
RÉSUMÉ

Chaque jour, la vie d'innombrables personnes dépend du système de santé. De la mise au monde dans des conditions de sécurité de bébés en bonne santé aux soins gériatriques dispensés à des personnes fragiles sans porter atteinte à leur dignité, les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier.

Dans le présent rapport, on entend par système de santé la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle.

Mais si l'amélioration de la santé est, de toute évidence, le principal objectif d'un système de santé, ce n'est pas le seul. Cet objectif est en fait double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (*équité*). Dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*, l'OMS va au-delà de ses préoccupations traditionnelles, à savoir le bien-être physique et mental des gens, pour mettre l'accent sur la qualité et l'équité.

C'est la première fois que l'Organisation s'intéresse à ce point aux rôles joués par les gens en tant que prestataires et consommateurs de services de santé, agents de financement des systèmes de santé, travailleurs du secteur de la santé et citoyens participant à la bonne gestion ou à l'administration générale de la santé. Elle examine, dans ce rapport, jusqu'à quel point les systèmes de santé atténuent les inégalités, répondent aux attentes des gens et respectent leur dignité, leurs droits et leurs libertés.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* innove aussi en proposant pour la première fois un indice de la performance des systèmes de santé nationaux dans la réalisation de trois grands objectifs : *améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière*.

Le degré de réalisation de ces trois objectifs dépend essentiellement de la mesure dans laquelle les systèmes parviennent à s'acquitter de quatre fonctions vitales : *la prestation de services, la production de ressources, le financement et l'administration générale*. Chacune de ces fonctions fait l'objet d'un chapitre distinct du rapport dans lequel les auteurs tirent des conclusions et proposent des lignes d'action. L'accent est mis sur l'administration générale qui influence considérablement les trois autres fonctions.

S'il n'est pas possible d'apporter des réponses claires ou simples à nombre de questions ayant trait à la performance des systèmes de santé, c'est en raison des problèmes que pose la mesure des résultats et de la difficulté à dissocier la contribution du système de santé des autres facteurs. S'inspirant de remarquables études antérieures, le rapport présente le cadre OMS d'évaluation de la performance des systèmes de santé. En clarifiant et en quantifiant les objectifs des systèmes, et en les rapportant aux fonctions essentielles, ce cadre doit aider les gouvernements des Etats Membres à mesurer leur propre performance, comprendre les facteurs qui y contribuent et l'améliorer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de leurs administrés. L'analyse et la synthèse d'une mine d'informations ont permis de mesurer les résultats d'ensemble des systèmes de santé et de mettre au point un indice de performance, ce qui devrait ouvrir la voie à toute une somme de nouveaux travaux de recherche et d'élaboration des politiques. Cet indice figurera régulièrement dans les futures éditions du *Rapport sur la santé dans le monde* et il sera amélioré et mis à jour chaque année.

Ce cadre a servi de base à une table ronde consacrée aux grands problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé, qui a été organisée à l'intention des ministres de la santé, lors de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, à Genève, en mai 2000. Ce thème est fréquemment évoqué tout au long du rapport et les résultats de ces débats seront pris en considération dans les travaux futurs consacrés à ce cadre.

Les responsables des politiques doivent être en mesure de comprendre les raisons d'une piètre performance des services de santé afin de déterminer ce qui peut être fait pour y remédier. Tous les systèmes de santé s'acquittent de fonctions telles que la prestation de services de santé individuels ou non, la production des ressources humaines et physiques nécessaires à cette fin, la collecte et la mise en commun des recettes servant à l'achat de services, et l'administration générale des ressources et des responsabilités qui leur sont confiées pour répondre aux attentes des bénéficiaires.

En comparant les façons dont les systèmes de santé s'acquittent effectivement de ces fonctions, on est en mesure de comprendre les variations de la performance dans le temps et entre les pays. Bon nombre des concepts et des mesures utilisés dans le rapport devront sans doute être affinés. Il importe de mettre au point de nouvelles données plus fiables sur la réalisation des objectifs et sur les fonctions des systèmes de santé. Cependant, les renseignements actuellement disponibles sont déjà très instructifs et le rapport présente les meilleures données disponibles à ce jour. Ce faisant, il cherche à promouvoir le développement, aux plans national et mondial, des compétences et de l'information nécessaires pour élaborer une base de connaissances solide sur le niveau et les déterminants de la performance, grâce à laquelle il sera possible d'améliorer le fonctionnement des systèmes.

« L'amélioration de la performance » est donc à la fois le thème principal et la raison d'être du rapport. L'OMS a pour mission de faire en sorte que tous les individus atteignent le niveau de santé le plus élevé possible, en mettant particulièrement l'accent sur la réduction des écarts entre et dans les pays. L'aptitude de l'Organisation à y parvenir dépend dans une large mesure de l'efficacité des systèmes de santé des Etats Membres dont le renforcement est l'un des quatre axes stratégiques de l'OMS, lequel s'articule parfaitement avec les trois autres, à savoir : réduire la surmortalité chez les pauvres et dans les populations marginalisées, s'attaquer efficacement aux principaux facteurs de risque et placer la santé au cœur du programme général de développement.

La lutte contre les épidémies, les efforts déployés pour réduire la mortalité infantile et le combat pour une maternité à moindre risque figurent au nombre des priorités de l'OMS. Cependant, l'Organisation ne progressera guère dans ces domaines et dans bien d'autres si

elle ne se préoccupe pas tout autant de renforcer les systèmes de santé qui sont le moyen d'exécuter sur le terrain les interventions destinées à sauver des vies et à améliorer la qualité de la vie.

Les auteurs du rapport estiment que les différents degrés d'efficacité dont font preuve les systèmes de santé pour s'organiser et se financer et pour répondre aux besoins de la population expliquent en grande partie l'écart croissant entre les taux de décès des riches et des pauvres au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre. Même entre des pays dont les niveaux de revenus sont comparables, on note des différences inacceptables sur le plan sanitaire. On constate la persistance d'inégalités de l'espérance de vie qui sont étroitement liées au niveau socio-économique, même dans des pays où le niveau de santé moyen est satisfaisant. De plus, l'écart entre riches et pauvres se creuse si l'on dissocie, à l'intérieur de l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé et les années de vie avec incapacité. De fait, non seulement les pauvres vivent moins longtemps que les autres, mais en outre ils passent une plus grande partie de leur vie avec une incapacité.

En bref, la performance des systèmes de santé – et celle des 35 millions de personnes ou plus qu'ils emploient dans le monde – influencent profondément la qualité et la durée de la vie des milliards de personnes dont ils ont la charge.

ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

A la lecture de la partie du rapport sur l'évolution des systèmes de santé modernes et les divers stades de leur réforme, il ne fait guère de doute que ceux-ci ont déjà, en général, énormément contribué à l'amélioration de la santé d'une majorité de la population mondiale au cours du XX^e siècle.

Aujourd'hui plus que jamais, les systèmes de santé de tous les pays, riches ou pauvres, influencent la vie des gens. Des systèmes de santé existent sous une forme quelconque depuis que les gens se soucient de protéger leur santé et de soigner leurs maladies. Des pratiques traditionnelles, souvent associées à une aide spirituelle et axées sur la prévention et le traitement des maladies, existent depuis des milliers d'années, souvent parallèlement à la médecine moderne.

Toutefois, des systèmes de santé organisés au sens moderne du terme n'existaient pratiquement pas il y a seulement 100 ans. Rares étaient les personnes de cette époque qui se rendaient un jour dans un hôpital. La plupart naissaient dans des familles nombreuses où leur petite enfance et leur enfance étaient menacées par une foule de maladies potentiellement mortelles, notamment la rougeole, la variole, le paludisme et la poliomyélite. Les taux de mortalité infantile et juvénile étaient très élevés, de même que les taux de mortalité maternelle. L'espérance de vie à la naissance était brève : à peine 48 ans il y a seulement un demi-siècle. Les naissances avaient toujours lieu à domicile et un médecin était rarement présent.

Pour illustrer brièvement le rôle des systèmes de santé contemporains, le présent rapport a accordé une attention particulière à une naissance qui revêt une importance symbolique. L'an dernier, les experts de l'Organisation des Nations Unies ont calculé que la population mondiale atteindrait le chiffre de six milliards le 13 octobre 1999. Ce jour-là, dans une maternité de Sarajevo, est né un enfant de sexe masculin qui a été désigné comme le six milliardième habitant de la planète. Son espérance de vie était alors de 73 ans, ce qui correspond à la moyenne bosniaque actuelle.

Cet enfant est né dans un grand hôpital urbain dont le personnel était composé de sages-femmes, d'infirmières, de médecins et de techniciens hautement qualifiés. Ce per-

sonnel avait à sa disposition un matériel, des médicaments et des traitements de pointe. L'hôpital fait partie d'un service de santé moderne relié à un vaste réseau de personnes et d'interventions qui, d'une manière ou d'une autre, vont s'attacher à évaluer, entretenir et améliorer la santé de cet enfant pendant le reste de son existence, comme pour les autres membres de la population. L'ensemble de ces partenaires qui dispensent des services, les financent ou définissent des politiques pour les administrer, forme un système de santé.

Les systèmes de santé ont subi, au cours de ces 100 dernières années, toute une série de réformes se recouvrant partiellement qui vont de l'avènement des systèmes de soins de santé nationaux au développement des régimes d'assurance sociale. Par la suite, les soins de santé primaires ont été considérés comme le moyen d'obtenir une couverture universelle d'un coût abordable : c'est l'objectif de la santé pour tous. En dépit de ses nombreux avantages, cette approche a été critiquée parce qu'elle n'accordait pas assez d'attention à la *demande* de soins de santé et se concentrait presque exclusivement sur une certaine perception des *besoins*. Lorsque ces deux notions ne coïncidaient pas, les systèmes ont échoué, incapables qu'ils étaient d'aligner leur offre de services sur les deux.

Depuis une dizaine d'années, on observe une évolution progressive vers ce que l'OMS appelle le nouvel universalisme. Au lieu de chercher à dispenser tous les soins possibles à l'ensemble de la population ou à ne faire bénéficier les pauvres que des soins les plus simples et les plus essentiels, on tend maintenant à dispenser à tous ceux qui en ont besoin des soins essentiels de haute qualité, en se fondant principalement sur des critères d'efficacité, de coût et d'acceptabilité sociale. A cet effet, on fixe un ordre de priorité des interventions en respectant le principe d'éthique selon lequel il peut être nécessaire et efficace de rationner les services, mais il est inadmissible d'exclure des groupes entiers de population.

Cette évolution est due en partie aux profonds changements politiques et économiques des quelque 20 dernières années, notamment au passage d'économies planifiées à des économies de marché, à la réduction des interventions de l'Etat dans l'économie nationale, à une baisse de la mainmise des pouvoirs publics et à une décentralisation accrue.

Du point de vue idéologique, on a mis davantage l'accent sur la liberté de choix et la responsabilité de chacun. Politiquement, cela implique une limitation des promesses et des attentes concernant l'action des gouvernements, mais il n'empêche que les gens attendent toujours plus de leurs systèmes de santé. Chaque jour ou presque, on apprend qu'un nouveau médicament ou traitement a été mis au point, ou de nouveaux progrès réalisés dans les domaines de la médecine et de la technologie sanitaire. Le rythme de ce progrès n'a d'égal que celui de l'augmentation des exigences de la population.

Il en résulte des demandes et des pressions croissantes qui s'exercent sur les secteurs public et privé des systèmes de santé de tous les pays, riches ou pauvres. Il va de soi que les services pouvant être financés et dispensés par les gouvernements ont leurs limites. Le présent rapport vise à stimuler l'élaboration de politiques publiques qui tiennent compte des contraintes auxquelles les gouvernements doivent faire face. Si des services doivent être dispensés à tous, il ne peut alors s'agir de tous les services.

POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION

Dans tous les systèmes, de nombreuses personnes hautement qualifiées et d'un grand dévouement se consacrent, à tous les niveaux, à l'amélioration de la santé de leur communauté. A l'aube de ce nouveau siècle, les systèmes de santé ont le pouvoir et la possibilité de réaliser d'extraordinaires améliorations.

Malheureusement, ces systèmes peuvent aussi abuser de leur pouvoir et gaspiller leurs

énergies. Insuffisamment structurés, mal dirigés, organisés de façon inefficace et sous-financés, ils risquent de faire plus de mal que de bien.

Le présent rapport constate que de nombreux pays sont loin de réaliser tout leur potentiel dans ce domaine et que la plupart ne s'attachent pas suffisamment à améliorer la réactivité du système et l'équité des contributions financières. Dans presque tous les pays, on observe de graves lacunes dans l'exercice d'une ou plusieurs fonctions.

Ces lacunes sont, dans chaque pays, la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect de droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce encore plus profondément dans la misère. En essayant de payer pour leur santé de leur propre poche, ils ne parviennent souvent qu'à remplir les poches des autres.

Le rapport fait aussi apparaître que les pauvres sont ceux dont les besoins sont le moins pris en compte. Ils sont traités avec moins de respect que les autres, sont moins à même de choisir les prestataires de services et sont soignés dans des conditions moins satisfaisantes.

C'est au gouvernement qu'incombe, en dernière analyse, la responsabilité de la performance d'ensemble du système de santé d'un pays, mais l'administration générale du système doit impliquer tous les secteurs de la société. La prise en charge judicieuse et réfléchie du bien-être de la population est l'essence même d'un bon gouvernement. Dans chaque pays, elle consiste à mettre en place le système de santé le plus efficace et le plus équitable possible compte tenu des ressources disponibles. La santé des gens constitue toujours une priorité nationale et le gouvernement en est responsable en permanence. Les ministères de la santé sont donc tenus d'assumer une large part de l'administration générale des systèmes de santé.

La politique et les stratégies sanitaires doivent s'appliquer aux prestations de services et au financement privés ainsi qu'au financement et aux activités relevant de l'Etat. C'est ainsi seulement que les systèmes de santé considérés dans leur globalité peuvent être axés sur des objectifs conformes à l'intérêt général. L'administration générale englobe la définition des grands desseins et l'orientation de la politique de santé, l'influence qui s'exerce par la réglementation et le plaidoyer, et la collecte ainsi que l'utilisation de l'information. Au niveau international, elle vise à conjuguer les efforts de tous les pays pour produire des biens publics mondiaux tels que les fruits de la recherche, tout en favorisant un développement plus équitable entre pays et au sein d'un même pays. Elle consiste aussi à mettre en place des bases de données pour aider les pays à améliorer la performance de leur système de santé.

Toutefois, il semblerait que certains pays n'aient publié, au cours de la dernière décennie, aucune déclaration nationale de politique générale concernant la santé et que d'autres n'aient fait que consigner une telle politique dans des documents qui s'amassent sur les étagères et ne sont jamais consultés. Trop souvent, la politique sanitaire et la planification stratégique prévoient un développement déraisonnable du système de santé financé par l'Etat qui va parfois très au-delà de ce qu'autorise la croissance économique du pays. Le document contenant cette politique et ce plan est alors considéré comme irréalisable et donc ignoré.

Un cadre général d'orientation doit tenir compte des trois objectifs du système de santé et indiquer les stratégies qui permettront de mieux les atteindre. Cependant, tous les pays n'ont pas défini de politique officielle destinée à garantir l'efficacité et l'équité de l'ensemble du système de santé. Dans nombre d'entre eux, aucune déclaration publique n'a encore été faite au sujet de l'équilibre souhaitable entre les résultats sanitaires, la réactivité du système

et l'équité des contributions financières. La politique générale doit indiquer comment il convient d'améliorer les fonctions clefs du système.

Les auteurs du rapport ont constaté que de nombreux ministères de la santé souffrent de myopie grave dans la mesure où ils se focalisent sur le secteur public et négligent souvent les prestations de soins privées qui sont, dans bien des cas, beaucoup plus importantes. Au pire, ils sont capables de fermer les yeux sur un « marché noir » de la santé dans lequel la corruption généralisée, les paiements illicites, le cumul d'emplois et autres pratiques illégales sévissent depuis des années et sont difficiles à maîtriser. Leur vision ne s'étend pas assez loin pour aider à construire un avenir plus sain.

En outre, certains ministères de la santé ont tendance à perdre complètement de vue leur objectif principal : la population en général. Malades et consommateurs ne sont parfois pris en considération que lorsqu'un mécontentement public croissant oblige le ministère à s'en préoccuper.

De nombreux ministères de la santé tolèrent que des règlements qu'ils ont eux-mêmes édictés ou qu'ils sont censés appliquer dans l'intérêt général soient ignorés. Des règles trop rarement appliquées sont une incitation à la fraude. Un exemple fréquent de ce comportement est l'attitude indulgente des pouvoirs publics à l'égard des honoraires illicites perçus par des employés du secteur public auprès des malades, pratique appelée parfois par euphémisme « facturation informelle ». Ce type de corruption dissuade les pauvres d'utiliser les services dont ils ont besoin, rend le financement de la santé encore plus inéquitable et fausse la hiérarchie des priorités sanitaires.

OFFRIR DE MEILLEURS SERVICES

De trop nombreux gouvernements sont très mal informés des services que reçoivent leurs administrés. Dans bien des pays, certains médecins, parfois la majorité, travaillent simultanément pour l'Etat et à titre privé. Lorsque des prestataires publics utilisent illégalement des installations publiques pour dispenser des soins particuliers à des patients privés, cela revient en fin de compte à faire subventionner une médecine libérale non officielle par le secteur public. Les professionnels de la santé n'ignorent rien des lois relatives à l'exercice de leur activité, mais savent que leur application est laxiste, voire inexistante. Quant aux associations professionnelles, théoriquement responsables d'une autoréglementation, elles sont trop souvent inefficaces.

La surveillance et la réglementation des activités des prestataires et assureurs du secteur privé doivent figurer en tête des programmes nationaux, mais il est aussi vital d'adopter des incitations basées sur la performance. Une bonne politique doit faire la différence entre les prestataires (publics ou privés) qui contribuent à la réalisation des objectifs sanitaires et ceux dont l'action est nuisible, et encourager les premiers tout en sanctionnant les seconds. Il convient de suivre de près la mise en œuvre des politiques visant à modifier l'équilibre entre l'autonomie et la responsabilité des prestataires pour déterminer leurs effets sur la santé, la capacité de réaction et la répartition de la charge du financement.

Lorsqu'il s'avère que certaines pratiques et procédures sont nocives, le ministère de la santé doit manifestement les combattre en informant le public et en appliquant des mesures légales. Les ventes de substances pharmaceutiques par des distributeurs clandestins, les dangers d'une surprescription des antibiotiques et la non-observance des doses recommandées doivent tous faire l'objet de mesures d'administration générale énergiquement soutenues par des campagnes d'information axées sur les malades, les prestataires concernés et les autorités sanitaires locales.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la part du financement privé de la santé tend à augmenter en raison inverse du revenu du pays. Or, les pays pauvres ont rarement adopté une politique claire à l'égard du secteur privé. Dès lors, il leur faut prendre des mesures importantes pour identifier les divers groupes de prestataires privés et communiquer avec eux afin de mieux pouvoir les influencer et réglementer leur action.

Le secteur privé est en mesure de jouer un rôle positif dans l'amélioration de la performance du système de santé. Pour cela, il faut toutefois que les gouvernements s'acquittent des fonctions clefs de l'administration générale. Des incitations appropriées et une bonne information sont deux puissants instruments pour améliorer la performance.

Pour rehausser la qualité des soins, il est fréquemment nécessaire d'être mieux informé de la situation existante, des interventions proposées et des principaux obstacles à la bonne marche des services. Il faut connaître les facteurs de risque locaux et nationaux, et la collecte d'une information sur le nombre et les types de prestataires est une condition essentielle, quoique souvent incomplètement remplie. Il faut aussi bien connaître la structure et les modes de fonctionnement du marché des prestataires pour que les décideurs soient en mesure de déterminer pourquoi un tel éventail de services existe et dans quels secteurs il se développe.

Les pouvoirs publics doivent engager un processus officiel de définition des priorités pour déterminer le contenu de l'enveloppe de prestations qui doit être mise à la disposition de tous, compte tenu en particulier des priorités locales de la lutte contre la maladie et du rapport coût/efficacité. Les mécanismes nécessaires à cet effet : protocoles cliniques, systèmes d'enregistrement et de formation, délivrance des autorisations de mise sur le marché et des permis d'exercer, doivent être mis à jour et convenablement utilisés. Il est nécessaire d'élaborer une stratégie réglementaire établissant une distinction entre les diverses composantes du secteur privé et assurant la promotion de l'autoréglementation.

Les consommateurs doivent être mieux informés de ce qui est bon ou mauvais pour leur santé, comprendre pourquoi leurs attentes ne peuvent pas toutes être satisfaites et savoir qu'ils ont des droits que tous les prestataires sont tenus de respecter. L'alignement des structures organisationnelles et des incitations sur les objectifs globaux d'une politique est une tâche qui incombe aux responsables de l'administration générale et pas seulement aux prestataires de services.

Une surveillance s'impose pour évaluer les changements de comportement associés à la décentralisation des responsabilités afférentes aux ressources et aux services, ainsi que les effets des différents types de relations contractuelles avec le grand public et les prestataires privés. Trouver un équilibre entre un contrôle étroit et l'indépendance nécessaire pour motiver les prestataires est une tâche qui pose des problèmes complexes auxquels il convient d'apporter des solutions locales. Dans la plupart des cas, il faudra expérimenter et adapter diverses formules. Un processus d'échange d'informations sera nécessaire pour créer un réseau virtuel reliant entre eux de nombreux prestataires semi-autonomes.

COMMENT TROUVER UN MEILLEUR ÉQUILIBRE

Le rapport constate que, dans bien des pays, les domaines des ressources humaines et physiques, de la technologie et des substances pharmaceutiques présentent de graves déséquilibres. Nombre de pays ont trop peu de personnel de santé qualifié, alors que dans d'autres ce personnel est pléthorique. Dans maints pays à bas revenu, le personnel du système de santé est peu qualifié, mal rémunéré et obligé de travailler dans des installations vétustes où la pénurie de matériel est un mal chronique. L'un des résultats de cette

situation est un exode de personnels professionnels, talentueux mais démoralisés, qui vont à l'étranger ou s'installent dans le privé. Là encore, ce sont les pauvres qui sont le plus lésés.

D'une manière générale, les gouvernements sont trop mal informés des flux financiers et de la production des ressources humaines et matérielles. Afin d'y remédier, il convient d'établir et d'utiliser beaucoup plus largement des comptes nationaux de la santé qui contiennent l'information essentielle requise pour contrôler la relation entre les investissements et les dépenses renouvelables, ou entre un apport donné et le total, et pour dégager des tendances. Les comptes nationaux de la santé tiennent compte à la fois des apports extérieurs et nationaux, publics et privés, et regroupent des données quantitatives utiles, par exemple sur le nombre d'infirmières, d'articles médicaux et d'hôpitaux de district, ainsi que sur leurs coûts.

Des comptes nationaux de la santé existent sous une forme ou une autre dans la plupart des pays, mais souvent sous une forme encore rudimentaire, et ils ne sont pas largement utilisés pour l'administration générale. Leur contenu permet au ministère de la santé de faire une évaluation critique des acquisitions d'apports effectuées par tous les détenteurs d'un budget au sein du système de santé.

La notion de stratégie d'achat examinée dans le présent rapport ne s'applique pas seulement à l'achat de services de santé, mais aussi à l'acquisition des divers apports du système. Lorsque des apports tels que du personnel qualifié, du matériel diagnostique et des véhicules sont payés directement avec des fonds publics, le ministère de la santé est responsable au premier chef du bon emploi de ces fonds et doit veiller non seulement à ce que les achats se fassent au meilleur prix, mais aussi à ce que les articles achetés soient effectivement utilisés.

Dans le cas où des apports du système de santé sont achetés par d'autres organismes (tels que des assureurs privés, des prestataires, des ménages ou d'autres organismes publics), la fonction d'administration générale du ministère consiste à faire usage de ses fonctions réglementaires et de son pouvoir de persuasion pour veiller à ce que ces achats entraînent un dosage plus efficace des apports.

Le ministère central peut devoir prendre d'importantes décisions sur les investissements concernant par exemple des hôpitaux tertiaires ou des écoles de médecine, mais c'est aux autorités sanitaires régionales et districales qu'incombent les décisions encore plus nombreuses relatives aux achats de moindre importance, compte tenu des directives, critères et procédures préconisés par le gouvernement central.

Pour établir un bon équilibre au sein du système de santé entre investissements et dépenses renouvelables, il faut à la fois analyser les tendances des dépenses publiques et privées et prendre en considération les fonds nationaux et extérieurs. Un cadre politique clair, des mesures incitatives, une réglementation et une information du public concernant les investissements importants décidés dans l'ensemble du système sont nécessaires pour contrer les décisions ponctuelles et les pressions politiques.

En ce qui concerne les ressources humaines, de semblables associations de stratégie ont permis de remédier dans une certaine mesure aux déséquilibres géographiques couramment constatés au sein d'un même pays. Il faut, d'une manière générale, revoir le contenu de la formation pour tenir compte des tâches réelles et réajuster l'offre globale en fonction des possibilités d'emploi.

Certains pays où la rentabilité sociale de la formation médicale est négative envisagent de privatiser ou de fermer des établissements d'enseignement. Il est certain que les subventions publiques aux établissements d'enseignement doivent être revues à la lumière des stratégies d'achat. Il est souvent possible de rééquilibrer les taux d'admission dans ces

établissements sans pour autant les fermer, et les ressources ainsi économisées pourraient servir au recyclage des agents de santé en surnombre dans des disciplines où les effectifs sont insuffisants.

Le système de santé peut facilement gaspiller des ressources en achetant un matériel coûteux si celui-ci est sous-utilisé, ne favorise guère la santé et entraîne des pertes de temps pour le personnel et des dépenses récurrentes. De tels investissements sont en outre difficiles à contrôler. Tous les pays doivent avoir accès à une information leur permettant d'évaluer les technologies, mais ils ne doivent pas nécessairement la produire eux-mêmes. Leur fonction d'administration générale consiste à s'assurer que les critères d'achat de technologie dans le secteur public (dont chaque pays a besoin) sont bien respectés et que le secteur privé ne bénéficie pas de mesures incitatives ou de subventions publiques pour des achats de technologie non conforme au but de la politique nationale.

Les prestataires mobilisent souvent l'opinion publique ou lancent des souscriptions pour l'achat de technologies ; les responsables de l'administration générale doivent alors expliquer aux consommateurs pourquoi il convient de rationner ces achats comme ceux d'autres services. L'un des arguments à faire valoir auprès du public pour obtenir son appui est le coût d'opportunité d'une technologie nouvelle par rapport à d'autres services nécessaires.

PROTECTION DES PAUVRES

Dans les pays les plus pauvres du monde, la plupart des gens, et notamment les plus démunis, doivent payer les soins de santé de leur propre poche au moment où ils sont malades et en ont le plus besoin. Or, ces derniers sont moins susceptibles d'être affiliés à un régime de prépaiement basé sur l'emploi et ont moins facilement accès à des services subventionnés que les personnes relativement aisées.

Le présent rapport établit de façon convaincante que le prépaiement est la meilleure forme de collecte des recettes, alors que les paiements directs sont un système de type dégressif qui entrave souvent l'accès aux soins. Dans les pays pauvres, les plus démunis pâtissent doublement : tous doivent verser une part inéquitable de leur revenu sous forme d'impôts ou de cotisations à un régime d'assurance, qu'ils utilisent ou non les services de santé, et certains doivent en outre payer de leur propre poche une contribution encore plus injuste. L'observation de nombreux systèmes de santé montre que le prépaiement dans le cadre d'un régime d'assurance rend le financement plus équitable. Le principal problème pour la collecte des recettes consiste donc à promouvoir une forme de prépaiement dans laquelle le financement public ou l'assurance obligatoire jouent un rôle central. Dans le cas de la mise en commun des ressources, la création d'un groupement aussi étendu que possible est essentielle pour répartir le risque financier des soins de santé et, ainsi, réduire les risques individuels et éloigner le spectre de dépenses de santé ruineuses.

Les systèmes d'assurance consistent à regrouper les ressources provenant de chaque cotisant pour les mettre en commun et répartir le risque entre tous les membres de la population. Un financement plus équitable ne peut être obtenu qu'au moyen d'une répartition des risques, c'est-à-dire d'un système permettant à tout moment à ceux qui sont en bonne santé de subventionner ceux qui sont malades et aux riches de subventionner les pauvres. Des stratégies de répartition des risques doivent être mises au point afin de favoriser le développement de ces subventionnements.

Le moyen le plus évident d'accroître la part du prépaiement est sans doute l'attribution de crédits publics accrus à la santé, mais dans les pays les plus pauvres, les recettes publiques représentent un pourcentage du revenu national moindre que dans les pays à revenu

intermédiaire ou élevé. Lorsqu'aucune mesure organisationnelle n'est possible pour accroître le niveau de prépaiement, donateurs et gouvernements doivent rechercher les moyens de créer ou renforcer de très grands groupes. Des régimes d'assurance conçus pour couvrir davantage de pauvres seraient, pour les donateurs extérieurs, un moyen séduisant d'utiliser leurs fonds complétés par des subventions de l'Etat pour la santé.

De nombreux pays ont des caisses basées sur l'emploi qui augmentent les prestations accordées à quelques membres privilégiés – principalement des employés du secteur structuré de l'économie – au lieu de s'élargir pour former un vaste groupement. Les pays à bas revenu devraient encourager différentes formes de prépaiement (basées sur l'emploi, la communauté ou les prestataires) pour ouvrir la voie à une fusion des petites caisses. Les gouvernements doivent instaurer un barème communautaire (prime unique pour tous les membres de la communauté) et une enveloppe de prestations commune, permettre le transfert des droits à prestations d'un régime d'assurance à l'autre, et faire appel au budget de l'Etat pour financer la prise en charge des pauvres par les caisses.

Dans les pays à revenu intermédiaire, l'instauration de systèmes de prépaiement équitables passe par le renforcement des régimes obligatoires, souvent importants, basés sur le revenu et le risque, et par une augmentation, là aussi, du financement public pour inclure les pauvres. Même si dans la plupart des pays industrialisés le niveau de prépaiement est déjà élevé, certaines de ces stratégies les concernent eux aussi.

Pour que le prépaiement garantisse une utilisation optimale des ressources, il va falloir remplacer la plupart des relations traditionnelles entre les détenteurs de budgets et les prestataires de services par des stratégies d'achat. Les détenteurs de budgets ne seront alors plus des intermédiaires financiers passifs. Les stratégies d'achat consistent en effet à inciter, par un ensemble cohérent de mesures, les prestataires publics ou privés à exécuter efficacement des interventions prioritaires. Des contrats sélectifs et l'utilisation de plusieurs mécanismes de paiement sont des motivations indispensables pour améliorer la capacité de réaction et les résultats sanitaires.

En conclusion, le présent rapport éclaire d'un jour nouveau les phénomènes qui influent sur le comportement des systèmes de santé et propose de meilleures orientations pour la poursuite de leurs objectifs. L'OMS espère qu'il aidera les décideurs à évaluer les nombreuses questions complexes qui se posent et à faire des choix judicieux. S'ils y parviennent, tous les pays pourront en tirer des avantages substantiels, et les pauvres en seront les principaux bénéficiaires.