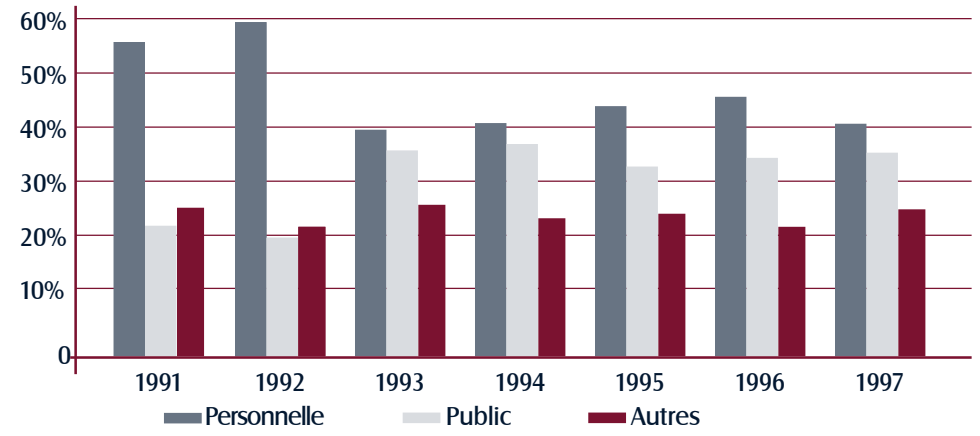
[1]Efficacité allocative : contribution des dépenses de santé à la réduction du fardeau de la maladie.

une augmentation des dépenses des collectivités locales pour les soins de santé et de la fourniture de types de services de santé mieux axés sur le « bien public ».

Avant les réformes, le financement au niveau central comme au niveau régional était très faible et, dans le cas de l'administration centrale, il était même en train de diminuer substantiellement. Malgré cela, les CNS ont montré que, à la suite de la décentralisation, les collectivités locales ont utilisé leurs budgets accrus par les contributions plus élevées de l'administration centrale pour augmenter de façon significative leurs dépenses pour les soins de santé. Ces résultats ont suggéré que les collectivités locales prennent au sérieux leurs obligations en matière de santé publique.

En termes de destination des fonds pour la santé, les CNS ont permis de déterminer que, pendant la période de six ans en question, les dépenses du secteur public pour les soins de santé ont diminué, de 55 à 40 pour cent, en ce qui concerne les soins de santé personnelle (c à d. les soins dont bénéficient seulement les personnes physiques). Les soins de santé publique (des services tels que les vaccinations, dont l'ensemble de la communauté bénéficie en plus des personnes physiques) ont en fait augmenté, passant de 25 à 35 pour cent des dépenses du secteur public pour la santé. Dans ce cas encore, cette augmentation a été causée dans une large mesure par l'accroissement du financement par les collectivités locales, qui ont affecté plus de la moitié de leurs ressources aux soins de santé publique en 1997. Par conséquent, les CNS et, en particulier, leur mise en œuvre sur une base annuelle (données sur les tendances), ont aidé à contrôler et à évaluer l'impact de la décentralisation sur les soins de santé (cf. Figure 8.4).

Figure 8.4: Dépenses de santé en pourcentages



Source : Schwartz et al., 2000

III. Stratégie de dissémination

Comme cela a été expliqué de façon répétée dans ce manuel, le processus d'élaboration des CNS n'est pas censé être seulement un exercice pour les comptables de l'État produisant des résultats qui ne seraient communiqués qu'à quelques fonctionnaires ministériels. En réalité, le temps et les ressources nécessaires à la mise en œuvre des CNS ne constituent des investissements utiles pour un pays que si les résultats des CNS sont interprétés conjointement avec d'autres statistiques socioéconomiques et d'autres données sur les effets des dépenses de santé sur la santé de la population, et s'ils sont présentés d'une manière pertinente pour l'élaboration de politiques et compréhensible pour les décideurs, puis utilisés dans le cadre du processus d'élaboration des politiques. Ceci nécessite un comité de pilotage des CNS et une équipe dont les membres comprennent l'environnement politique, connaissent les autres décideurs (et ont accès à eux), sont capables de formuler le message d'une façon utile et sont prêts à consacrer le temps nécessaire à présenter les résultats des CNS à d'autres personnes. En quelques mots :

- Les animateurs de l'équipe des CNS doivent garder la vue d'ensemble présente à l'esprit : ils doivent avoir suffisamment de contacts au sein du gouvernement et ils doivent avoir des connaissances approfondies sur les principaux problèmes du secteur des soins de santé.
- Les membres du comité de pilotage doivent utiliser leur point de vue professionnel et leur expérience des discussions politiques pour aider les animateurs de l'équipe des CNS à ajouter de la valeur à l'interprétation des données des CNS.
- Les thèmes politiques identifiés dans un premier stade comme pertinents pour le processus d'élaboration des CNS doivent être réexaminés à la lumière des données produites. Cependant, les personnes responsables de l'interprétation des données doivent être prêtes à accepter de nouvelles révélations ou des découvertes surprenantes en rapport avec d'autres questions.
- Une stratégie de dissémination doit être créée par l'équipe des CNS pour démontrer leurs résultats et illustrer leur valeur.

IV. Application de ce module : interprétation des données à des fins d'élaboration des politiques

Cette sous-section d'application présente les réponses aux questions posées dans le Module 8 des documents distribués aux participants.

Question 1

Quelles préoccupations et questions relatives aux choix politiques sont causées par les données ci-dessous en ce qui concerne le secteur de la santé de la Susmanie ? Veuillez écrire vos réponses dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous.

Réponse

Dépenses de santé en pourcentage du PIB : 15 pour cent est beaucoup, mais les indicateurs de santé sont mauvais.

Pourquoi y a-t-il eu un grand saut entre 1994 et 1997 ? Il semble que les dépenses de santé aient presque doublé pendant ces trois ans. Ceci suggère qu'il conviendrait d'examiner quel type de changements de politiques se sont produits à l'époque. Est-ce que l'État a assumé alors plus de responsabilités pour les soins curatifs ? Y a-t-il eu une épidémie ? En outre, avant de faire une supposition, le membre de l'équipe devrait demander les chiffres totaux absolus pour le PIB (pas simplement des pourcentages) afin de déterminer si le PIB lui-même a beaucoup fluctué.

Tableau 8.2 : Dépenses de santé en % du Produit Intérieur Brut

Année	% du PIB
1989	2,60
1990	2,60
1991	3,00
1992	3,20
1994	8,00
1997	14,96

Un pourcentage non négligeable de la population de la Susmanie est couvert, mais les dépenses des ménages sont élevées et les indicateurs de santé révèlent un mauvais état de santé. Le MdS couvre 42 pour cent de la population, mais c'est une faible partie du total des dépenses de santé (Voir tableau 8.8).

Tableau 8.3 : Pourcentage de la population couverte par divers agents de financement	
Agent de financement	**Pourcentage de la population couverte**
NSSF (Fonds National de Sécurité Sociale)	32,43%
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	5,40
Armée	8,78
ISF (Assurances Sociales Familiales)	2,11
Sécurité générale & sûreté de l'État	0,46
Assurances privées	8,00 (couverture complète)
	4,60 (montant de la franchise)
MdS	42,70

Tableau 8.4: Agents de financement et Ministère de tutelle	
Agent de financement	**Ministère de tutelle**
NSSF (Fonds National dde Sécurité Sociale)	Ministère du Travail
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	Présidence du Conseil des Ministres
Armée	Ministère de la Défense Nationale
ISF (Assurances Sociales Familiales)	Ministère de l'Intérieur
Sécurité générale & sûreté de l'État	Ministère de l'Intérieur
Assurances privées	Ministère de l'Économie et du Commerce
Fonds communs de placement	Ministère du Logement et des Coopératives
MdS	Ministère de la Santé

Tableau 8.5 : Dépenses de ménage élevées (approximativement 50 pourcent — tableau 8.5) malgré le fait que tout le monde soit couvert.

Tableau 8.5 : Des sources de financement aux agents de financement, exercice fiscal 1997 (millions de Croûtons)				
Agent de financement	**MdF**	**Firmes**	**Ménages**	**Total**
MdS	164			164
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	27			27
NSSF (Fonds National de Sécurité Sociale)	36	95		131
Armée	54			54
ISF (Assurances Sociales Familiales)	45			45
Sécurité générale	4			4
Sûreté de l'État	1			1
Fonds communs de placement	10	8		18
Assurances privées	0	157		157
Ménages	0	0	785	785
Total	341	260	785	1386

Tableau 8.6 : Tout ce qui est dépensé dans les établissements privés (y compris l'essentiel des dépenses du MdS !). Pas de partage des coûts entre les ménages dans les établissements du MdS.

Tableau 8.6 : Des agents de financement aux prestataires, exercice fiscal FY 1997 (en millions de Croûtons)

	MdS	CSC	NSSF	Armée	ISF	Sécurité géné-rale	Sûreté de l'État	Fonds comm uns de place ment	Assuran-ces privées	Ména-ges	Total
MdS	23										23
Armée				16							16
Établissements privés soins ambulatoires	8	13	66	13	14	2	0,5	6		600	722,5
Hôpitaux privés	128	14	65	25	31	2	0,5	12	157	185	619,5
Autres	5										5
Total	164	27	131	54	45	4	1	18	157	785	1 386

Tableau 8.7 : 57 648 232 de dépenses du MdS pour des services spécialisés. C'est un tiers du total des dépenses du MdS (164). La couverture totale du MdS pour ces services sélectionnés ne concerne que 2 % de la population totale.

Tableau 8.7 : Dépenses du MdS pour certains services de santé sélectionnés (en Croûtons)

Service	Dépenses	Nombre de bénéficiaires
Dialyse	13 615 918	10 220
Chirurgie à cœur ouvert	18 832 314	14 000
Médicaments pour les maladies chroniques	25 300 000	61 840
Total	57 648 232	86 060

Tableau 8.8 : Indicateurs de santé pour la Susmanie				
Pays	**Espérance de vie à la naissance (OMS, 2000)**	**Taux de mortalité infantile (sur 1 000 naissances vivantes) (UNICEF, 2000)**	**Taux de fertilité totale (TFT) en 1999 (OMS, 2000)**	**Taux de mortalité maternelle (TMM) (sur 100 000 naissances vivantes) (OMS, 2000)**
Djibouti	45 (M), 45 (F)	111	5,2	740*
Égypte	64,2 (M), 65,8 (F)	51	3,2	170
Iran	66,8 (M), 67,9 (F)	29	2,7	37
Jordanie	66,3 (M), 67,5 (F)	30	4,47	41**
Susmanie	58 (M), 58 (F)	80	4,3	100
Maroc	65 (M), 66,8 (F)	57	2,9	230
Tunisie	67,0 (M), 67,9 (F)	25	2,5	70
Yémen	57,3 (M), 58,0 (F)	87	7,4	350***
Pays de l'OCDE*	73,2 (M), 79,6 (F)	12	2,5	8.5

† Données les plus récentes disponibles 1989-90
‡ La Jordanie indique officiellement un TMM de 132 pour 1997 (NHA Exec Summary)
§ Le Yémen indique officiellement un TMM de 1 200 et un TFT de 7,6 (Yémen NHA Report)
# Estimation de 1996, 6 des 29 pays de l'OCDE n'ont pas communiqué d'estimations du TMM

Tableau 8.9 : Répartition de la population active par sexe		
Catégorie	**Nombre**	**Pourcentage**
Hommes	962 726	79%
Femmes	260 047	21%
Population totale	1 222 773	100%

Les femmes ne sont pas dans le secteur formel ; par conséquent elles ont moins d'accès à la couverture de l'assurance maladie.

La population de la Susmanie est de 4 millions.

Références

Al-Madani, Ali, L. Al-Shatwieen, D. Banks, et al. 2000. *Jordan National Health Accounts*. Bethesda, MD : Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (mars)

De, Susna et Ibrahim Shehata, 2001. *Comparative Report of National Health Accounts: Findings from Eight Countries in the Middle East and North African Region*. Rapport technique N° 64. Bethesda, MD : Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

McIntyre D. et al. 1995. *Health Expenditure and Finance in South Africa*. Health Syustems Trust et la Banque mondiale, Afrique du Sud.

Schwartz, J. B., R. Racelis et D. K. Guilkey. 2000. *Decentralization and local government health expenditures in the Philippines*. Document de travail 0136. Projet d'évaluation MEASURE.

Module 8

Diapositives associées à la présentation

1

PHR*plus*

Module 8 :
Interprétation des résultats et implications en ce qui concerne les choix politiques

USAID

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Comprendre l'utilité des CNS en matière de choix politiques
- ▲ Se familiariser avec les expériences concrètes des pays ayant utilisé les CNS, en vue des choix politiques
- ▲ Comprendre l'importance d'une interprétation et d'une présentation correcte des données, et en tirer les leçons quant aux implications sur les choix politiques

PHR*plus*

3 **À présent que vous avez complété les tableaux, quelle est la signification de ces données ?**

▲ **Le processus d'interprétation à ce stade est très important. Pourquoi ?**

▲ **Les CNS sont utiles dans le sens où ils peuvent révéler des problèmes potentiels, mais cela dépend de la façon dont les données sont INTERPRÉTÉES et PRÉSENTÉES**

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

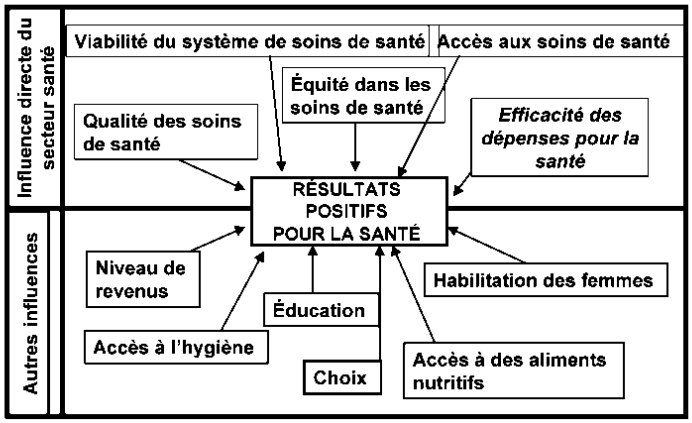
Les résultats des CNS doivent être :

- rendus pertinents
- présentés aux personnes appropriées
- dans un format qu'ils peuvent comprendre
- au moment approprié.

Un tableau de 20 x 20 cases enfoui dans un rapport de 100 pages archivé sur les étagères d'un bureau d'un décideur de niveau intermédiaire ne servira à rien.

De nombreux pays échouent lors de cette étape en raison d'une interprétation incomplète, parce qu'un élément important a été ignoré, etc. Cette section a pour objet l'interprétation et la présentation des données des CNS.

4 **Les dépenses pour la santé ne constituent qu'une des composantes qui contribuent aux résultats des activités du secteur sur la santé de la population**



5

Comment interpréter les données des CNS en utilisant d'autres types de données

- **Les indicateurs socioéconomiques**
  - Comparez les chiffres pour les dépenses de santé à ceux d'autres pays de statut socioéconomique similaire
  - Utilisez le PIB ou le PIB par habitant comme point de référence
  - Examinez l'accès aux soins de santé en fonction des tranches de revenus afin de mesurer l'équité
  - Dans la mesure du possible, utilisez PPA (parité de pouvoir d'achat) et des chiffres en monnaie constante – en particulier pour conduire des analyses de tendances
- **Les données sur les services de santé produits**
  - Utilisez les taux de vaccinations, le nombre de prestataires de soins de santé, le nombre de patients, etc. pour calculer l'efficacité d'utilisation des ressources
- **Les données sur l'impact des services de santé**
  - Les statistiques de santé, la charge des maladies, etc. sont également utilisées pour mesurer l'équité et l'efficacité
- **Les autres données démographiques**
  - Des indicateurs tels que les taux de croissance démographique, les taux de fertilité, etc. sont utilisés pour prévoir et faire partie intégrante des dépenses de santé à l'avenir

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Cette information en elle-même n'est pas aussi importante que la réponse à la question : « Et alors ? Quelle importance si la Jordanie dépense autant pour les soins de santé ? » Quand on compare ce niveau de dépenses aux effets de ces dépenses sur la santé de la population en Jordanie, ou au niveau des dépenses d'autres pays dans la même catégorie socioéconomique, la réponse à la question « Et alors ? » devient évidente – ce niveau de dépenses risque de ne pas être pérénisable pour la Jordanie en raison de son taux de croissance économique faible à l'heure actuelle et de la croissance rapide de sa population. Les résultats ont deux implications pour les choix politiques dans le secteur de la santé : 1) Augmenter l'efficacité des dépenses et 2) limiter l'augmentation des coûts dans le secteur de la santé.

En Afrique du Sud, Di McIntyre explique que la collecte d'autres types d'informations non financières (p. ex., le nombre d'établissements de santé, de lits, d'employés, etc., et le taux de fréquentation dans divers districts) a eu une importance cruciale pour maximiser l'utilisation des CNS en vue d'aider à élaborer des politiques. Ces informations ont aidé l'Afrique du Sud à tirer des conclusions sur l'« efficacité » des hôpitaux. En particulier, elles ont montré que 81 % des dépenses publiques ont été versées aux centres hospitaliers tandis que le taux d'occupation des lits était généralement faible, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires et tertiaires. Ces informations sur l'Afrique du Sud ont également révélé des dépenses moyennes dans la catégorie des centres d'hospitalisation de jour et un taux d'occupation des lits également moyen dans ce type d'établissement. Il a ainsi pu être possible d'estimer combien d'argent pourrait être économisé en augmentant les taux d'occupation des lits.

L'essentiel à retenir est qu'en déterminant ce que les estimations des CNS impliquent réellement pour la politique du secteur de la santé, il est utile d'analyser des données extérieures aux CNS, telles que des indicateurs socioéconomiques, des données relatives à la production, des données sur les effets des dépenses sur la santé de la population, etc.

Ceci étant dit, il est important de ne pas perdre de vue le fait les informations sur le flux des ressources financières ont une grande valeur pour d'autres raisons – p. ex., le pourcentage du PIB dépensé pour les soins

6

L'interprétation des données des CNS

- La contribution la plus utile des CNS est que ces derniers permettent d'aller au-delà des constatations proprement dites – et de répondre aux questions du type « et alors ? »
  - P. ex. : la Jordanie dépense 9,1 % de son PIB pour les soins de santé
    - « Et alors ? » … si la Jordanie dépense autant pour les soins de santé ?
- L'interprétation des données des CNS dans le CONTEXTE GÉNÉRAL tout en tenant compte du contexte particulier et des caractéristiques, propres au pays, augmente leur pertinence

PHRplus

7

Les liens entre les CNS et les décisions politiques dans le secteur de la santé

Domaines de décisions pour la politique de santé	Flux des ressources pour le financement de la santé	Quelques questions importantes sur les choix politiques
Stratégies de mobilisation des ressources/ financement Modalités de mise en commun des ressources Recouvrement des coûts Réglementation des débiteurs Incitations financières Subventions Affectation des ressources Réglementation des prestataires de soins Ciblage Politiques de redistribution	Sources de financement ↓ Agents de financement ↓ Intrants — Prestataires — Fonctions ↓ **Ventilations importantes, p. ex.,** Âge/sexe — Lieu — Statut socio-écon.	**Comment les ressources sont-elles mobilisées ?** •Qui paie ? •Qui finance ? •Selon quel schéma ? **Comment les ressources sont-elles gérées ?** •Quelle est la structure de financement ? •Quelles sont les modalités de mise en commun des ressources ? •Quelles sont les modalités de paiement/d'achat ? **Qui fournit quels services ?** •Selon quelles modalités de financement ? •Avec quels intrants ? **Qui en bénéficie ?** •Qui reçoit quoi ? •Comment les ressources sont-elles distribuées ?

Notes pour les présentateurs

Cette figure résume de plusieurs manières comment les résultats des CNS peuvent être rendus plus pertinents. Il est clair qu'elle ne couvre pas tous les aspects de l'analyse politique des résultats des CNS. Le tableau ci-dessus, que vous avez peut-être déjà vu, donne un aperçu de tous les domaines au sujet desquels les résultats des CNS peuvent produire des informations. Il peut être utile en servant de liste de contrôle des sujets à analyser.

Voici maintenant quelques remarques en rapport avec le processus sur l'interprétation et la présentation des données des CNS.

8

Comment les CNS peuvent-ils servir à informer les décideurs ?

- Les résultats des CNS facilitent les discussions et le dialogue sur les choix politiques
  - Ils permettent d'identifier les problèmes
  - Ils servent de catalyseurs pour les discussions
  - Ils servent d'outils de promotion de certains programmes pour stimuler l'action
- Le dialogue facilite la conception et la mise en œuvre de politiques
  - Le dialogue doit se traduire par des actions politiques spécifiques
- Les résultats des CNS sont idéals pour conduire une analyse de tendances – suivi et évaluation
  - Conduite de comparaisons dans le temps pour évaluer si les stratégies mises en œuvre ont les effets souhaités
  - Opportunité unique d'évaluer les performances et de réajuster les politiques pour augmenter leur efficacité
  - Comparaisons possibles avec d'autres pays dans des catégories socioéconomiques similaires

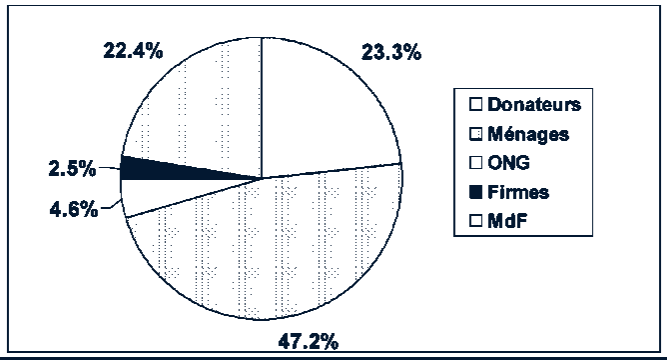
PHRplus

Notes pour les présentateurs

Voici un exemple de façons dont les résultats des CNS ont suscité un dialogue sur les choix politiques et permis de produire ensuite un paquet minimal de prestations pour tous les citoyens.

9

L'impact des CNS sur les choix politiques : la Tanzanie



Impact sur les choix politiques : résultats utilisés pour obtenir le soutien des bailleurs de fonds, pour les SWAps et pour le financement des modalités de mise en commun des ressources, et réduire les dépenses extrabudgétaires

Notes pour les présentateurs

Conclusions de la version préliminaire des CNS

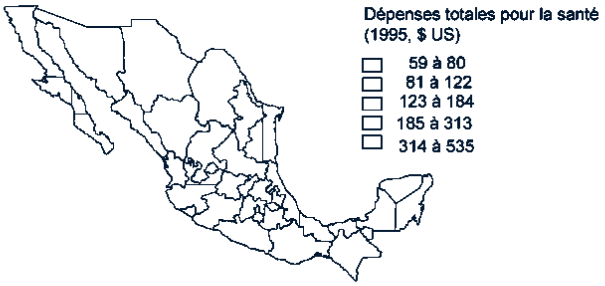
Une grande partie des dépenses pour les soins de santé ne sont pas comptabilisées dans le budget (en particulier les dépenses des bailleurs). Ceci est interprété comme une coordination inadéquate des ressources des bailleurs et un contrôle insuffisant de la gestion du secteur de la santé.

Impact sur l'élaboration des politiques

Utilisation en interne au sein des organes de l'État et communication des résultats à certains bailleurs de fonds, afin d'obtenir du soutien pour les approches sectorielles (SWAps) et pour un financement sans restriction par les bailleurs afin de réduire l'importance des dépenses extrabudgétaires.

10

L'impact des CNS sur les choix politiques : le Mexique



Impact sur les choix politiques : résultats utilisés pour canaliser l'affectation des transferts de fonds publics aux États suivant les besoins

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Le Mexique a élaboré des comptes régionaux de la santé.

Conclusions des CNS

Les dépenses pour les soins de santé varient considérablement d'un État à l'autre du Mexique, les dépenses dans les États les plus riches étant six fois plus élevées que les dépenses dans les États les plus pauvres.

Les disparités sont particulièrement apparentes dans les dépenses privées (analyse des dépenses catastrophiques : dans le décile de revenu le plus bas, les dépenses de santé sont catastrophiques ; en d'autres termes, elles consomment > 50 % du revenu disponible – pour les 17 % des ménages qui tombent dans cette catégorie.

Les dépenses publiques pour les soins de santé ne sont pas réparties selon les besoins mesurés par le fardeau de la maladie (la transition épidémiologique tient compte de la mortalité des enfants de < 5 ans et de la mortalité des adultes).

Impact sur l'élaboration des politiques

Canalisation et contrôle de l'affectation des transferts de fonds publics aux États en fonction des besoins.

Les CNS informent le débat sur l'assurance pour les pauvres.

11

L'impact des CNS sur les choix politiques : le Liban

	% du PIB pour les soins de santé	Taux annuel de croissance (% du PNB)	Taux annuel de croissance (%)	Fardeau des maladies
Liban	12.3	1.0	2.7%	Maladies chroniques
Jordanie	9.1	0.8	3.8%	
OCDE	8.3	--	--	--

- ▲ **Le taux de croissance économique projeté en Afrique du Nord et au Moyen-Orient pour les 10 prochaines années n'est que de 0,9 % ; la population devrait doubler au cours des 10 à 20 prochaines années ; les changements démographiques (augmentation du % de gens âgés) entraîneront un coût élevé des services thérapeutiques**
- ▲ **Les coûts élevés des soins de santé au Liban ne pourront pas être maintenus à terme en raison du contexte. Le Gouvernement libanais est en train d'introduire des réformes du régime de paiement des prestataires –paiements par habitant et instauration d'un barème d'honoraires**

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Comme vous pouvez le voir, le Liban et la Jordanie dépensent déjà plus que les pays de l'OCDE pour les soins de santé. Ils ont des populations en croissance rapide, ainsi que des populations vieillissantes et de plus en plus urbanisées qui nécessiteront donc plus de services et des soins curatifs plus coûteux. Tout ceci devra être fait en dépit d'un taux de croissance économique qui, selon les prévisions, ne devrait pas être très élevé. Par conséquent, est-ce que les dépenses de leurs secteurs de la santé sont soutenables ? Ces pays devraient faire plus pour affecter les ressources dont ils disposent de façons efficace et productive.

Conclusions des CNS

Une analyse des raisons pour lesquelles les dépenses étaient tellement élevées a révélé que le principe du « paiement à l'acte », selon lequel l'État, en l'absence de prestataires de soins dans le secteur public, permet aux gens de se faire soigner dans le secteur privé et de se faire rembourser avec des fonds publics. Ceci a contribué à des taux de fréquentation élevés et, par conséquent, à des coûts considérables.

Impact sur l'élaboration des politiques

En conséquence de ces déterminations, une réforme des paiements aux prestataires de soins est en cours. En vertu des nouveaux règlements, il existera un régime de paiement à la capitation et un barème d'honoraires, et une série de procédures médicales seront identifiées pour permettre de traiter certains patients en mode ambulatoire ou en hospitalisation de jour au lieu du système d'actuel d'hospitalisation et de traitement en milieu hospitalier.

12

L'impact des CNS sur les choix politiques : L'Afrique du Sud

Province	Dépenses Santé totales par habitant	Médecins généralistes	Spécialistes	Infirmiers agréés
E. Transvaal	136.60	6.48	0.48	67.63
N. Transvaal	164.07			
North-West	178.91			
N. Cape	221.15			
E.Cape	226.98			
KwaZulu-Natal	236.88			
Orange Free State	266.49			
Gauteng	381.66			
W. Cape	491.13	30.63	23.71	200.46

Impact sur les choix politiques : moratoire sur la construction de centres hospitaliers privés sans démonstration de besoin, réglementation accrue du secteur privé par le Gouvernement (équité) et transfert de ressources vers les soins primaires

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

L'Afrique du Sud a élaboré des comptes régionaux de la santé qui se sont avérés utiles pour comptabiliser les données par district.

Conclusions des premiers CNS

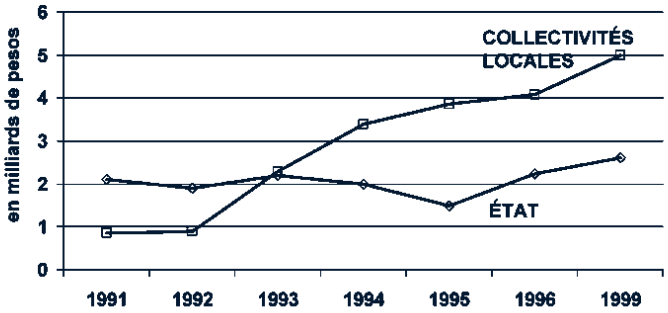
La moyenne des dépenses publiques pour les soins de santé par tête d'habitant était 3,6 fois plus élevée dans les districts les plus riches que dans les districts les plus pauvres.

Les districts les plus pauvres avaient le moins bon accès aux soins de santé – p. ex., 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 chiffres du tableau sont pour 100 000 habitants).

Impact sur l'élaboration des politiques

13

L'impact des CNS sur les choix politiques : les Philippines



Impact sur les choix politiques : résultats utilisés pour faire le suivi de la politique de décentralisation, dont le degré d'efficacité est mesuré par la décentralisation des ressources de la santé

PHRplus

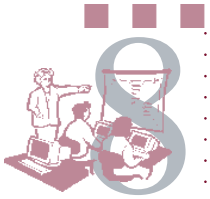
NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Exemple d'utilisation des résultats des CNS à des fins de contrôle et d'évaluation

La part des collectivités locales dans les dépenses publiques de santé a augmenté régulièrement depuis la mise en œuvre de la politique de décentralisation au début des années quatre-vingt dix.

Impact sur l'élaboration des politiques

La décentralisation financière donne les résultats escomptés.



14

Réalisation du potentiel des CNS

- Processus en trois étapes
  - Production de résultats des CNS
    - Responsabilité : équipe technique des CNS
  - Interprétation des résultats et formulation des implications en matière de choix politiques
    - Responsabilité : chef(s) d'équipe des CNS & Comité de pilotage
  - Mise en œuvre des politiques
    - Responsabilité : branche législative du pays concerné
- Les éléments qui ressortiront des CNS ne sont significatives qu'en termes d'interprétation de leurs résultats

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Une fois que l'équipe technique a présenté les résultats, le chef d'équipe, ainsi que les membres du comité de pilotage, qui sont « axés sur la vue d'ensemble », interprètent les résultats – ils se posent la question « et alors ? », et ils y répondent. Leurs interprétations seront communiquées à l'organe législatif, qui adoptera alors les mesures politiques appropriées afin de corriger les déséquilibres identifiés par les résultats des CNS.

15

L'interprétation des données des CNS à des fins de choix politiques

- Recommandations relatives aux processus
  - Il est utile de disposer d'un « interprète des données senior » à ce stade, quelqu'un qui comprend les données, a de bonnes relations avec les décideurs et connaît les principaux sujets de préoccupation du Gouvernement
  - Le Comité de pilotage des CNS peut être particulièrement utile à ce stade

PHRplus

16

L'interprétation des données des CNS à des fins de choix politiques (suite)

- Recommandations additionnelles relatives aux processus
  - Vous voudrez peut-être commencer l'examen des données en gardant en tête certains problèmes politiques qui préoccupent le Gouvernement
  - MAIS n'ignorez pas la possibilité de « nouvelles » découvertes ou de constats surprenants qui pourraient suggérer d'autres problèmes nécessitant des enquêtes complémentaires

PHRplus

17

Commencer par les questions d'ordre politique

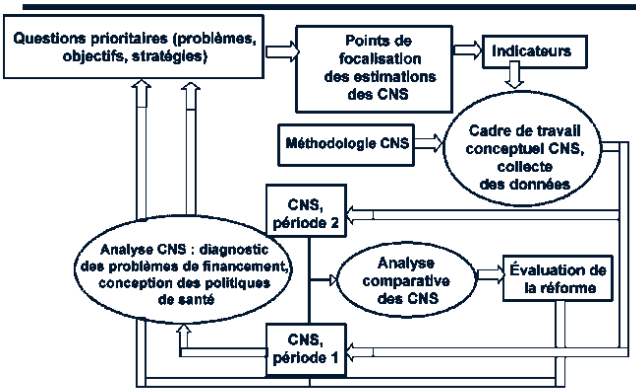
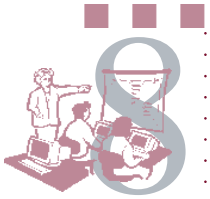


Schéma: Équipe CNS Maroc

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Dans les pays de la région Amérique latine et centrale, les personnes qui ont recueilli les données et ont alimenté les tableaux en données ne sont pas les mêmes que celles qui ont rédigé réellement les rapports et interprété les résultats à des fins d'élaboration de politiques. En fait, de nombreux pays de cette partie du monde ont deux équipes de CNS : une équipe qui élabore les rapports et une autre qui est chargée de leur « interprétation et dissémination ».



18

L'interprétation des données des CNS à des fins de choix politiques (suite)

- Recommandations additionnelles relatives aux processus
  - Mettez clairement en valeur le lien entre les constats des CNS et d'autres constats. Ceci aide à apprécier les apports des CNS et, par conséquent, facilite leur institutionnalisation

PHRplus

19

Ce qu'il faut retenir:

- Les résultats des CNS sont aussi importants que leur interprétation
- Les interprétations des données sont plus pertinentes quand elles prennent en considération les caractéristiques du secteur de la santé et d'autres caractéristiques socioéconomiques

PHRplus

20

Exercice

- Passez en revue les données présentées dans les documents distribués et écrivez :
  - les problèmes qui, selon vous, sont soulevés par les données
  - qu'est-ce qui devrait faire l'objet d'enquêtes complémentaires (par le biais d'autres types d'études, etc.)
- Vous avez 10 minutes pour écrire vos réponses. Préparez-vous à faire part de vos observations

Module 8 - Exercices

Question 1

Quelles préoccupations et questions relatives aux choix politiques sont causées par les données ci-dessous en ce qui concerne le secteur de la santé de la Susmanie ? Veuillez écrire vos réponses dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous.

Tableau 8.2 : Dépenses de santé en % du Produit Intérieur Brut

Année	% du PIB
1989	2,60
1990	2,60
1991	3,00
1992	3,20
1994	8,00
1997	14,96

Tableau 8.3 : Pourcentage de la population couverte par divers agents de financement

Agent de financement	Pourcentage de la population couverte
NSSF (Fonds National de Sécurité Sociale)	32,43%
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	5,40
Armée	8,78
ISF (Assurances Sociales Familiales)	2,11
Sécurité générale & sûreté de l'État	0,46
Assurances privées	8,00 (couverture complète) 4,60 (montant de la franchise)
MdS	42,70

Tableau 8.4: Agents de financement et Ministère de tutelle

Agent de financement	Ministère de tutelle
NSSF (Fonds National dde Sécurité Sociale)	Ministère du Travail
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	Présidence du Conseil des Ministres
Armée	Ministère de la Défense Nationale
ISF (Assurances Sociales Familiales)	Ministère de l'Intérieur
Sécurité générale & sûreté de l'État	Ministère de l'Intérieur
Assurances privées	Ministère de l'Économie et du Commerce
Fonds communs de placement	Ministère du Logement et des Coopératives
MdS	Ministère de la Santé

Tableau 8.5 : Des sources de financement aux agents de financement, exercice fiscal 1997 (millions de Croûtons)				
Agent de financement	**MdF**	**Firmes**	**Ménages**	**Total**
MdS	164			164
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	27			27
NSSF (Fonds National de Sécurité Sociale)	36	95		131
Armée	54			54
ISF (Assurances Sociales Familiales)	45			45
Sécurité générale	4			4
Sûreté de l'État	1			1
Fonds communs de placement	10	8		18
Assurances privées	0	157		157
Ménages	0	0	785	785
Total	341	260	785	1386

Tableau 8.6 : Des agents de financement aux prestataires, exercice fiscal FY 1997 (en millions de Croûtons)											
	MdS	**CSC**	**NSSF**	**Armée**	**ISF**	**Sécurité générale**	**Sûreté de l'État**	**Fonds communs de placement**	**Assurances privées**	**Ménages**	**Total**
MdS	23										23
Armée				16							16
Établissements privés soins ambulatoires	8	13	66	13	14	2	0,5	6		600	722,5
Hôpitaux privés	128	14	65	25	31	2	0,5	12	157	185	619,5
Autres	5										5
Total	164	27	131	54	45	4	1	18	157	785	1 386

Tableau 8.7 : Dépenses du MdS pour certains services de santé sélectionnés (en Croûtons)		
Service	**Dépenses**	**Nombre de bénéficiaires**
Dialyse	13 615 918	10 220
Chirurgie à cœur ouvert	18 832 314	14 000
Médicaments pour les maladies chroniques	25 300 000	61 840
Total	57 648 232	86 060

Tableau 8.8 : Indicateurs de santé pour la Susmanie				
Pays	**Espérance de vie à la naissance (OMS, 2000)**	**Taux de mortalité infantile (sur 1 000 naissances vivantes) (UNICEF, 2000)**	**Taux de fertilité totale (TFT) en 1999 (OMS, 2000)**	**Taux de mortalité maternelle (TMM) (sur 100 000 naissances vivantes) (OMS, 2000)**
Djibouti	45 (M), 45 (F)	111	5,2	740*
Égypte	64,2 (M), 65,8 (F)	51	3,2	170
Iran	66,8 (M), 67,9 (F)	29	2,7	37
Jordanie	66,3 (M), 67,5 (F)	30	4,47	41**
Susmanie	58 (M), 58 (F)	80	4,3	100
Maroc	65 (M), 66,8 (F)	57	2,9	230
Tunisie	67,0 (M), 67,9 (F)	25	2,5	70
Yémen	57,3 (M), 58,0 (F)	87	7,4	350***
Pays de l'OCDE*	73,2 (M), 79,6 (F)	12	2,5	8.5

† Données les plus récentes disponibles 1989-90
‡ La Jordanie indique officiellement un TMM de 132 pour 1997 (NHA Exec Summary)
§ Le Yémen indique officiellement un TMM de 1 200 et un TFT de 7,6 (Yémen NHA Report)
# Estimation de 1996, 6 des 29 pays de l'OCDE n'ont pas communiqué d'estimations du TMM

Tableau 8.9 : Répartition de la population active par sexe		
Catégorie	**Nombre**	**Pourcentage**
Hommes	962 726	79%
Femmes	260 047	21%
Population totale	1 222 773	100%

Réponse

Module 8 – Réponses

Question 1

Quelles préoccupations et questions relatives aux choix politiques sont causées par les données ci-dessous en ce qui concerne le secteur de la santé de la Susmanie ? Veuillez écrire vos réponses dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous.

Réponse

Dépenses de santé en pourcentage du PIB : 15 pour cent est beaucoup, mais les indicateurs de santé sont mauvais.

Pourquoi y a-t-il eu un grand saut entre 1994 et 1997 ? Il semble que les dépenses de santé aient presque doublé pendant ces trois ans. Ceci suggère qu'il conviendrait d'examiner quel type de changements de politiques se sont produits à l'époque. Est-ce que l'État a assumé alors plus de responsabilités pour les soins curatifs ? Y a-t-il eu une épidémie ? En outre, avant de faire une supposition, le membre de l'équipe devrait demander les chiffres totaux absolus pour le PIB (pas simplement des pourcentages) afin de déterminer si le PIB lui-même a beaucoup fluctué.

Tableau 8.1 Afrique du Sud: Distribution des agents de santé par quintiles de revenu

Quintiles des districts trié par revenu par habitant	Médecins	Infirmiers diplômés
Q1 (revenu le plus bas)	5.1	78.7
Q2	9.4	90.9
Q3	15.8	128.4
Q4	13.5	128.2
Q5 (revenu le plus élevé)	23.3a	189.9

Spource: McIntyre et al., 1995

Un pourcentage non négligeable de la population de la Susmanie est couvert, mais les dépenses des ménages sont élevées et les indicateurs de santé révèlent un mauvais état de santé. Le MdS couvre 42 pour cent de la population, mais c'est une faible partie du total des dépenses de santé.

Tableau 8.2 : Dépenses de santé en % du Produit Intérieur Brut

Année	% du PIB
1989	2,60
1990	2,60
1991	3,00
1992	3,20
1994	8,00
1997	14,96

Le financement public de la santé est disperse sur huit ministères et autre administration (tableau 8.3) résultant en un fardeau administratif excessif.

Tableau 8.3 : Pourcentage de la population couverte par divers agents de financement

Agent de financement	Pourcentage de la population couverte
NSSF (Fonds National de Sécurité Sociale)	32,43%
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	5,40
Armée	8,78
ISF (Assurances Sociales Familiales)	2,11
Sécurité générale & sûreté de l'État	0,46
Assurances privées	8,00 (couverture complète)
	4,60 (montant de la franchise)
MdS	42,70

Tableau 8.4 : Dépenses des ménages élevées (approximativement 50 pour cent) malgré le fait que tout le monde est couvert.

Tableau 8.4: Agents de financement et Ministère de tutelle

Agent de financement	Ministère de tutelle
NSSF (Fonds National dde Sécurité Sociale)	Ministère du Travail
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	Présidence du Conseil des Ministres
Armée	Ministère de la Défense Nationale
ISF (Assurances Sociales Familiales)	Ministère de l'Intérieur
Sécurité générale & sûreté de l'État	Ministère de l'Intérieur
Assurances privées	Ministère de l'Économie et du Commerce
Fonds communs de placement	Ministère du Logement et des Coopératives
MdS	Ministère de la Santé

Presque tout le financement de la santé – même les dépenses du MdS ! finance les établissements privés (tableau 8.5), il n'y a pas de partage des couts avec les ménages dans les formations sanitaire publique.

Tableau 8.5 : Des sources de financement aux agents de financement, exercice fiscal 1997 (millions de Croûtons)

Agent de financement	MdF	Firmes	Ménages	Total
MdS	164			164
CSC (Fonds d'Assurance des Fonctionnaires)	27			27
NSSF (Fonds National de Sécurité Sociale)	36	95		131
Armée	54			54
ISF (Assurances Sociales Familiales)	45			45
Sécurité générale	4			4
Sûreté de l'État	1			1
Fonds communs de placement	10	8		18
Assurances privées	0	157		157
Ménages	0	0	785	785
Total	341	260	785	1386

Tableau 8.6 : Tout ce qui est dépensé dans les établissements privés (y compris l'essentiel des dépenses du MdS !). Pas de partage des coûts entre les ménages dans les établissements du MdS.

Tableau 8.6 : Des agents de financement aux prestataires, exercice fiscal FY 1997 (en millions de Croûtons)

	MdS	CSC	NSSF	Armée	ISF	Sécurité géné-rale	Sûreté de l'État	Fonds communs de placement	Assuran-ces privées	Ména-ges	Total
MdS	23										23
Armée				16							16
Établissements privés soins ambulatoires	8	13	66	13	14	2	0,5	6		600	722,5
Hôpitaux privés	128	14	65	25	31	2	0,5	12	157	185	619,5
Autres	5										5
Total	164	27	131	54	45	4	1	18	157	785	1 386

Tableau 8.7 : 57 648 232 de dépenses du MdS pour des services spécialisés. C'est un tiers du total des dépenses du MdS (164). La couverture totale du MdS pour ces services sélectionnés ne concerne que 2 % de la population totale.

Tableau 8.7 : Dépenses du MdS pour certains services de santé sélectionnés (en Croûtons)

Service	Dépenses	Nombre de bénéficiaires
Dialyse	13 615 918	10 220
Chirurgie à cœur ouvert	18 832 314	14 000
Médicaments pour les maladies chroniques	25 300 000	61 840
Total	57 648 232	86 060

Tableau 8.8 : Les femmes ne sont pas dans le secteur formel ; par conséquent elles ont moins d'accès à la couverture de l'assurance maladie.

Tableau 8.8 : Indicateurs de santé pour la Susmanie

Pays	Espérance de vie à la naissance (OMS, 2000)	Taux de mortalité infantile (sur 1 000 naissances vivantes) (UNICEF, 2000)	Taux de fertilité totale (TFT) en 1999 (OMS, 2000)	Taux de mortalité maternelle (TMM) (sur 100 000 naissances vivantes) (OMS, 2000)
Djibouti	45 (M), 45 (F)	111	5,2	740*
Égypte	64,2 (M), 65,8 (F)	51	3,2	170
Iran	66,8 (M), 67,9 (F)	29	2,7	37
Jordanie	66,3 (M), 67,5 (F)	30	4,47	41**
Susmanie	58 (M), 58 (F)	80	4,3	100
Maroc	65 (M), 66,8 (F)	57	2,9	230
Tunisie	67,0 (M), 67,9 (F)	25	2,5	70
Yémen	57,3 (M), 58,0 (F)	87	7,4	350***
Pays de l'OCDE*	73,2 (M), 79,6 (F)	12	2,5	8.5

† Données les plus récentes disponibles 1989-90
‡ La Jordanie indique officiellement un TMM de 132 pour 1997 (NHA Exec Summary)
§ Le Yémen indique officiellement un TMM de 1 200 et un TFT de 7,6 (Yémen NHA Report)
# Estimation de 1996, 6 des 29 pays de l'OCDE n'ont pas communiqué d'estimations du TMM

Tableau 8.9 : Répartition de la population active par sexe

Catégorie	Nombre	Pourcentage
Hommes	962 726	79%
Femmes	260 047	21%
Population totale	1 222 773	100%

Les femmes ne sont pas dans le secteur formel ; par conséquent elles ont moins d'accès à la couverture de l'assurance maladie.

La population de la Susmanie est de 4 millions.

9

Module 9
Institutionnalisation des CNS

Durée

Formation multinationale : 90 minutes

Formation nationale : 60 minutes

Objectifs de la présentation

À la fin de ce module, les participants :

- comprendront l'ensemble du concept d'institutionnalisation
- connaîtront certains des problèmes et certaines des difficultés de l'institutionnalisation, et auront étudié la façon dont certains pays les ont surmontés
- auront préparé un cadre de travail pour leur permettre d'institutionnaliser les CNS dans leur pays

Les objectifs de la présentation

- ▲ Comprendre le concept d'institutionnalisation
- ▲ Reconnaître l'importance d'assurer la longévité des CNS, en particulier pour le processus de choix politiques en rapport avec la santé
- ▲ Prendre conscience de certains des problèmes et des défis de l'institutionnalisation, ainsi que de la façon dont certains pays ont relevé ces défis

PHRplus

Contenu

- Le concept et les principales composantes de l'institutionnalisation
- Les obstacles à l'institutionnalisation des CNS
- Comment surmonter les obstacles : les principales étapes de l'institutionnalisation
- Exemple : l'approche du Kenya pour l'institutionnalisation

Exercices

- Questions d'application

Note pour les formateurs

Maintenant que les participants ont appris le concept, le but et la méthodologie des CNS, le moment est venu de discuter l'importance de l'institutionnalisation des CNS.

Pour commencer ce module, répétez que, comme cela a déjà été expliqué à maintes reprises dans ce manuel, l'objectif primordial des CNS est de produire des preuves empiriques pour informer le processus d'élaboration de politiques. Un pays ne récoltera pas tous les avantages des CNS s'il ne les prépare qu'une seule fois. La mise en œuvre des CNS à intervalles périodiques permet de contrôler et d'évaluer l'impact des interventions politiques, de faire des analyses des tendances d'un système de santé donné et de comparer un système de santé à d'autres systèmes de santé.

I. Le concept et les principales composantes de l'institutionnalisation

Qu'est-ce que l'institutionnalisation ?

▲ Le processus de conduite d'études périodiques de CNS avec l'appui financier et politique exclusif de l'État

PHRplus

Trois caractéristiques de l'institutionnalisation des CNS

1. Récurrence – les données sur les tendances sont importantes
2. Les CNS doivent être utilisés pour la politique de la santé – pas simplement comme un exercice de recherche
3. Doivent être adoptés comme une activité ordinaire de l'État, comme le recensement

PHRplus

L'institutionnalisation est le processus consistant à réaliser des études des CNS à intervalles périodiques avec le soutien financier politique total du gouvernement. L'institutionnalisation a trois composantes principales :

1. **Récurrence** : ceci fait référence à la répétition de l'exercice d'élaboration des CNS par un pays, de préférence tous les ans. **La récurrence des études de CNS est cruciale si l'on veut produire des données sur les *tendances*** et permettre aux décideurs de contrôler la condition financière de leurs systèmes de santé au fil des ans. Les Philippines ont utilisé sept années d'estimations des CNS pour analyser de manière approfondie l'impact des efforts de décentralisation du pays1, et ce pays continue à utiliser les CNS comme outil de contrôle. La récurrence est habituellement la première composante associée à l'institutionnalisation, mais ce n'est pas la seule.
2. **Utilisation dans le processus d'élaboration de politiques** : pour augmenter au maximum les chances d'obtention d'un vaste soutien à un niveau élevé pour la production d'une étude de CNS, **les résultats des CNS doivent être incorporés au processus d'élaboration des politiques de la santé** plutôt que d'être enterrés dans un tiroir de bureau d'une université ou d'une administration publique. L'utilisation par les décideurs est un aspect important de l'institutionnalisation ; cette dernière ne saurait être confondue avec la répétition. De nombreux pays pensent qu'ils ont institutionnalisé les CNS parce qu'ils les ont élaborés de façon périodique. Par exemple, la FUNSALUD (*Fundación Mexicana de la Salud*), une ONG du Mexique, a élaboré des CNS au moins cinq ans à la suite du début au milieu des années quatre-vingt dix ; cependant, étant donné que les CNS ont été élaborés en dehors du gouvernement, et que le MdS n'a jamais été associé à leur élaboration, ils ne furent jamais

[1] Pour plus de renseignements sur l'emploi des CNS par les Philippines, veuillez consulter PHR*plus*, 2002.

« adoptés » par le MdS, et les estimations n'ont pas été utilisées dans le cadre des discussions menant aux décisions de choix politiques en ce qui concerne la santé dans le pays.

3. **Adoption par le gouvernement** : en fin de compte, c'est l'intérêt du gouvernement dans cet outil qui suscite une demande prolongée de CNS pour informer le processus d'élaboration de politiques. Cet intérêt des décideurs au plus haut niveau doit se manifester par la mise à disposition constante de ressources financières et personnelles pour les activités d'élaboration des CNS. (Un indicateur important de l'adoption des CNS par le gouvernement est l'existence d'un poste comptable au budget pour financer les activités des CNS et le personnel qui les élabore.) Cela peut prendre un certain nombre d'années – et un certain nombre d'estimations des CNS – pour que **les CNS soient intégrés aux activités ordinaires du gouvernement comme, par exemple, le recensement national.**

II. Les obstacles à l'institutionnalisation des CNS

Jusqu'à présent, peu de pays ont institutionnalisé les CNS dans la mesure de l'adoption des trois principales composantes de l'institutionnalisation. Ceci est dû en partie au fait que l'introduction des comptes de santé dans les pays en développement est un phénomène relativement récent. L'expérience d'un certain nombre de pays démontre que plusieurs problèmes peuvent faire obstacle au processus d'institutionnalisation :

État actuel de l'institutionnalisation

- Peu de pays ont institutionnalisé les CNS
  - Pourquoi ?
    - Environnement politique peu favorable
    - Systèmes comptables peu développés
    - Absence de normes pour les rapports
    - Pas d'obligation de partager, ou de communiquer les données, dont les CNS ont besoin (problème particulièrement sérieux dans le secteur privé)
    - Perception de coûts élevés pour les CNS

- **Environnement politique peu favorable** : bien que les décideurs puissent reconnaître l'importance de décisions bien informées par des données, cette reconnaissance peut ne pas se traduire par un engagement de financer les frais d'élaboration des CNS ou par la volonté d'utiliser les informations des CNS comme outil de planification. Les raisons peuvent en être une pénurie de ressources financières pour payer le personnel et les enquêtes nécessaires à l'élaboration des CNS, la crainte que les résultats des CNS remettent en cause certains programmes politiques existants ou le manque de compréhension de la valeur possible de l'emploi de données financières dans le cadre du processus d'élaboration de politiques dans le secteur de la santé. Les CNS n'ont pas bénéficié du soutien nécessaire dans certains pays caractérisés par des budgets limités et la présence de décideurs ayant une formation essentiellement médicale.

- **Plans comptables très primitifs et normes insuffisantes pour les rapports financiers** : de nombreux pays en développement sont toujours aux premiers stades du développement de systèmes d'informations de santé. L'absence de tels systèmes et de normes comptables signifie que les données nécessaires à l'élaboration de CNS n'existent pas encore ; cela a pour conséquence que les équipes chargées de l'élaboration des CNS devront investir des ressources considérables et passer beaucoup de temps à recueillir des données primaires et à valider ces données en consultant les sources secondaires disponibles. Les outils et procédures enseignés dans ce programme de formation pour les CNS et dans le Guide de l'élaboration des comptes nationaux aident à surmonter de tels obstacles et à réduire les frais et le temps nécessaires à l'élaboration des CNS.
- **Pas d'obligation de partager ou de communiquer les données nécessaires à l'élaboration des CNS (problème particulièrement sérieux dans le secteur privé)** : une caractéristique qui aide à convaincre les décideurs de la valeur des CNS est la capacité d'estimer les dépenses dans le secteur privé dans le cadre de l'élaboration des CNS ; cependant, cette capacité peut être difficile à construire. Les entités privées à but lucratif peuvent hésiter à communiquer des informations à l'administration parce qu'elles craignent que ces informations ne soient utilisées à des fins d'imposition de leurs revenus. Pour surmonter une telle réticence, certains pays ont mis au point des présentations des CNS qui soulignent spécifiquement la valeur des CNS pour le secteur privé.
- **Perception de coûts élevés pour les CNS** : cette perception est souvent un problème dans les pays ne disposant pas de systèmes d'information très perfectionnés. Le coût diminuera progressivement étant donné que les CNS seront répétés périodiquement et que les systèmes comptables auront déjà été mis en place.

III. Comment surmonter les obstacles : les principales étapes de l'institutionnalisation

Les principales étapes de l'institutionnalisation

- Promotion des CNS auprès des décideurs
  - Aucun décideur n'investira du temps et de l'argent pour soutenir les CNS s'il ne pense pas qu'ils peuvent produire un bénéfice clair
  - La production d'estimations pour les CNS ne suffit pas à elle seule à garantir des décisions « basées sur des évidences »

PHRplus

Bien que certains pays aient adapté leur approche de l'institutionnalisation à leurs propres circonstances, toutes les stratégies ont certaines caractéristiques en commun :

1. **Promouvoir les CNS auprès des décideurs** : la volonté politique et l'engagement financier des décideurs au niveau le plus élevé sont des facteurs cruciaux pour assurer le succès de la mise en œuvre et de l'institutionnalisation des CNS. Il ne suffit pas de produire des estimations

annuelles des CNS pour garantir un tel soutien et assurer la prise de décisions basées sur les informations communiquées par les CNS – **les décideurs doivent percevoir un avantage clair associé aux CNS. Pour ce faire, il faut promouvoir les CNS ou en « faire l'éloge » auprès des responsables appropriés. L'équipe chargée de l'élaboration des CNS doit donc formuler une stratégie de dissémination** pour illustrer et communiquer la valeur des estimations des CNS. Ceci a été fait de diverses manières suivant le pays :

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

1. Promotion des CNS auprès des décideurs (suite)
   - Pour être utilisés, les CNS doivent être canalisés vers le public approprié ; en d'autres termes, ils doivent pouvoir atteindre les personnes qui sont en mesure d'influencer les décisions.
     - Ceci peut être fait en communiquant les CNS dans un format facilement compréhensible par les décideurs.

       p. ex., résumés très courts, présentations brèves, mise en valeur de la pertinence des conclusions et des recommandations, constitution possible d'une « équipe de dissémination des CNS »

- En convoquant des réunions de dissémination et de discussion à l'intention des entités concernées par les soins de santé dans le secteur public et dans le secteur privé ; par exemple, en créant un comité de pilotage ou un autre organisme dans le cadre duquel ces discussions se tiendront.
- En encourageant un « champion » des CNS à en faire la promotion.
- En adaptant les présentations des CNS en fonction de chaque groupe de décideurs. À la fin des années quatre-vingt dix, l'équipe des CNS en Afrique du Sud a développé des présentations qui montraient comment les CNS pourraient répondre aux besoins de chaque groupe de décideurs. Ces présentations répondaient à des questions telles que « Comment les CNS peuvent-ils clarifier les questions et les décisions de (leur groupe ciblé de décideurs) ? » et « Comment sont-ils applicables aux problèmes auxquels ces parties concernées sont confrontées au quotidien ? »
- En identifiant les personnes appropriées pour discuter avec les décideurs au sujet des CNS. Pour l'estimation de 2001/02 du Kenya, l'équipe des CNS a choisi une stratégie de dissémination « d'égal à égal ». Des hauts fonctionnaires du MdS ont communiqué la valeur des CNS à d'autres responsables de haut niveau du Ministère.
- En préparant des publications à l'intention de groupes de décideurs spécifiques. Le Bangladesh et d'autres pays ont produit de brefs descriptifs mettant en lumière les résultats des CNS et la pertinence de tels résultats pour l'élaboration des politiques. Le Manuel des participants contient plusieurs exemples de tels descriptifs.
- En communiquant les résultats des CNS dans les délais *les plus brefs possibles*. Certains pays ont pris quatre ans pour parachever leurs rapports sur les CNS ; par conséquent, les résultats ne sont plus à jour quand ils sont disséminés et ils sont donc moins utiles pour convaincre les décideurs de se servir des CNS pour informer leurs décisions.

- En informant les décideurs dès le début du processus d'élaboration des CNS (p. ex., par le biais d'un comité de pilotage) et en leur communiquant des mises à jour périodiques du processus de mise en œuvre. Certains pays ont jugé utile de faire des présentations sommaires des résultats préliminaires dès que les données ont été apurées et analysées partiellement.
- En concevant l'étude des CNS en tenant compte de l'environnement politique du pays. Les membres de l'équipe des CNS doivent demander aux décideurs de donner leur avis sur les principaux thèmes des CNS. En faisant participer les décideurs au processus d'élaboration des CNS, les pays concernés renforcent le sens de contrôle du gouvernement sur les CNS et accroissent l'importance des CNS aux yeux des décideurs.

2. Domicilier les CNS : l'équipe des CNS, conjointement avec les décideurs et le comité de pilotage, doivent identifier un domicile permanent pour l'équipe des CNS, **avec tout le personnel d'appoint et toutes les ressources budgétaires nécessaires**. En général, l'équipe des CNS travaille dans les locaux du Ministère de la Santé ou, parfois, dans le service central des statistiques ou au Ministère des Finances. Le lieu est déterminé par le contexte du pays, et il faut s'assurer que le domicile des CNS n'affecte pas la façon dont les données seront utilisées par les décideurs. Par exemple, si les CNS sont domiciliés dans une université ou dans les locaux d'un établissement de recherche indépendant, il sera difficile pour le gouvernement d'« adopter » le processus, et les chances d'utilisation des résultats des CNS par le gouvernement seront donc réduites.

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

2. Domiciliation des CNS
   - ▲ Peu importe où les CNS sont domiciliés à condition que leur domicile n'affecte pas négativement la façon dont les données peuvent être utilisées par les décideurs
     - △ Le domicile traditionnel des CNS est le MdS, mais ils sont parfois domiciliés au bureau central des statistiques, au MdF ou à la banque centrale
     - △ Lieu de domiciliation décidé en fonction du contexte de chaque pays
     - △ Réfléchissez à la façon dont les constats des CNS seront disséminés et utilisés

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

2. Domiciliation des CNS (suite)
   - ▲ Leur domiciliation doit encourager la coordination entre les diverses entités concernées
     - △ P. ex., on constate parfois un manque de coordination entre les administrateurs de l'enquête sur les ménages (bureau des statistiques) et les utilisateurs primaires des données sur la santé (MdS)
   - ▲ Il est utile de les domicilier dans une organisation avec une direction désireuse et capable d'en faire la promotion et de souligner leur importance

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

2. Domiciliation des CNS (suite)
   - ▲ S'ils sont domiciliés dans une organisation concernée par les choix politiques pour la santé, ils peuvent obtenir de cette façon un « champion des CNS »
     - △ Ceci est particulièrement important pendant la phase initiale des CNS afin d'assurer leur viabilité
   - ▲ Un problème important pour assurer la « périodicité » et la « prise en charge » des CNS consiste à créer un POSTE COMPTABLE POUR LES CNS DANS LE BUDGET DE L'ÉTAT
     - △ Ceci peut être obtenu par le « champion des CNS »

PHRplus

3. **Établir des normes pour la collecte et l'analyse des données** : pour faciliter la collecte de données uniformes et comparables sur une base longitudinale, les pays doivent systématiser les procédures et les protocoles utilisés pour la collecte de données financières. Les équipes chargées de l'élaboration des CNS doivent garder ceci présent à l'esprit quand elles commencent le premier stade de l'élaboration. Par exemple, étant donné qu'il est difficile et coûteux de réaliser des enquêtes périodiques sur les dépenses de santé des ménages, certains pays ajoutent une série de questions sur le financement des soins de santé aux enquêtes déjà institutionnalisées telles que l'enquête sur la population et la santé ou l'enquête sur les revenus et le bien-être de la population. L'établissement de normes pour la collecte des données nécessite la documentation des étapes de la méthodologie utilisée lors de chaque étape de l'élaboration des CNS. L'équipe doit noter quelles questions ont soulevé des problèmes, les noms des personnes contactées pour obtenir des informations et d'autres informations diverses. Cette documentation peut être extrêmement utile pour contribuer à la rédaction du manuel « Protocole des CNS » du pays à l'intention des futurs membres de l'équipe des CNS, en particulier dans les pays où le personnel des organismes concernés de l'État change fréquemment. L'absence de documentation écrite claire et les changements fréquents de personnel se combinent pour affecter négativement le processus d'élaboration des CNS dans de nombreux pays, car les nouvelles équipes des CNS ne disposent alors pas de la formation nécessaire et ne savent souvent pas comment poursuivre les activités antérieures pour l'élaboration des CNS.

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

3. Établissement de normes pour la collecte et l'analyse des données
   - ▲ Si les données ne sont pas uniformes d'une année à l'autre, elles ne peuvent pas aider à l'élaboration des politiques
   - ▲ Systématisation des procédures et des protocoles
     - △ Des systèmes d'information sur la santé sont nécessaires
   - ▲ Documentation des étapes méthodologiques accomplies lors du premier stade et de la façon dont elles ont permis d'aborder certains problèmes particuliers, etc.

4. **Instauration d'obligations relatives à la communication des données** : la collecte de données partielles seulement compromet l'objectif des CNS, qui est de fournir une évaluation financière *complète* du secteur de la santé. La réticence du secteur privé à divulguer des données financières n'est pas rare, en raison de la crainte selon laquelle ces données risquent d'être utilisées à des fins fiscales. De nombreux pays se sont efforcés de surmonter cet obstacle de différentes manières :

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

4. Instauration « d'obligation » relatives au report de données
   - ▲ Important pour le secteur public et le secteur privé ; « nécessaire » pour les activités à long terme dans le cadre des CNS
     - △ Difficile à faire, en particulier pour le secteur privé
     - △ En général, la qualité des CNS risque d'être mauvaise NON à cause de l'insuffisance des données, mais plutôt en raison du MANQUE d'OBLIGATION concernant le partage ou la communication de ces données

- Des campagnes doivent être lancées pour convaincre les entités du secteur privé à participer volontairement au processus d'élaboration des CNS. À nouveau, cela signifie qu'il faut essayer de leur démontrer les avantages qu'elles peuvent retirer des CNS afin de faire adopter le processus d'élaboration des CNS par l'ensemble du pays, et pas seulement le secteur public.
- Des lettres doivent être rédigées par le MdS ou le Comité de pilotage afin de donner des instructions ou de demander la communication de données.
- Une législation concernant les obligations de communication des données est très recommandée pour soutenir les activités d'élaboration des CNS à long terme.
- L'adoption de lois concernant les obligations de communication des données financières a été l'une des tâches des CNS les plus difficiles à accomplir dans l'ensemble, mais en particulier pour le secteur privé, et peu de pays sont parvenus à faire adopter de telles lois.
- Au lieu d'imposer des obligations dans ce domaine, des responsables importants des entités du secteur privé ont été encouragés à recueillir des données de leurs propres organisations. De cette manière, le secteur privé aidera à coordonner le processus de collecte des données pour l'élaboration des CNS.

Même lorsque des obligations législatives ou réglementaires sont en vigueur pour la communication de données, il est toujours important de démontrer la valeur des CNS à toutes les parties concernées pour promouvoir la coopération de tous dans les meilleurs délais possibles.

IV. Exemple : l'approche du Kenya pour le processus d'institutionnalisation

Le formateur doit examiner l'exemple suivant de stratégie utilisée par un pays (le Kenya) pour les quatre étapes de l'institutionnalisation (Tableau 9.1). Plusieurs des diapositives associées à la présentation décrivent également l'exemple de modèle d'institutionnalisation du Kenya.

Table 9.1. Étude de cas: Cadre d'institutionnalisation au Kenya	
Étapes de l'institutionnalisation	**Stratégie du Kenya**
1. Promotion des CNS au près des décideurs	Tenu d'un atelier de lancement des CNS pour les décideurs et parties prenantes pendant laquelle le comité de pilotage fut formé. ❑ Leurs préoccupations politiques guideront le déroulement des CNS ❑ L'équipe des CNS communiquera des mises à jour périodiques du processus de mise en œuvre au CP
2. Domicilier les CNS	Décida de domicilier les CNS dans le MdS. Mandata un 'promoteur de politiques'. Direction de la Planification du MdS coordonna une équipe pluridisciplinaire composée de membres du Bureau Central des Statistiques, du Conseil National de la Lutte contre le SIDA, de l'Université de Nairobi, etc.
3. Établir des normes pour la collecte et l'analyse des données	Toutes activités sont conceptualisées dans l'optique de l'institutionnalisation ❑ Développement d'un lien avec l'Université de Nairobi. S'il y a changement de personnel l'université peu formé de nouveaux membres de l'équipe des CNS pour le MdS ❑ L'Université de Nairobi a institué un module sur les CNS dans son cours d'économie. ❑ Toutes étapes des CNS seront documenté; chaque décision, chaque étapes, chaque hypothèses. ❑ Participation du CP dans la collection des donnés. ❑ Des questions sur les dépenses seront incluses dans les modules futurs d'enquêtes sur le revenu et condition de vie des ménages.
4. Instauration d'obligations relatives à la communication des données	Au lieu d'obligations, des représentative clés du secteur privé sont invité à faire la collecte des donnés dans leur institutions. Donc le secteur privé aidera a coordonné la collecte des donnés.

V. Application de ce module

Le formateur devra demander aux participants de passer en revue les problèmes et les difficultés qu'ils ont identifiés pour leurs pays respectifs et qui sont indiqués dans les documents qui leur ont été distribués. Puis le formateur pourra demander alors aux participants de partager ces problèmes et ces difficultés avec le reste du groupe. Pour ce faire, il devra les écrire un par un sur un tableau à feuilles mobiles en les mettant en rapport avec chacune des quatre étapes de l'institutionnalisation. Il animera ensuite une séance de « brainstorming » au cours de laquelle les participants devront formuler des stratégies pour surmonter chacun des obstacles mentionnés. Le formateur devra également noter chaque stratégie sur le tableau à feuilles mobiles, à côté du défi qui est censé être relevé.

Question 1a

Rédigez le cadre de travail pour l'institutionnalisation du CNS dans votre pays :

Placez les questions et problèmes énumérés ci-dessus dans le tableau qui suit en fonction de l'action qui, selon vous, sera la plus affectée par le problème.

Question 1b

Sur la base des discussions en classe et de ce que vous avez appris en ce qui concerne les stratégies d'autres pays pour ce qui est de l'institutionnalisation, écrivez les stratégies qui, selon vous, sont les plus réalistes pour votre pays dans le cadre de son effort visant à accomplir chacune des quatre actions décrites plus bas ?

Réponse :

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées dans le Module 9. Chaque équipe de pays doit répondre à ces questions selon le contexte de son propre pays.

Références

De, Susna, Tania Dmytraczenko, Derick Brinkerhoff et Marie Tien. 2003. *Has Improved Availability of Health Expenditure Data Contributed to Evidence-Based Policymaking?* Rapport technique 022. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (mai).

PHR*plus*. 2002. *Using NHA to Inform the Policy Process*. NHA Global Policy Brochure. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

PHR*plus*. 2003. *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process*. Exposé introductif à l'intention des décideurs. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (mai).

Module 9

Diapositives associées à la présentation

1

PHRplus

Module 9 :
Institutionnalisation des CNS

USAID

The PHR*plus* Project is funded by U.S. Agency for International Development and implemented by:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Les objectifs de la présentation

- ▲ Comprendre le concept d'institutionnalisation
- ▲ Reconnaître l'importance d'assurer la longévité des CNS, en particulier pour le processus de choix politiques en rapport avec la santé
- ▲ Prendre conscience de certains des problèmes et des défis de l'institutionnalisation, ainsi que de la façon dont certains pays ont relevé ces défis

PHRplus

3

Qu'est-ce que l'institutionnalisation ?

▲ Le processus de conduite d'études périodiques de CNS avec l'appui financier et politique exclusif de l'État

PHRplus

4

Trois caractéristiques de l'institutionnalisation des CNS

1. Récurrence – les données sur les tendances sont importantes
2. Les CNS doivent être utilisés pour la politique de la santé – pas simplement comme un exercice de recherche
3. Doivent être adoptés comme une activité ordinaire de l'État, comme le recensement

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Il est nécessaire que les trois aspects soient totalement institutionnalisés.

Récurrence : les CNS doivent être élaborés périodiquement pour pouvoir produire des données sur les tendances plutôt que pour fournir seulement une estimation à un seul moment. Les données sur les tendances produisent de meilleures informations pour la formulation de politiques, pour un suivi plus complet et pour une évaluation plus précise des stratégies en matière de santé, etc. Les Philippines ont utilisé sept années de données pour effectuer une analyse complète de l'impact de la décentralisation (cf. brochure *Global NHA*).

Élaboration de politiques : les CNS ne doivent pas être produits année après année simplement pour être classés dans les tiroirs de bureaux de techniciens ; il est nécessaire qu'ils soient utilisés par les décideurs pour être totalement institutionnalisés. Le Mexique a élaboré des CNS cinq années à la suite ; cependant, cela avait été l'œuvre d'une ONG appelée FUNSALUD – en dehors du MdS. Par conséquent, comme il n'y a pas eu de participation du MdS, les CNS n'ont pas été adoptés par le Gouvernement et ils n'ont pas été utilisés pour informer les choix politiques.

Adoption par le gouvernement : il faudra peut-être un certain nombre d'années et d'estimations avant que les CNS ne soient considérés comme une partie ordinaire des activités d'un gouvernement. Pour faire adopter les CNS par le gouvernement, il est crucial de créer un poste budgétaire pour les CNS. C'est une condition essentielle de leur institutionnalisation. Jusqu'à présent, trois pays seulement ont inclus les CNS dans le budget de l'État sans aide extérieure : le Maroc, l'Afrique du Sud et l'Iran.

5

État actuel de l'institutionnalisation

- Peu de pays ont institutionnalisé les CNS
  - Pourquoi ?
    - Environnement politique peu favorable
    - Systèmes comptables peu développés
    - Absence de normes pour les rapports
    - Pas d'obligation de partager, ou de communiquer les données, dont les CNS ont besoin (problème particulièrement sérieux dans le secteur privé)
    - Perception de coûts élevés pour les CNS

PFRplus

Notes pour les présentateurs

Environnement politique peut favorable : dans l'ensemble, l'engagement pris par les décideurs d'utiliser les informations comme outil de planification est faible, en dépit d'une reconnaissance générale au niveau du Premier Ministre de l'importance des décisions basées sur les données. Par conséquent, dans de nombreux pays, il manque un engagement réel de longue durée par le Premier Ministre. Néanmoins, en raison du déclin des ressources pour les soins de santé, on a constaté une volonté accrue d'augmentation de l'efficacité de ces ressources, et c'est à ce titre que l'importance des CNS comme outil de planification a été reconnue.

Plans comptables très primitifs et normes insuffisantes pour les rapports financiers : bien que, dans de nombreux pays, le Premier Ministre reconnaisse l'importance des décisions basées sur les données, ce besoin ne s'est pas toujours traduit par un investissement réel (en particulier financier) dans la formulation de normes pour le contrôle et la communication des données sous forme de rapports.

Perception de coûts élevés : Le coût diminuera progressivement étant donné que les CNS seront répétés périodiquement et que les systèmes comptables auront déjà été mis en place, mais les informations des CNS continueront à être très utiles pour le processus d'élaboration des politiques.

6

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

1. **Promotion des CNS auprès des décideurs (suite)**
   - ▲ **Pour être utilisés, les CNS doivent être canalisés vers le public approprié ; en d'autres termes, ils doivent pouvoir atteindre les personnes qui sont en mesure d'influencer les décisions.**
     - △ **Ceci peut être fait en communiquant les CNS dans un format facilement compréhensible par les décideurs.**

       p. ex., résumés très courts, présentations brèves, mise en valeur de la pertinence des conclusions et des recommandations, constitution possible d'une « équipe de dissémination des CNS »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Création d'un environnement porteur

Le formateur doit répéter que les CNS ne sont pas simplement une étude universitaire ou statistique destinée à être rangée dans un tiroir une fois terminée. Il faut en faire la promotion auprès des décideurs afin de leur permettre de jouer leur rôle, qui est d'informer les politiques de santé.

7

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

1. Promotion des CNS auprès des décideurs (suite)
   - ▲ Pour être utilisés, les CNS doivent être canalisés vers le public approprié ; en d'autres termes, ils doivent pouvoir atteindre les personnes qui sont en mesure d'influencer les décisions.
     - △ Ceci peut être fait en communiquant les CNS dans un format facilement compréhensible par les décideurs.

       p. ex., résumés très courts, présentations brèves, mise en valeur de la pertinence des conclusions et des recommandations, constitution possible d'une « équipe de dissémination des CNS »

PHR*plus*

Notes pour les présentateurs

Équipe chargée de la dissémination ; division du travail dans la région Amérique latine, centrale et Antilles. La plupart des membres de l'équipe chargée de la dissémination avaient des contacts adéquats avec les responsables de l'élaboration des politiques.

Descriptifs établissant la pertinence des résultats des CNS pour informer les choix politiques : concentration sur une ou deux conclusions importantes et leurs implications pour l'élaboration des politiques. Le Bangladesh a produit une série de descriptifs. La principale conclusion était que les deux tiers des dépenses des ménages portaient sur l'achat de médicaments. Ceci a conduit le Premier Ministre à se demander quelle en était la raison. Est-ce que c'était parce que 1) il n'y avait pas suffisamment de médicaments disponibles dans le secteur public, 2) les médicaments étaient prescrits de façon excessive par les médecins, 3) les patients achetaient trop de médicaments en vente libre, 4) certains médicaments étaient prescrits par des personnes n'en ayant pas le pouvoir légal. Les CNS ont permis au Premier Ministre de prendre conscience de ce problème.

Donnez l'exemple de l'Afrique du Sud, où, pour un groupe particulier de décideurs, les présentations des CNS avaient été adaptées de façon à répondre à leurs besoins particuliers ; en d'autres termes, en quoi les résultats des CNS peuvent-ils être utiles pour leurs tâches et responsabilités ? Comment se rapportent-ils aux problèmes auxquels ils sont confrontés au quotidien ? Au Kenya, il existait un consensus en faveur de présentations entre personnes de même niveau. Et la façon dont les données sont présentées est également très importante. Au lieu de dire que 75 % des dépenses pour les soins de santé sont financées par les ménages, il serait plus utile de dire que '3 francs de financement des soins de santé sur 4' sont contribués par les ménages et non par l'État.

PHR*plus* s'efforce d'influencer ce processus en encourageant la tenue de conférences de décideurs dans les divers réseaux de CNS.

Le formateur voudra peut-être partager divers exemples de descriptifs avec l'ensemble de la classe.

8

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

1. Promotion des CNS auprès des décideurs (suite)
   - ▲ La communication des conclusions doit être PONCTUELLE
     - △ Informez les décideurs (formation du Comité de pilotage) du but des CNS (c. à d., répondre à leurs besoins) dès le début de l'étude
     - △ Communiquez des mises à jour périodiques au CP
     - △ Faites des présentations sommaires dès que les données ont été apurées et partiellement analysées ; n'attendez pas trop longtemps après la fin de l'étude pour présenter les conclusions
   - ▲ La structure des CNS doit être influencée par leur environnement politique (dans la mesure du possible)

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Ne prenez pas quatre ans pour parachever le rapport sur les CNS ! À ce moment-là, les résultats ne seront peut-être plus conformes à la nouvelle réalité. Répétez le besoin d'équilibrer la « qualité » du rapport et la ponctualité de sa publication.

Les CNS doivent être élaborés en tenant compte de l'environnement politique dans la mesure du possible : p. ex., dans certains pays, le Premier Ministre a demandé des analyses portant spécifiquement sur cinq maladies. Ceci pourrait être très utile à certains décideurs mais cette tâche prendrait beaucoup de temps à accomplir.

9

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

2. Domiciliation des CNS
   - ▲ Peu importe où les CNS sont domiciliés à condition que leur domicile n'affecte pas négativement la façon dont les données peuvent être utilisées par les décideurs
     - △ Le domicile traditionnel des CNS est le MdS, mais ils sont parfois domiciliés au bureau central des statistiques, au MdF ou à la banque centrale
     - △ Lieu de domiciliation décidé en fonction du contexte de chaque pays
     - △ Réfléchissez à la façon dont les constats des CNS seront disséminés et utilisés

PHRplus

10

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

2. Domiciliation des CNS (suite)
   - ▲ Leur domiciliation doit encourager la coordination entre les diverses entités concernées
     - △ P. ex., on constate parfois un manque de coordination entre les administrateurs de l'enquête sur les ménages (bureau des statistiques) et les utilisateurs primaires des données sur la santé (MdS)
   - ▲ Il est utile de les domicilier dans une organisation avec une direction désireuse et capable d'en faire la promotion et de souligner leur importance

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Si les CNS sont domiciliés dans une université ou dans les locaux d'un établissement de recherche indépendant, il sera difficile pour le gouvernement d'« adopter » le processus, et les chances d'utilisation des résultats des CNS par le gouvernement seront donc réduites. Par exemple, au Mexique (où les CNS ont été élaborés par FUNSALUD) et en Zambie (Université de Zambie), le rapport n'a pas circulé en tant que document du gouvernement parce qu'il n'avait pas été élaboré par ce dernier. Il n'y a donc eu ni soutien, ni intérêt du gouvernement.

11

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

2. Domiciliation des CNS (suite)
   - ▲ S'ils sont domiciliés dans une organisation concernée par les choix politiques pour la santé, ils peuvent obtenir de cette façon un « champion des CNS »
     - △ Ceci est particulièrement important pendant la phase initiale des CNS afin d'assurer leur viabilité
   - ▲ Un problème important pour assurer la « périodicité » et la « prise en charge » des CNS consiste à créer un POSTE COMPTABLE POUR LES CNS DANS LE BUDGET DE L'ÉTAT
     - △ Ceci peut être obtenu par le « champion des CNS »

PHRplus

NOTES POUR LES PRÉSENTATEURS

Zambie – L'absence d'un « champion » des CNS a rendu difficile l'obtention d'un soutien quelconque du gouvernement.

12

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

3. Établissement de normes pour la collecte et l'analyse des données
   - Si les données ne sont pas uniformes d'une année à l'autre, elles ne peuvent pas aider à l'élaboration des politiques
   - Systématisation des procédures et des protocoles
     - Des systèmes d'information sur la santé sont nécessaires
   - Documentation des étapes méthodologiques accomplies lors du premier stade et de la façon dont elles ont permis d'aborder certains problèmes particuliers, etc.

PHRplus

13

Les principales étapes de l'institutionnalisation (suite)

4. Instauration « d'obligation » relatives au report de données
   - Important pour le secteur public et le secteur privé ; « nécessaire » pour les activités à long terme dans le cadre des CNS
     - Difficile à faire, en particulier pour le secteur privé
     - En général, la qualité des CNS risque d'être mauvaise NON à cause de l'insuffisance des données, mais plutôt en raison du MANQUE d'OBLIGATION concernant le partage ou la communication de ces données

PHRplus

14

Résumé des principales étapes de l'institutionnalisation

- ▲ Promotion des CNS auprès des décideurs
- ▲ Domiciliation des CNS
- ▲ Établissement de normes pour la collecte et l'analyse des données
- ▲ Instauration de stipulations relatives au report des données

PHRplus

15

Exemple : ce que les CNS du Kenya accomplissent en vue de l'institutionnalisation

- ▲ Promotion des CNS auprès des décideurs
  - ▲ Une conférence de lancement a été organisée à l'intention des principaux décideurs et des parties concernées ; un comité de pilotage (CP) a été formé
    - △ Leurs priorités en termes de choix de politiques influenceront la structure des CNS
    - △ L'équipe des CNS communiquera des mises à jour périodiques au CP
- ▲ Domiciliation des CNS
  - ▲ Il a été décidé que les CNS seraient domiciliés au MdS ; celui-ci dirige le secteur de la santé. Les CNS y ont trouvé leurs « champions »
  - ▲ Le Département de Planification a coordonné une équipe pluridisciplinaire – de CBS, NASCOP, U. de Nairobi, etc.

PHRplus

16

Exemple : ce que les CNS du Kenya accomplissent en vue de l'institutionnalisation (suite)

- Établissement de normes pour la collecte et l'analyse des données
  - Tous les processus seront conçus en vue de l'institutionnalisation
    - Par conséquent, un lien a été développé avec l'U. de Nairobi – si les responsables du Ministère sont fréquemment mutés, le Gouvernement pourra compter sur des spécialistes ayant reçu une formation à l'U. de Nairobi pour servir de techniciens-conseils/formateurs pour l'équipe du MdS à l'avenir
      - L'U. de Nairobi a mis en œuvre un module de CNS dans son cours d'économie élémentaire.
    - Tout sera DOCUMENTÉ. Tous les processus, toutes les décisions prises, toutes les hypothèses de travail utilisées !
    - Le Comité de pilotage est inclus dans le processus de collecte des données.
    - Les questions à poser lors de l'enquête sur les ménages seront incluses sous la forme d'un module dans le Rapport sur le bien-être & et les revenus (à l'avenir)

PHRplus

17

Exemple : ce que les CNS du Kenya accomplissent en vue de l'institutionnalisation (suite)

- Instauration d'obligation relative au report des données
  - Au lieu d'obligation, des représentants de haut niveau d'entités du secteur privé recueilleront des données dans leurs propres organisations. Par conséquent, le secteur privé aidera à coordonner le processus de collecte des données pour les CNS.

PHRplus

Notes pour les présentateurs

Exemple : au Zimbabwe, les responsables de l'élaboration des CNS sont parvenus à obtenir que le secteur privé se porte volontaire pour soutenir les CNS et qu'il révèle les données nécessaires. Une réunion d'une durée de deux jours a été organisée avec le secteur privé pour lui expliquer les avantages qu'il retirerait de l'élaboration des CNS.

Au Kenya, le secteur des assurances privées a manifesté un grand intérêt pour l'élaboration des CNS en raison des données qu'ils pourraient recueillir sur les ressortissants du Kenya se rendant à l'étranger pour obtenir un traitement. Les assureurs privés voulaient savoir pourquoi ces personnes se rendaient à l'étranger et combien elles y dépensaient. Le gouvernement demanda l'élaboration d'un plan indiquant les services de soins de santé disponibles au Kenya afin de permettre aux citoyens du pays d'utiliser ces services sans avoir besoin de se rendre à l'étranger.

18

Exercice

- Essayez de rédiger le cadre de travail pour l'institutionnalisation dans votre pays
  - Veuillez vous référer au livret d'exercices et aux documents distribués

PHRplus

Module 9 - Exercices

Question 1a

Rédigez le cadre de travail pour l'institutionnalisation du CNS dans votre pays :

Placez les questions et problèmes énumérés ci-dessus dans le tableau qui suit en fonction de l'action qui, selon vous, sera la plus affectée par le problème.

Question 1b

Sur la base des discussions en classe et de ce que vous avez appris en ce qui concerne les stratégies d'autres pays pour ce qui est de l'institutionnalisation, écrivez les stratégies qui, selon vous, sont les plus réalistes pour votre pays dans le cadre de son effort visant à accomplir chacune des quatre actions décrites plus bas.

Développement d'un cadre de travail pour l'institutionnalisation du CNS (pays)	
Actions d'institutionnalisation	**Stratégie pour accomplir chaque action d'institutionnalisation**
1. Promotion des CNS auprès des décideurs (création du besoin)	Problèmes et obstacles :
	Stratégies sélectionnées :
2. Domiciliation du CNS	Problèmes et obstacles :
	Stratégies sélectionnées :
3. Établissement de normes pour la collecte et l'analyse des données	Problèmes et obstacles :
	Stratégies sélectionnées :
4. Instauration de stipulations relatives au report de données	Problèmes et obstacles :
	Stratégies sélectionnées :

Module 9 - Réponses

Question 1a

Rédigez le cadre de travail pour l'institutionnalisation du CNS dans votre pays :

Placez les questions et problèmes énumérés ci-dessus dans le tableau qui suit en fonction de l'action qui, selon vous, sera la plus affectée par le problème.

Question 1b

Sur la base des discussions en classe et de ce que vous avez appris en ce qui concerne les stratégies d'autres pays pour ce qui est de l'institutionnalisation, écrivez les stratégies qui, selon vous, sont les plus réalistes pour votre pays dans le cadre de son effort visant à accomplir chacune des quatre actions décrites plus bas.

Table 9.1. Étude de cas: Cadre d'institutionnalisation au Kenya

Étapes de l'institutionnalisation	Stratégie du Kenya
1. Promotion des CNS au près des décideurs	Tenu d'un atelier de lancement des CNS pour les décideurs et parties prenantes pendant laquelle le comité de pilotage fut formé. ❑ Leurs préoccupations politiques guideront le déroulement des CNS ❑ L'équipe des CNS communiquera des mises à jour périodiques du processus de mise en œuvre au CP
2. Domicilier les CNS	Décida de domicilier les CNS dans le MdS. Mandata un 'promoteur de politiques'. Direction de la Planification du MdS coordonna une équipe pluridisciplinaire composée de membres du Bureau Central des Statistiques, du Conseil National de la Lutte contre le SIDA, de l'Université de Nairobi, etc.
3. Établir des normes pour la collecte et l'analyse des données	Toutes activités sont conceptualisées dans l'optique de l'institutionnalisation ❑ Développement d'un lien avec l'Université de Nairobi. S'il y a changement de personnel l'université peu formé de nouveaux membres de l'équipe des CNS pour le MdS ❑ L'Université de Nairobi a institué un module sur les CNS dans son cours d'économie. ❑ Toutes étapes des CNS seront documenté; chaque décision, chaque étapes, chaque hypothèses. ❑ Participation du CP dans la collection des donnés. ❑ Des questions sur les dépenses seront incluses dans les modules futurs d'enquêtes sur le revenu et condition de vie des ménages.
4. Instauration d'obligations relatives à la communication des données	Au lieu d'obligations, des représentative clés du secteur privé sont invité à faire la collecte des donnés dans leur institutions. Donc le secteur privé aidera a coordonné la collecte des donnés.