

CHAPITRE SIX

Comment protéger l'intérêt général ?

Les gouvernements doivent être de bons administrateurs de leurs ressources nationales qu'il leur faut entretenir et améliorer au profit de leurs populations. Dans le domaine de la santé, ils sont responsables en dernier ressort du bien-être de leurs citoyens dont ils doivent prendre le plus grand soin. L'administration générale de la santé 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. La santé de la population doit toujours constituer une priorité nationale : la responsabilité qui en incombe aux gouvernements est permanente, et ce sont les ministères de la santé qui assument une large part de l'administration générale des systèmes de santé.

La politique et les stratégies sanitaires doivent définir les rôles des secteurs privé et public dans la prestation des services et le financement de la santé. C'est seulement ainsi que l'ensemble du système de santé peut être axé sur la réalisation d'objectifs intéressant toute la population. L'administration générale englobe la définition des finalités et de l'orientation de la politique sanitaire, l'exercice d'une influence par la voie d'une réglementation et d'un plaidoyer et, enfin, la collecte et l'exploitation de l'information. Au niveau international, l'administration générale consiste à influencer la recherche et la production mondiales de moyens de réaliser les objectifs sanitaires. Elle offre aussi aux pays une base factuelle pour les aider à améliorer la performance de leur système de santé.

6

COMMENT PROTÉGER L'INTÉRÊT GÉNÉRAL ?

LES GOUVERNEMENTS EN TANT QU'ADMINISTRATEURS DES RESSOURCES SANITAIRES

L'administration générale est la dernière des quatre fonctions du système de santé examinées dans le présent rapport et peut être considérée comme la plus importante. Si elle domine les autres – prestation de services, production de moyens et financement – et s'en différencie, c'est pour une raison essentielle : la responsabilité de la performance globale du système de santé d'un pays doit toujours finalement incomber au gouvernement. L'administration générale non seulement influence les autres fonctions, mais permet aussi d'atteindre chacun des buts du système de santé, à savoir améliorer la santé, répondre aux attentes légitimes de la population et assurer l'équité des contributions. Le gouvernement doit s'impliquer à tous les niveaux du système de santé pour en maximiser les résultats.

L'administration générale a été récemment définie comme suit : « fonction d'un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien-fondé et de la légitimité de ses activités aux yeux des citoyens » (1). Elle nécessite, notamment de la part du ministère de la santé, de la clairvoyance, du discernement et de l'influence pour contrôler et orienter l'exécution et l'évolution des mesures sanitaires entreprises sur le plan national au nom du gouvernement. Une grande partie du présent chapitre est donc consacrée au rôle du ministère.

Certains aspects de l'administration générale de la santé doivent être pris en charge par l'ensemble du gouvernement. Le ministère de la santé risque en effet de ne pas pouvoir, à lui seul, agir sur le comportement des acteurs de la santé dans d'autres secteurs de l'économie ou mettre à la disposition du système de santé les effectifs et la gamme de compétences dont il a besoin. Le gouvernement doit assurer la cohésion et l'uniformité nécessaires entre les départements et les secteurs, au moyen si nécessaire d'une réforme globale de l'administration publique.

Au-delà du gouvernement, l'administration générale de la santé est également du ressort des acheteurs et des prestataires de services de santé, qui doivent faire en sorte que leurs dépenses aient les meilleures répercussions possibles sur la situation sanitaire. En outre, l'administration générale de la santé a une dimension internationale en rapport avec l'aide extérieure.

Toutefois, le gouvernement demeure le moteur principal. Aujourd'hui, le rôle de l'Etat à l'égard de la santé est, dans la plupart des pays, en pleine évolution. Les gens attendent

toujours plus de leurs systèmes de santé, mais les moyens de financement des Etats et les services qu'ils peuvent offrir demeurent limités. Les gouvernements ne peuvent pas cependant rester sans réaction devant cet accroissement de la demande. Ils font face à de délicats dilemmes quand il leur faut décider de l'orientation à suivre, car ils ne peuvent pas tout faire. Pour garantir une administration efficace et jouer pleinement leur rôle de contrôleur et d'intendant, il leur faut s'attacher davantage « à tenir la barre qu'à ramer » (2,3).

L'administration générale présente partout de graves lacunes. Le présent chapitre en examine quelques-unes, puis passe en revue les aspects importants de cette fonction. Il indique les principaux protagonistes ainsi que les stratégies à mettre en œuvre dans différents contextes nationaux. Enfin, il reprend quelques-uns des messages des chapitres précédents sur les grandes orientations propres à assurer un meilleur fonctionnement des systèmes de santé.

EN QUOI L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE LAISSE-T-ELLE AUJOURD'HUI À DÉSIRER ?

« Dans les pays à bas ou moyen revenu, les ministères de la santé sont réputés être les institutions du secteur public les plus paperassières et les moins efficacement gérées. Conçues et mises en place au début du XX^e siècle, et dotées de pouvoirs étendus pour financer et gérer des hôpitaux publics et des systèmes de soins de santé primaires importants au cours de l'après-guerre, elles sont devenues de vastes services publics centralisés et très hiérarchisés, régis par des règlements administratifs encombrants et tatillons, et dotés d'un personnel permanent jouissant de la sécurité d'un emploi dans la fonction publique. Les ministères ont éclaté pour donner naissance à de nombreux programmes verticaux souvent gérés comme autant de fiefs indépendants et soumis aux incertitudes d'un financement international (4). »

Les problèmes qui viennent d'être décrits sont fréquents, à des degrés variables, dans nombre de pays d'aujourd'hui. Leurs conséquences sont faciles à constater, mais il n'est pas toujours aisé de comprendre pourquoi ils se posent et comment les résoudre. Ils sont souvent dus à certains troubles de la vision dont sont atteints les responsables de l'administration générale.

Les ministères de la santé souffrent souvent de myopie. Si celle-ci est sévère, ils peuvent perdre de vue leur cible principale : la population en général. Les patients et les consommateurs risquent de ne retenir l'attention que lorsque le ministère ne peut plus feindre d'ignorer un mécontentement général croissant. En outre, les ministères atteints de myopie ne reconnaissent que les acteurs du secteur les plus proches d'eux, mais pas nécessairement les plus importants car ces derniers peuvent être plus ou moins éloignés.

Le ministère de la santé entretient de nombreuses relations avec une multitude d'individus et d'organismes du secteur public qui fournissent des services de santé, et dont beaucoup peuvent être directement financés par lui. Souvent, ces relations l'obligent à exercer un contrôle et une supervision intensifs, mais il arrive que juste au-delà de son champ de vision se trouvent au moins deux autres groupes qui ont un rôle majeur à jouer dans le système de santé : les prestataires non gouvernementaux et les intervenants sanitaires dans des secteurs autres que celui de la santé.

En raison de leur taille et de leur incidence potentielle sur la réalisation des objectifs sanitaires, ces individus et organismes insuffisamment pris en compte peuvent être plus importants que les ressources publiques réparties par le ministère de la santé. Mais ils risquent d'être mal connus, et il arrive souvent qu'aucune politique ne détermine l'attitude

à adopter à leur égard. Au Myanmar, au Nigéria (5) ou au Viet Nam, par exemple, les soins médicaux financés et dispensés par le secteur privé sont trois ou quatre fois plus importants, en termes de dépenses, que les fonds alloués aux services publics. Or, les nombreux types de prestataires privés qui jouent un rôle dans ces pays sont à peine mentionnés dans la législation et les réglementations.

Certains grands régimes d'assurance-maladie en Inde n'ont actuellement aucun statut légal (6). Si, en Europe et dans les Amériques, les accidents de la circulation occupent le quatrième rang dans la classification générale des charges de morbidité, les ministères de la santé de ces régions ne jouent souvent qu'un rôle d'intendant des services de sécurité routière et d'urgence et ne constituent pas une force de prévention. Les services financés par des sources publiques sont évidemment du ressort des gouvernements, mais ceux-ci en tant qu'administrateurs généraux des intérêts publics sont aussi manifestement responsables du financement et de la prestation par le secteur privé de *toutes* les interventions sanitaires.

Les ministères souffrent aussi de myopie dans la mesure où leur vue est limitée dans le temps. Les décisions concernant les investissements dans des bâtiments, du matériel et des véhicules neufs occupent le premier plan, tandis que la nécessité impérieuse et chronique de rééquilibrer les investissements et les dépenses récurrentes n'apparaît pas avec la même clarté.

Le *rétrécissement du champ visuel* dans le domaine de l'administration générale conduit à s'intéresser exclusivement à la législation et à la publication de règlements, décrets et ordonnances pour définir la politique sanitaire. Les règles écrites ont certes un rôle important à jouer en administration générale, mais, si leur formulation est relativement facile et peu coûteuse, il arrive souvent qu'elles soient inefficaces car les ministères n'ont pas les moyens d'en contrôler l'application : ils ne disposent que rarement d'assez d'inspecteurs de la santé publique pour se rendre dans tous les magasins d'alimentation et les restaurants ou d'assez d'inspecteurs de la médecine du travail pour contrôler régulièrement toutes les usines. Dans les rares cas où des sanctions sont imposées, elles sont trop légères pour décourager les pratiques illicites ou influencer sur le non-respect généralisé des règlements.

Une bonne administration générale doit s'appuyer sur *plusieurs* stratégies pour influencer le comportement de tous les partenaires du système de santé. Parmi elles figurent une meilleure base d'information, la capacité de mobiliser l'appui de différents groupes et l'aptitude à créer des incitations soit directement, soit dans un plan d'organisation. A mesure que l'autorité est décentralisée et déléguée à un large éventail de partenaires du système de santé, la panoplie des stratégies d'administration générale doit passer progressivement de diverses formes de commandement et de contrôle à un cadre cohérent d'incitations.

Les ministères de la santé sont parfois atteints de cécité face au non-respect des règlements qu'ils ont eux-mêmes édictés ou qu'ils sont censés appliquer dans l'intérêt général. Leur indulgence à l'égard de la perception illicite d'honoraires par les employés du secteur public, pratique que l'on désigne par l'euphémisme « rémunération informelle », est un exemple très répandu. Une étude récente, au Bangladesh, montre que les honoraires officieux y sont 12 fois plus élevés que les rémunérations officielles (7). Les pots-de-vin fréquemment versés en Pologne sont une véritable atteinte aux droits des malades (8). Si une telle corruption apporte un avantage matériel à un certain nombre d'agents de santé, elle dissuade les pauvres d'utiliser des services dont ils ont besoin, ce qui rend le financement de la santé encore plus inéquitable et fausse les priorités générales dans ce domaine.

En fermant les yeux sur ces abus, l'administration générale faillit à sa tâche ; elle trahit la confiance de ses mandants et une corruption institutionnelle s'établit. Cet aveuglement est

aussi fréquent lorsque l'intérêt général est menacé autrement : par exemple, des médecins peuvent rester muets devant l'incompétence ou les pratiques dangereuses de certains confrères, faisant ainsi preuve d'un sens déplacé de la solidarité professionnelle. Une étude entreprise aux États-Unis en 1999 note que « les soins préventifs, aigus ou chroniques ne sont fréquemment pas conformes aux normes professionnelles » (9). La difficulté de veiller au respect de la probité dans les décisions concernant des projets de grande envergure et des achats importants (matériel, produits pharmaceutiques, etc.) que la corruption peut rendre particulièrement lucratifs est un autre obstacle fréquent à une bonne administration générale.

Certains événements récents permettent aux gouvernements d'être plus clairvoyants et de mettre en place une administration générale plus novatrice. L'autonomie accrue, par exemple, dont jouissent les responsables des achats et de la prestation des services décharge les gouvernements centraux et locaux d'une part de leurs responsabilités, mais crée de nouvelles tâches pour le gouvernement qui doit veiller à ce que les achats et les prestations de services s'effectuent conformément à la politique générale. On dispose maintenant d'une importante somme d'expériences dans des domaines pratiques tels que la passation des marchés (10) et les rapides progrès de la technologie permettent de gérer rapidement et à moindre frais d'énormes quantités d'informations, ce qui permet en principe aux responsables de mieux se représenter l'ensemble du système de santé.

La notion d'administration générale de l'ensemble des intervenants et actions sanitaires doit faire l'objet d'une attention accrue. Un vaste débat théorique et pratique s'impose pour améliorer sa définition et mesurer à quel point elle s'exerce efficacement dans différents contextes. Toutefois, plusieurs fonctions essentielles peuvent déjà être mises en évidence :

- formulation de la politique sanitaire en définissant une conception de l'avenir et des orientations ;
- exercice d'une influence par divers modes de réglementation ;
- collecte et utilisation de l'information.

Ces fonctions sont examinées ci-après.

Encadré 6.1 Tendances de la politique nationale : des plans aux schémas directeurs

Les documents relatifs aux politiques nationales de santé ont une longue histoire qui remonte au-delà de l'action internationale pour la promotion des soins de santé primaires, mais qui a été stimulée par elle. Dans de nombreuses économies planifiées et en développement, la politique sanitaire s'inscrivait dans un plan national de développement et mettait l'accent sur les investissements nécessaires. Certains documents de politique sanitaire n'étaient qu'un recueil de plans axés sur un projet ou un programme. Ils ignoraient le secteur

privé, et souvent ne tenaient pas suffisamment compte des réalités financières et des préférences des consommateurs. Les problèmes de mise en œuvre étaient fréquents.

Tous les pays, tant s'en faut, ne sont pas dotés d'une politique sanitaire nationale officielle : les États-Unis d'Amérique, la France et la Suisse n'en ont aucune ; la Tunisie n'a élaboré aucun document de politique générale ; le Royaume-Uni a publié son premier document officiel dans les années 1990, et le Portugal en 1998. La durée d'une politique dépend de l'adoption ou non de changements fondamen-

taux : l'Inde utilise encore son plan de 1983, alors que la Mongolie, en pleine transition économique, a révisé sa politique de 1991 en 1996, puis de nouveau en 1998.

On tente actuellement d'adopter des schémas généraux plus exhaustifs – mais moins détaillés – qui indiquent une évolution générale, sans préciser les modalités opérationnelles comme au Ghana et au Kenya.

*Un schéma de politique sanitaire nationale*¹

- énonce les objectifs et traite les principaux problèmes ;
- définit les rôles respectifs des sec-

teurs public et privé dans le financement de la santé et la prestation des services ;

- indique les moyens d'action et les dispositions institutionnelles nécessaires dans les secteurs public et privé pour atteindre les objectifs du système ;
- expose le programme de renforcement du potentiel et de développement organisationnel ;
- donne des indications sur l'ordre de priorité des dépenses, liant ainsi l'analyse des problèmes aux décisions concernant l'affectation des ressources.

¹ Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/DANIDA/DFID/Commission européenne, 1997 (document non publié WHO/ARA/97.12).

POLITIQUE SANITAIRE : VISION DE L'AVENIR

Une politique sanitaire clairement définie permet d'atteindre plusieurs objectifs : elle expose une vision de l'avenir qui, à son tour, aide à fixer des repères à court et moyen termes. Elle énonce les priorités et les rôles assignés aux différents groupes. Elle établit un consensus et informe les gens, ce qui lui permet de jouer un rôle important dans la gestion des affaires publiques. La formulation et l'exécution de cette politique sanitaire incombent manifestement au ministère de la santé.

Il semble que certains pays n'aient publié aucune déclaration nationale de politique sanitaire au cours de ces dix dernières années ; dans d'autres, une telle politique existe mais les documents qui la contiennent dorment sur les étagères et ne sont jamais consultés. La politique sanitaire et la planification stratégique envisagent trop souvent un développement irréaliste du système de soins de santé financé par les pouvoirs publics, et le rythme de croissance prévu est parfois très supérieur à celui de l'économie du pays. Finalement, cette politique et le document de planification sont jugés inapplicables et il n'en est tenu aucun compte. L'Encadré 6.1 montre brièvement comment une planification sanitaire exhaustive a fait place à une approche globale plus souple. La stratégie sanitaire à moyen terme du Ghana, publiée en 1995, expose 10 formes de contribution du système de santé à l'amélioration de la santé (voir l'Encadré 6.2).

Une concertation publique a lieu, dans certains pays, au début du processus de formulation de la politique. On utilise parfois un plan à horizon mobile qui est périodiquement mis à jour et modifié. Dans les pays où l'aide extérieure contribue largement au financement du système de santé, les approches sectorielles (APS) représentent une importante application de cette démarche à la définition et à l'exécution des politiques. Les APS consistent pour l'essentiel en un partenariat d'organismes de financement qui s'entendent pour travailler ensemble sous la direction du gouvernement à la réalisation d'un ensemble d'options politiques claires, en utilisant souvent les mêmes procédures dans un grand nombre de domaines tels que la supervision, le contrôle, le compte rendu, la comptabilité et les achats. L'Encadré 6.3 résume l'évolution des APS. Il apparaît donc que la planification sani-

Encadré 6.2 Schéma de politique sanitaire à moyen terme du Ghana

Au Ghana, on a considéré, au terme d'un processus de concertation intensif, que les stratégies suivantes permettaient d'obtenir les meilleures performances en matière de santé :

- Réaménagement des priorités des services de santé pour que les services de soins de santé primaires (c'est-à-dire ceux permettant le mieux de réduire la morbidité et la mortalité) soient privilégiés lors de l'affectation des ressources.
- Renforcement et décentralisation de la gestion dans le contexte d'un service national de santé.
- Etablissement de liens entre les prestataires de soins de santé privés et publics pour garantir un consensus et veiller à ce que toutes les ressources servent à la réalisation d'une stratégie commune.
- Développement et remise en état de l'infrastructure sanitaire de manière à étendre sa couverture et améliorer sa qualité.
- Renforcement de la planification, de la gestion et de la formation des ressources humaines en vue de constituer et maintenir en place des équipes sanitaires en nombre suffisant, de bonne qualité et bien motivées pour la prestation des services.
- Mise en place et gestion d'une logistique appropriée concernant les médicaments et autres biens consommables, le matériel et les véhicules, à tous les niveaux du système de santé.
- Renforcement des systèmes de surveillance et de réglementation au sein du système de santé en vue d'une exécution plus efficace des programmes.
- Mise à la disposition des foyers et des communautés de moyens leur permettant de mieux prendre en charge leur propre santé.
- Amélioration du financement des soins de santé de manière que toutes les ressources disponibles de l'État, d'organisations non gouvernementales, d'organismes privés, de missions et de bailleurs de fonds soient utilisées rationnellement et efficacement. On étudiera les moyens de mobiliser des ressources additionnelles en vue de rendre les services plus accessibles et plus abordables.
- Promotion d'une action intersectorielle pour le développement sanitaire, notamment dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition, de l'emploi, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement.

Source : *Medium-term health strategy: towards vision 2020 Republic of Ghana*. Accra, Ministry of Health, 1995.

taire va maintenant au-delà de la programmation des investissements pour englober des déclarations consensuelles relatives aux grandes lignes de la politique et du développement du système.

Un cadre général doit prendre en compte les trois objectifs du système de santé et définir les stratégies permettant de mieux atteindre chacun d'eux. Rares sont les pays qui ont élaboré une politique bien définie sur l'efficacité et l'équité générales du système de santé. Pourtant, la nécessité de tenir compte de ces deux valeurs dans la gestion des affaires publiques est apparue il y a bien longtemps (1). L'Encadré 6.4 décrit l'antique institution de l'Hisba, qui constitue dans les pays islamiques une forme d'administration générale et de contrôle, mettant en évidence ses dimensions éthique et économique. On n'a encore fait nulle part de déclarations publiques sur l'équilibre souhaité entre les résultats sanitaires, la réactivité du système et l'équité du financement. La politique doit indiquer comment améliorer les fonctions essentielles du système et elle y parvient parfois en partie.

En ce qui concerne la prestation de services, tous les prestataires doivent être identifiés ainsi que leur contribution future (plus ou moins importante selon les cas). Sur la question du financement, il convient d'élaborer des stratégies destinées à réduire l'importance des paiements directs en augmentant celle du prépaiement. On définira les rôles des principaux organismes de financement – privés et publics, nationaux et extérieurs – ainsi que ceux des ménages avec leurs orientations futures. Les rouages de l'administration générale, conçus pour réguler ces fonctions et vérifier comment elles évoluent avec la politique, doivent aussi être clairement décrits. A cette occasion, on offrira sans doute aux consomma-

Encadré 6.3 Les APS sont-elles une bonne technique d'administration générale ?

Une approche sectorielle (APS) est une méthode de travail qui rassemble dans un secteur donné gouvernements, donateurs et autres parties prenantes. Caractérisée par une série de principes d'exploitation plutôt que par un ensemble déterminé de politiques ou d'activités, elle consiste à réaliser progressivement, sous la direction du gouvernement, les objectifs suivants : élargissement du dialogue sur la politique générale ; mise au point d'une politique sectorielle unique (concernant les problèmes sectoriels, privés et publics) et d'un programme commun de dépenses réalistes ; conclusion d'accords de surveillance communs ; et meilleure coordination des procédures de financement et d'achat. Adopter une APS, c'est s'engager dans la voie du changement avec ces objectifs en vue et non chercher à les

atteindre tous dès le départ. Il faut pour cela modifier le mode de fonctionnement des gouvernements et des bailleurs de fonds ainsi que les compétences et le type d'organisation de leur personnel.

Cette démarche a surtout commencé à s'appliquer dans certains des pays les plus dépendants d'une aide extérieure. Elle s'inspire des préoccupations suscitées chez les gouvernements et les donateurs par les résultats des méthodes classiques d'aide au développement, lesquelles ont souvent consisté à associer des politiques de réajustement macroéconomique ignorant le secteur social à des projets ayant pour effet de fragmenter le secteur. Nombre de ces pays sont en Afrique, par exemple le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Ghana, le Mali, le Mozambique, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et la Zambie. L'autre groupe de pays où les

APS font l'objet de discussions ou d'un engagement actif se trouve en Asie : le Bangladesh, le Cambodge et le Viet Nam en constituent quelques exemples.

L'évolution d'une APS prend du temps. Au Ghana, lors de l'approbation du programme sectoriel du Ministère de la Santé par les bailleurs de fonds, le pays était déjà passé par dix années de développement institutionnel, quatre années d'application d'une politique/stratégie majeure, trois années de renforcement des fonctions gestionnaires clés, deux années de négociations, de planification et de mise au point, et une année de dérapages et de retards.¹

Le Cambodge et le Viet Nam en sont encore au tout début de l'examen de la politique sectorielle avec les bailleurs de fonds. Dans d'autres pays, on a le plus souvent évolué vers la mise au point d'un cadre de

politique sectorielle et de dépenses à moyen terme à l'intérieur duquel il a été convenu d'opérer. Dans certains pays, les missions d'examen conjointes sont devenues un mode de concertation courant. C'est l'adoption de méthodes communes de financement et d'achat qui a fait le moins de progrès.

Les APS offrent la possibilité d'appuyer une bonne administration générale. Walt et ses collègues affirment qu'elles sont perçues comme un moyen de renforcer la capacité d'un gouvernement à contrôler l'ensemble du système de santé, à élaborer des politiques, et à collaborer avec des partenaires situés en dehors du secteur public.² Toutefois, elles dépendent d'abord et surtout de la clairvoyance et des qualités de dirigeants des membres du gouvernement.

¹ Smithson P. Cité dans Foster M. *Lessons of experience from sector-wide approaches in health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Strategies for Cooperation and Partnership, 1999 (document non publié).

² Walt G et al. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs? *Health Policy and Planning*, 1999, 14(3): 273-284.

teurs la possibilité de se faire représenter pour contrebalancer les intérêts des prestataires.

Il y a danger lorsque certains axes de la politique, ou des stratégies de réforme complètes, sont associés à un parti politique donné ou à un ministre de la santé. Que cette politique soit bonne ou mauvaise, elle devient ainsi hautement vulnérable. Lorsque le ministre ou le parti en question cessent d'être aux commandes, la politique disparaît, généralement avant d'avoir pu faire la preuve de son succès ou de son échec, parce que le ministre ou l'administration suivants sont rarement disposés à se ranger sous la bannière de leur prédécesseur. Une rotation fréquente des hauts responsables et un mauvais climat politique sont deux dangers pour la bonne marche de l'administration générale (11). La mise en place d'une administration générale efficace peut réduire le risque d'appropriation par telle ou telle personnalité d'un aspect particulier de la politique générale en s'assurant l'appui d'un noyau de partenaires éclairés et en répartissant largement les intérêts, les compétences et les connaissances nécessaires pour maintenir le cap dans une direction donnée.

Toutes les autres fonctions de l'administration générale concernent l'exécution de la politique, par opposition à sa formulation et à sa promotion.

FIXER LES RÈGLES ET LES FAIRE APPLIQUER

La réglementation est largement considérée comme du ressort des ministères de la santé et, dans certains pays, des organismes de sécurité sociale. Elle concerne à la fois l'élaboration des règles régissant le comportement des acteurs du système de santé et les mesures prises pour les mettre en œuvre. De même que l'élaboration des politiques et l'information, la réglementation doit englober toutes les actions et tous les intervenants ayant une incidence sur la santé, et pas seulement ceux qui dépendent du ministère de la santé ou du secteur public. Si le service public de santé est souvent inondé de règlements, rares sont les pays (à haut ou bas revenus) ayant mis au point des stratégies appropriées

Encadré 6.4 Administration générale : le système de l'*Hisba* dans les pays islamiques

L'institution de l'*Hisba* a été créée, il y a plus de 1400 ans, dans les pays islamiques pour permettre d'exercer des fonctions d'administration générale. Il s'agit d'une institution morale et socio-économique dont la raison d'être est la promotion du bien et la prévention du mal. Les fonctions du *mouhtasib* (chef du système de l'*Hisba*) peuvent être classées en trois catégories : celles qui concernent les devoirs envers Dieu ; celles qui concernent les droits des gens ; et celles qui s'appliquent à l'ensemble.

Les deuxième et troisième catégories se rapportent aux affaires communautaires et à l'administration municipale. La principale jus-

tification de l'*Hisba* est la promotion de nouvelles normes sociales et la mise en place d'un dispositif pour faire respecter ces normes dans les divers secteurs de la société.

Le premier *mouhtasib* en Islam fut une femme du nom d'Al Shifa ; nommée à Médine, capitale de l'Etat islamique, par le second calife, Omar ibn Al Khattab, il y a près de 1450 ans, elle était chargée de contrôler les marchés. Une autre femme appelée Samra bint Nuhayk fut investie de pouvoirs similaires à La Mecque, deuxième ville du pays, par le même calife.

Le *mouhtasib* pouvait à son tour désigner des personnes techniquement qualifiées pour contrôler l'exercice de divers métiers et com-

merces, et le fonctionnement de services publics, dont les services de santé. Il était habilité à recevoir des plaintes du public et pouvait aussi ordonner une enquête de sa propre initiative.

Les services médicaux étaient eux aussi régis par le système de l'*Hisba*. Les médecins et autres spécialistes de la santé devaient passer avec succès des examens professionnels et posséder le matériel nécessaire pour avoir le droit d'exercer. Le *mouhtasib* veillait à ce que les médecins praticiens respectent les normes morales et éthiques en vigueur, et notamment celles qui concernaient l'équité des services et la protection de l'intérêt général. Dans le domaine des services pharmaceutiques, on

préparait des publications techniques, y compris des monographies décrivant les normes et spécifications applicables aux divers médicaments, et l'on mettait au point des méthodes d'assurance de la qualité. Le système comportait aussi des inspections et des mécanismes de mise en œuvre.

Comme maintes autres institutions, l'*Hisba* s'est radicalement transformée à l'époque de la colonisation occidentale : ses fonctions ont été réparties entre un certain nombre de services séculiers, et sa dimension morale a été abandonnée.

Communication du Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé.

Source : Al-Shaykh al-Imam Ibn Taymiya. *Public duties in Islam: the institution of the Hisba*. Markfield, Royaume-Uni, The Islamic Foundation, 1985.

pour réglementer le financement et les prestations de services de santé émanant du secteur privé. Dans la plupart des pays, il est extrêmement urgent de repenser les méthodes de réglementation pour disposer d'un ensemble cohérent de dispositions applicables aux prestataires et sources de financement privés qui soient conformes aux objectifs et priorités nationaux.

La réglementation peut promouvoir ou restreindre. Etant donné que le secteur privé comprend de nombreux intervenants différents, la politique nationale doit faire une nette distinction entre les cas où il y a lieu de promouvoir et ceux où il faut restreindre. Une position unique à l'égard du secteur privé aurait peu de chance de convenir. Dans le domaine de la promotion, on peut offrir au secteur privé des incitations tangibles comme la vente de biens publics, les prêts à des taux préférentiels ou les dons de terrain. Les incitations fiscales peuvent promouvoir les services privés sans que le gouvernement ait à intervenir, ou seulement dans une très faible mesure, pour réguler le marché des prestataires. Dans les années 1980, la Chine a relégalisé la pratique libérale des professions de la santé et favorisé l'acquisition d'hôpitaux par des coentreprises associant les secteurs public et privé. Le Ministère des Finances de la Thaïlande offre des incitations fiscales aux entreprises privées qui investissent dans des hôpitaux.

A l'autre extrémité du spectre, le libre jeu de la concurrence se heurte parfois à des obstacles considérables comme l'interdiction officielle de l'exercice privé. Cette interdiction est encore en vigueur à Cuba et le fut précédemment en Ethiopie, en Grèce (pour les hôpitaux), au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et dans plusieurs autres pays. Entre ces deux cas extrêmes, on trouve des politiques qui permettent aux lois du marché de s'exercer avec une liberté relative, qui prévoient des incitations modestes ou qui n'imposent que des restrictions limitées à ceux qui désirent privatiser leur activité, notamment quelques normes de comportement du marché et un certain degré de contrôle et de répression.

Souvent, des services publics autres que le ministère de la santé ainsi que les investisseurs privés eux-mêmes réclament des incitations offrant de meilleures perspectives au secteur privé dans le domaine de la santé. Les ministères des finances, du commerce et du développement militent fréquemment pour un accroissement de l'investissement privé dans la santé, conformément à la stratégie générale de libéralisation économique.

Les politiques de promotion semblent donner de bons résultats et contribuent au développement du financement et des services privés (12, 13). Toutefois, elles ont aussi des effets secondaires dommageables : inégalités croissantes, qualité inégale des soins et inefficacité. Le ministère de la santé doit savoir à l'avance quelles sont les conditions qui s'imposent pour que de tels investissements contribuent à l'efficacité, à la qualité ou à l'équité des objectifs du système de santé, et comment il faut défendre le point de vue selon lequel la santé n'est *pas* simplement un secteur comme les autres.

Il est difficile de remédier après coup aux problèmes causés par des pratiques commerciales abusives. Les Etats-Unis offrent probablement l'exemple le mieux documenté d'organismes de réglementation cherchant à combler leur retard sur les compagnies d'assurance privées (14). Les gouvernements des Etats y disposent de lois, de règlements et de moyens de contrainte à l'égard des assureurs privés qui garantissent une concurrence loyale, assurent une bonne qualité et, d'une manière générale, protègent les consommateurs contre les pratiques commerciales frauduleuses. Ce cadre réglementaire a été en cours d'élaboration pendant de nombreuses années et il est encore loin d'être parfait : il ne permet pas en effet d'assurer tout le monde. De récents changements de réglementation ont amélioré l'accès à l'assurance privée par les petits employeurs et les particuliers, sans toutefois la rendre financièrement plus abordable. Des employeurs privés ont mis au point divers moyens

d'échapper à ces règles pour se placer sous l'égide de la réglementation fédérale qui est moins stricte. Toutefois, le système permet d'éviter un grand nombre des abus les plus graves – par exemple l'intervention d'assureurs non solvables ou sans scrupules – et aide à remédier à un grand nombre des défauts du marché. L'Afrique du Sud et le Chili ont fait des expériences similaires en matière de réglementation de l'assurance-maladie privée. L'Afrique du Sud a récemment modifié son règlement relatif aux régimes d'assurance-maladie de manière à réduire la sélection par le risque et à mieux répartir les risques (voir l'Encadré 6.5).

Le Chili n'a pas été en mesure d'imposer des obligations contractuelles explicites aux assureurs privés ou d'interdire la sélection par le risque en raison de l'influence politique des assureurs et de leurs clients. Si un long délai s'écoule entre la libéralisation et l'application de règles régissant le comportement du marché, l'expérience montre qu'il devient politiquement très difficile d'imposer ces règles (15,16).

Les contrats passés entre acheteurs publics et prestataires privés sont une forme atténuée d'incitation à la participation pour le secteur privé. Au Liban, par exemple, 90 % des lits d'hôpitaux appartiennent au secteur privé et des organisations non gouvernementales dispensent des soins ambulatoires à environ 10-15 % de la population, notamment aux pauvres. Poussé par la nécessité, le Ministère de la Santé passe des contrats avec la plupart des hôpitaux privés pour qu'ils mettent un nombre de lits fixé à l'avance à la disposition de

Encadré 6.5 Afrique du Sud : réglementation du marché de l'assurance privée pour accroître la répartition des risques

Le Gouvernement entré en fonctions en 1994 à l'issue des premières élections démocratiques de l'Afrique du Sud s'est trouvé face à un secteur de la santé qui reflétait les inégalités de la société en général. Une industrie privée des soins de santé, établie de longue date et bien développée, accaparait 61 % des ressources financières disponibles pour les soins de santé et ne satisfaisait que les besoins des 20 % de la population correspondant à la tranche la plus riche. La vaste majorité des habitants devaient se contenter de services publics mal répartis, sous-financés et fragmentés. L'escalade des prix dans le secteur privé a été généralement supérieure au taux d'inflation pendant la plupart des dernières années 80 et des années 90. Le secteur privé a réagi en limitant les prestations, en augmentant le ticket modérateur et en accélérant l'exclusion des membres à haut risque, ce qui n'a fait qu'aggraver le problème des inégalités.

Face à ces difficultés, le nouveau Gouvernement a promulgué une législation des régimes d'assurance-maladie qui assure une enveloppe de prestations minimum et une meilleure répartition des risques. Les principes et objectifs fondamentaux de cette loi sont les suivants :

- *Barème communautaire* : Pour un produit ou une option donnés, les seules considérations pouvant être prises en compte pour la détermination des primes sont la taille de la famille et le revenu. Il est interdit de baser les primes sur le risque ou l'âge.
- *Garantie d'accès* : Quiconque est en mesure de payer la prime fixée dans le barème communautaire ne peut être exclu pour des raisons d'âge ou d'état de santé.
- *Répartition accrue des risques* : Un plafonnement des montants des contributions et des cumuls réalisables sur les comptes individuels d'épargne médicale permettra de verser une plus forte proportion des contributions dans la caisse commune.

- *Promotion d'une couverture à vie* : Le barème communautaire et la garantie d'accès seront associés à des pénalités financières pour ceux qui ne s'assurent qu'à un âge avancé afin d'inciter efficacement les gens à s'affilier à vie moyennant le versement de primes qui soient dans leurs moyens.
- *Prestations minimales prescrites* : Chaque régime d'assurance-maladie doit s'engager à rembourser le coût total du traitement d'une liste de maladies données ainsi que celui de certains actes effectués dans une structure sanitaire publique, ce qui diminue de beaucoup la tendance à laisser l'Etat s'occuper des malades indésirables.

Une commission d'enquête, nommée en 1995 par le Ministre de la Santé, a chargé une petite équipe technique de préparer une nouvelle réglementation des caisses d'assurance-maladie. L'équipe a publié un document de travail en 1996 et s'est largement concertée avec des inter-

venants clés au sujet des propositions qu'il contenait. Discussions et débats se sont poursuivis jusqu'au milieu de 1997, et il en a résulté un document d'orientation officiel.¹ Après une période d'intenses discussions très ouvertes qui se sont tenues pendant le processus législatif, la nouvelle loi sur les régimes d'assurance-maladie et le règlement y afférent sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2000, soit trois ans et demi après la création de la commission. Un groupe important va en bénéficier immédiatement : ce sont les membres VIH-positifs des caisses d'assurance-maladie qui ont désormais accès à des soins subventionnés, y compris des médicaments pour le traitement des infections opportunistes, alors que précédemment, ils étaient soit exclus de ces caisses, soit condamnés à ne toucher que des prestations très réduites.

¹ Communication de T. Patrick Masobe, Department of Health, Afrique du Sud, *Reforming private health financing in South Africa: the quest for greater equity and efficiency*, Pretoria, Department of Health, 1997.

patients du secteur public (17). Toutefois, le Gouvernement ne tire pas vraiment avantage de ce moyen de réglementation. Les politiques de remboursement donnent lieu à des hospitalisations inutiles et à un usage abusif des services, ce qui entraîne une escalade des coûts. En outre, les hôpitaux privés opèrent dans un environnement en grande partie non réglementé, d'où une absence de contrôle des investissements. Celle-ci risque d'entraîner à son tour des pressions en faveur d'une poursuite de l'appui financier des pouvoirs publics dont on prendra prétexte pour justifier de nouveaux investissements. L'administration générale doit veiller à ce que des messages incitatifs cohérents émanent des différents niveaux de la politique officielle.

La réglementation suppose des ressources. Le contrôle réglementaire et les stratégies contractuelles augmentent le coût des transactions, tant pour les gouvernements que pour les prestataires ou assureurs, ce qui peut contrebalancer les économies potentielles que l'on attend. C'est parce que l'on était très conscient de cette augmentation des coûts que l'on a décidé de séparer les rôles des acheteurs et des prestataires au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande (18). Souvent, un manque d'engagement et de fonds gêne les gouvernements dans l'exercice de leurs fonctions de réglementation anciennes et nouvelles. Il paraît donc urgent de développer les compétences en matière de passation de marchés et les moyens de contrôle réglementaire, tant par le recrutement d'un personnel qualifié que par la formation et le soutien technique du personnel en place.

On attribue souvent l'archaïsme des cadres réglementaires ou leur mauvaise application à l'incompétence des ressources humaines ou à l'insuffisance de leurs effectifs (4). L'absence de moyens légaux suffisants est aussi parfois mise en cause. C'est ainsi que, vers la fin des années 1970, le Sri Lanka a déréglementé l'exercice de la médecine libérale par le personnel médical de l'Etat et libéralisé l'économie en général, ce qui a accru l'afflux de capitaux (19). Toutefois, le Ministère de la Santé n'a pas enregistré efficacement les prestataires privés dont le nombre allait croissant : il n'avait aucune stratégie de réglementation, pas de personnel responsable des relations avec le secteur privé et pas de pouvoirs légaux suffisants pour s'acquitter des nombreuses tâches qui lui incombaient. La seule loi en vigueur prévoyait l'agrément des maisons de santé mais pas celui des dispensaires et des médecins du secteur privé. Une loi a été votée en 1997, mais le décret d'application n'est pas encore paru. Néanmoins, en 1998, une nouvelle unité du Ministère de la Santé a été mise en place pour le développement et la réglementation du secteur privé.

En Egypte, la plupart des médecins travaillent à la fois pour l'Etat et à titre privé. De ce fait, une grande partie de leurs activités échappent aux contrôles et à la réglementation. Une situation similaire prévaut en Amérique latine. En Inde, les mécanismes de contrôle et, a fortiori, de réglementation du secteur privé n'ont pas suivi son expansion en dépit des préoccupations que suscite la qualité des soins. Les professionnels de la santé connaissent les lois qui régissent leur activité, mais savent qu'elles sont peu ou mal appliquées et que les associations professionnelles, théoriquement responsables d'une autoréglementation, sont tout aussi inefficaces.

Lorsque des prestataires publics utilisent illégalement des installations publiques pour dispenser des soins particuliers à des patients privés, le secteur public subventionne une médecine libérale officieuse. Il est pratiquement impossible d'interdire complètement à des agents de santé rémunérés par l'Etat d'exercer leur profession à titre privé, mais plusieurs mesures peuvent être prises pour veiller à ce que les praticiens privés se livrent à une concurrence loyale et ne s'enrichissent pas en cumulant les emplois aux frais du contribuable (20,21). Veiller à ce que les patients, le public et les médias ainsi que les prestataires connaissent parfaitement les règles est important dans la régulation du dosage public-privé.

Des services publics efficaces peuvent être eux-mêmes un outil de réglementation. La mise en place de systèmes publics de prestation des services et de financement efficaces revêt encore plus d'importance si la politique de l'Etat vise à restreindre le développement d'un marché de la santé privé ou si l'on ne dispose pas de ressources suffisantes pour éviter les excès du marché. Le secteur public doit alors répondre à l'évolution des besoins des consommateurs, à l'adoption de nouvelles technologies médicales et aux attentes raisonnables des professionnels de la santé. Un secteur public fort peut même constituer une très bonne stratégie pour réglementer la prestation de services privés et protéger le consommateur s'il aide à rendre le secteur privé plus concurrentiel sur le double plan des prix et de la qualité des services.

Toutefois, il arrive trop souvent qu'en dépit de la gratuité ou du subventionnement de ses services, ce soit le secteur public que l'on considère comme non concurrentiel en termes de qualité et de réactivité. Si le système public se détériore ou cesse de s'améliorer, il va devoir consacrer des ressources et une attention excessives à la détection des cas de « marché noir », et la pratique de plus en plus courante des dessous de table va compromettre l'équité.

Les règles trop rarement appliquées sont une incitation à la fraude. Dans de nombreux pays, le renforcement des contrôles et de la réglementation des prestataires et assureurs du secteur privé est maintenant à l'ordre du jour. Malheureusement, les progrès sont lents, voire impossibles. Il en résulte que les pays doivent non seulement prendre en considération l'impact du secteur privé sur le secteur public et mettre au point un cadre réglementaire pour limiter les effets qu'ils jugent nocifs, mais aussi s'engager durablement à appliquer les règles qu'ils ont édictées en faisant des investissements pour que le personnel chargé de la réglementation acquière les connaissances et compétences nécessaires. Une étude organisée à Sri Lanka est parvenue à la conclusion suivante : « la lenteur des progrès réalisés dans les années 1980 complique la tâche des responsables de la réglementation dans les années 1990 : le développement anarchique et incontrôlé du secteur privé a créé un marché plus vaste et plus complexe où prestataires et usagers ont encore plus d'avantages acquis à défendre » (19).

L'autoréglementation professionnelle, qu'il faut distinguer de la défense d'intérêts corporatifs, favorise les bonnes pratiques. En mettant sur pied une organisation professionnelle, les agents de santé exercent plusieurs des fonctions essentielles de l'administration générale : désignation et certification des membres, échange d'expériences et, parfois, formation en cours d'emploi. En offrant à de telles organisations une modeste contribution financière, le ministère de la santé peut obtenir les informations de base dont il a besoin sur les prestataires du secteur privé, notamment dans le domaine des soins ambulatoires. Dans plusieurs pays d'Afrique orientale où les missions religieuses sont d'importants prestataires de services de santé, des organismes de coordination non gouvernementaux exercent déjà cette fonction. Les associations médicales nationales sont fréquentes et il existe aussi des associations de praticiens traditionnels.

De récentes réformes aux Pays-Bas montrent combien il est difficile d'établir un équilibre entre le renforcement de la réglementation pour protéger les consommateurs et améliorer l'équité et l'assouplissement des règles pour accroître la concurrence (voir l'Encadré 6.6).

Des pays en développement ont également mis en œuvre des politiques qui contribuent à faire œuvrer des acteurs privés dans l'intérêt général. Outre l'exemple de l'Afrique du Sud donné dans l'Encadré 6.5, on peut citer la politique nationale du Bangladesh sur les médicaments, adoptée en 1982, qui interdit l'importation et la vente de tous les médica-

ments non essentiels. De ce fait, 1666 produits jugés inefficaces ou nocifs ont été prohibés, tandis que 300 environ faisaient l'objet d'une autorisation de mise sur le marché. Le Gouvernement contrôle aussi la qualité de la production de tous les fabricants et forme les revendeurs à l'usage rationnel des médicaments. « En associant le contrôle du secteur public à l'initiative privée, on a pu mettre les médicaments essentiels à la portée d'un grand nombre d'habitants, et des médicaments produits localement sont disponibles à un prix raisonnable et stable (22). »

La réglementation nécessite un dialogue. Dans les pays où le secteur privé est soumis à un contrôle particulièrement efficace, le gouvernement tient le plus souvent sa structure réglementaire à l'écart des acteurs privés auxquels elle s'applique. S'il n'en est pas ainsi, le secteur privé risque de circonvenir le système en le faisant agir dans son propre intérêt, c'est-à-dire en cooptant des responsables de la réglementation pour que leurs décisions lui soient plus favorables. Mais « tenir à l'écart » ne signifie pas l'absence de toute communication. Le dialogue entre les dirigeants du secteur public ou les responsables de la réglementation et les acteurs du secteur privé joue un rôle critique dans l'efficacité des réglementations. Pour assurer une bonne administration générale, les gouvernements ne doivent pas seulement *voir* clairement, mais aussi *écouter*. Des groupes mixtes à participation publique et privée jouent un rôle utile dans l'élaboration des politiques et des règlements en évaluant la contribution que les acteurs du secteur privé peuvent apporter aux objectifs de la politique publique sans compromettre leur capacité de succès sur le marché. L'inconvénient de telles méthodes est qu'elles risquent de ralentir le rythme de la réforme. Même si les contrôles et la réglementation sont efficaces, les acteurs du secteur privé peuvent en affaiblir l'effet en exerçant des pressions politiques.

En conclusion, on peut tirer d'importants enseignements pour l'élaboration de cadres réglementaires des marchés privés de la santé :

- Ces cadres doivent être instaurés à l'aide d'incitations économiques *avant* toute expansion planifiée d'envergure et énergiquement mis en œuvre dès que le marché privé commence à réagir à ces incitations.
- Les politiques de réglementation doivent être constamment revues pour demeurer en phase avec l'évolution de la scène politique.
- Améliorer la qualité, élargir l'accès aux soins et promouvoir l'efficacité exigent chacun des outils de réglementation différents.
- Les responsables de la réglementation doivent établir un équilibre entre l'élimination du risque de détournement des règles par des intérêts privés et le maintien d'un

Encadré 6.6 Elargissement du système d'assurance-maladie aux Pays-Bas

Le nouveau système d'assurance-maladie des Pays-Bas, adopté en 1990, impose pour la première fois à tous les assureurs privés d'accorder à leurs affiliés une enveloppe de prestations complète et uniforme. Il favorise également la concurrence en accordant à des particuliers une subvention pour les aider à contracter

une assurance-maladie obligatoire auprès d'assureurs concurrents. Les assureurs reçoivent de l'Etat des montants calculés en fonction du risque pour chaque personne ainsi qu'une prime forfaitaire distincte par assuré. Plus l'assureur est efficace et moins la prime due par l'assuré est élevée. Les assureurs sont également autorisés à négocier des

honoraires inférieurs à ceux qui ont été officiellement approuvés, ce qui était précédemment interdit. De ce fait, des compagnies privées d'assurance-maladie sont entrées sur le marché pour la première fois depuis 1941, et tant les assureurs que les prestataires s'attachent à améliorer la qualité qui est devenue le point focal de la concurrence entre

assureurs alors que celle-ci ne portait jusque-là que sur les prix.¹ Toutefois, le nouveau système a rendu l'objectif de la réduction des inégalités en matière de santé plus difficile à atteindre, car les nantis peuvent recourir au prépaiement pour obtenir des enveloppes de prestations plus complètes.²

¹ Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive insurance market? *Social Science and Medicine*, 1994, 39(1): 1459-1472.

² Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Royaume-Uni, Open University Press, 1998.

dialogue fructueux avec ces intérêts pour veiller à ce que les cadres réglementaires demeurent réalistes.

- Lorsque les gouvernements décident de limiter les activités du secteur privé, ils doivent veiller à ce que le secteur public réponde efficacement aux besoins des consommateurs.

Les gouvernements doivent s'engager durablement à appliquer les règles et règlements, en faisant des investissements pour que les connaissances et compétences du personnel de réglementation suivent l'évolution du marché.

FAIRE PREUVE DE DISCERNEMENT ET PARTAGER LES CONNAISSANCES

L'administration générale suppose de la clairvoyance, une bonne information et un jugement sûr, et de l'influence. Sans une bonne compréhension de ce qui se passe dans l'ensemble du système de santé, il est impossible au ministère de la santé de mettre au point des stratégies capables de modifier le comportement des différents groupes d'intérêt de manière à favoriser, ou tout au moins ne pas contrecarrer, les objectifs généraux de la politique de santé.

Un bon système d'information qui donne aux décideurs de haut niveau la possibilité d'interpréter les renseignements recueillis doit être sélectif. Il faut aussi qu'il tire ses données de la base. Quels sont les principaux prestataires de services et quels problèmes posent-ils pour la réalisation des objectifs de la politique de santé ? Quels sont les principaux déséquilibres ou goulets d'étranglement auxquels se heurte la production de biens et de services et quelles sont les grandes options qui paraissent les plus appropriées ? Quelles sont les principales sources de financement et quelles stratégies permettront d'obtenir un taux de prépaiement supérieur et plus équitable ? Quelles sont les principales utilisations des fonds et quelles sont les politiques qui permettront de mieux répartir les ressources ?

La plupart des systèmes de santé recueillent d'énormes quantités d'informations qui risquent de bloquer leur fonctionnement. Il peut s'agir de comptes financiers, de registres du personnel, d'inventaires, de carnets de route des véhicules, de rapports d'activité (quotidiens, par programme, par département, par service, par ordonnance et par patient) concernant chaque structure sanitaire et de dossiers médicaux. Dans de nombreux ministères de la santé, des milliers d'heures d'employé de bureau sont gaspillées chaque mois dans la compilation de renseignements qui ne sont jamais utilisés. En règle générale, il conviendrait de réduire considérablement à chaque niveau la quantité d'informations traitées par le système.

Aux fins de l'administration générale, on peut n'avoir besoin que de résumés périodiques indiquant les variations enregistrées dans l'espace ou dans le temps. Des renseignements sur la répartition et le rendement des apports sanitaires du secteur public et sur les allocations budgétaires peuvent révéler d'importantes variations injustifiées. Mais ce sont les éléments d'information et d'analyse manquants qui ont le plus d'importance pour l'administration. En effet, rares sont aujourd'hui les pays à revenu bas ou moyen qui disposent de données fiables sur les quantités et les sources des fonds et services autres que ceux de l'Etat dans le système de santé. Or, comme l'indique le tableau 8 de l'annexe sur les comptes nationaux de la santé, les apports non gouvernementaux prédominent généralement dans ces pays. On sait peu de choses, dans la plupart des pays, sur ce que les gens attendent de leur système de santé ou sur la structure des marchés complexes de prestataires non

gouvernementaux. Sans de telles données, il est impossible d'évaluer la réactivité et l'équité du financement ou d'obtenir des mesures intermédiaires comme la qualité et l'accessibilité des services, et, sans un tableau complet de la situation, il ne peut pas y avoir de bonne administration générale.

L'information nécessite des ressources. L'administration générale exige un type d'information et une capacité d'analyse différents de ceux requis pour la gestion courante des prestations de service. Faut-il que le ministère de la santé recueille cette information ? Il n'y a aucune raison de supposer que le coût en ressources et en compétences de la collecte d'informations soit plus élevé pour l'administration générale que pour les systèmes classiques de gestion des systèmes de santé. Il va de soi que de nouvelles compétences s'imposent dans le domaine de la réglementation, de la coordination et de la communication, mais le ministère de la santé peut avoir déjà à cet égard plusieurs atouts.

Premièrement, le réseau national diffus d'agents et d'administrateurs sanitaires du secteur public constitue un réservoir de compétences pour les inventaires ou les enquêtes. Les agents de santé du niveau du district peuvent rapidement établir un registre initial des prestataires non gouvernementaux. Deuxièmement, le ministère de la santé est habilité à délivrer des autorisations d'exercer et des accréditations à des prestataires, de sorte qu'il peut engager son personnel dans le processus d'évaluation. Troisièmement, les agents de santé ont de fréquents contacts avec la population et sont bien placés pour poser aux gens des questions sur les objectifs publics et les attentes personnelles. Ainsi, le ministère de la santé peut constituer une formidable ressource pour une meilleure administration générale, en s'attachant d'abord à obtenir de meilleures informations sur l'ensemble du système.

Toutefois, le ministère n'est pas le plus qualifié pour recueillir ou partager toutes les informations. Des instituts de recherche, des départements universitaires et des organisations non gouvernementales (23,24) ainsi que des sociétés locales ou internationales de consultants peuvent être en mesure de dresser des inventaires et de mener des enquêtes plus rapidement et avec plus d'exactitude. Pour pouvoir les gérer, le ministère devra avoir des compétences suffisantes en matière de passation de contrats et de surveillance.

L'administration générale nécessite aussi une information pour influencer sur les comportements et les événements. La diffusion d'informations facilite, par exemple, l'élaboration des politiques et de la réglementation. Elle permet en outre au ministère de créer, pour sa politique de santé, un mouvement d'opinion favorable capable de contrebalancer l'influence des groupes d'intérêt qui risqueraient de faire régner l'incompétence ou la corruption dans les systèmes de santé. Ainsi un débat public sur les orientations politiques peut s'instaurer à partir de données fiables. Une stratégie de diffusion de l'information technique peut aussi s'inscrire dans un programme de développement du potentiel au sein du système de santé, et plus particulièrement du ministère de la santé.

La diffusion de l'information doit viser à exposer publiquement les aspects les plus complexes de l'administration générale aux fins d'information et de concertation. L'établissement des priorités sanitaires examiné au chapitre 3 ne fait que depuis peu l'objet d'un débat public dans un petit nombre de pays, débat souvent bruyant et confus car on ne lui a pas fixé de règles. Le rôle du ministère consiste à définir de telles règles : l'établissement des priorités doit tenir compte de la charge de morbidité, du rapport coût/efficacité des interventions disponibles et de l'importance des mesures existantes pour régler le problème. Le ministère peut aussi écouter les préférences exprimées au sujet des critères de base de l'établissement des priorités, comme en Suède et dans l'Oregon (Etats-Unis) (25). Les droits

et obligations des différents acteurs peuvent être précisés au moyen d'une stratégie de diffusion de l'information de manière à faciliter la réalisation des objectifs de la politique. C'est ainsi que, dans des cas où la rémunération informelle des soins est une pratique fréquente, les prestataires peuvent être au moins tenus de publier le coût intégral des interventions et l'on peut inviter les patients à porter plainte lorsqu'il leur est demandé de régler des montants supérieurs.

Comme le montre l'Encadré 6.7, de nombreux pays ont déjà pris des mesures pour protéger les droits des patients. Même sans législation, une administration générale énergique peut promouvoir la notion de droits des patients et d'obligations des prestataires, et lui donner corps. Lorsque l'on sait que certaines pratiques et méthodes largement répandues sont dommageables, le ministère, en sa qualité d'administrateur général, doit bien évidemment les combattre en informant le public. Les ventes de substances pharmaceutiques par des commerçants non agréés, les dangers d'une surprescription d'antibiotiques et le non-respect des doses recommandées doivent tous être révélés au public par l'administration générale au moyen de campagnes d'information axées sur les divers acteurs : malades, prestataires concernés et autorités sanitaires locales. L'Encadré 6.8 montre comment des actions s'imposent à différents niveaux pour un apport essentiel : les substances pharmaceutiques.

Une information générale permettant de comparer les ressources sanitaires par habitant et la réalisation des objectifs sanitaires par zone géographique sont un moyen d'appeler l'attention du public sur les préoccupations qu'inspirent à l'administration générale les variations évitables. Sans une telle prise de conscience basée sur des renseignements fiables, le gouvernement est privé d'un rempart efficace contre l'incompétence et la corrup-

Encadré 6.7 Protection des droits des patients

À la fin des années 70, on a commencé à prendre lentement conscience de l'importance des droits des patients tels que le respect de leur dignité et de leur autonomie.

Les progrès rapides de la médecine, des sciences de la santé et de la technologie ont rendu les patients plus exigeants : mieux informés, ils se sont mis à revendiquer leurs droits lors de leurs contacts avec les professionnels. Ces droits font de plus en plus souvent l'objet de dispositions légales : lois portant sur des points précis ou textes sur les droits des citoyens dans des domaines plus généraux que celui de la santé. Une réglementation peut conférer expressément des droits aux patients dans leurs relations avec les prestataires de soins de santé ou contribuer à améliorer leur situation (lois sur l'administration de la santé et

accréditation des hôpitaux par exemple). L'autoréglementation – dispositions volontaires qui prennent la forme de codes déontologiques ou de modèles de contrats établis d'un commun accord par des associations de consommateurs et de prestataires de soins de santé – joue aussi un rôle. Certaines lois offrent de nouvelles possibilités d'autoréglementation : une loi cadre sur la protection de la vie privée et la confidentialité, par exemple, peut obliger les établissements à adopter leurs propres lignes directrices sur la confidentialité des renseignements personnels.

Les pays ont adopté trois types de législation pour protéger les droits des patients. Certains ont promulgué une loi générale unique (Saint-Marin en 1989, la Finlande et l'Uruguay en 1992, les Pays-Bas en 1994, Israël et la Lituanie en 1996,

l'Argentine et l'Islande en 1997, le Danemark en 1998 et la Norvège en 1999). D'autres ont incorporé les droits des patients dans la législation qui régit le système de santé ou dans plusieurs lois sur la santé (le Canada (Nouveau-Brunswick) et la Grèce en 1992, la France entre 1992 et 1994, l'Autriche en 1993, Hong Kong en 1995, le Bélarus et le Canada (Ontario) en 1996, la Géorgie et la Guinée en 1997 et les États-Unis en 1999). Certains pays comme la France (1974-95), l'Irlande (1991), le Royaume-Uni (1991-95) et le Portugal (1997) ont adopté une charte des droits du patient, qui peut jouer plus ou moins le rôle d'une politique nationale ou qui, cas plus fréquent, est incorporée dans les règlements des établissements de santé, jugeant qu'elle était plus conforme à leur système juridique traditionnel.

Le consentement éclairé, l'accès aux dossiers médicaux et la confidentialité des renseignements sont des droits classiques. On est en train de définir de nouvelles règles pour la protection des renseignements personnels figurant dans les banques de données médicales ou dans les systèmes informatiques des hôpitaux. Au cours de ces dernières années, le souci de protéger la vie privée a donné lieu à de nouvelles dispositions concernant par exemple le droit pour le patient d'être informé lorsque des renseignements personnels sont enregistrés pour la première fois dans une banque de données, celui de faire rectifier ou supprimer les renseignements faux ou incorrects et celui d'être prévenu de la divulgation d'informations à un tiers.

tion, cette dernière prenant la forme de la défense d'intérêts personnels ou corporatifs.

Une récente analyse des initiatives lancées en Inde par les Gouvernements d'Etat de Delhi, du Pendjab et du Rajasthan pour inciter des investisseurs privés à cogérer des hôpitaux illustre l'importance des fonctions de l'administration générale (26). Les trois projets ont échoué : aucune coentreprise n'a pu être mise sur pied. Divers facteurs sont intervenus dans chaque cas, mais le rapport mentionne, dans son explication générale, les lacunes suivantes qui ont gêné l'exercice de chacune des fonctions d'administration générale mentionnées ci-dessus :

- l'inadéquation de la politique de chacun des Etats au sujet du rôle du secteur privé ;
- le manque de concertation avec les parties prenantes et l'absence de mécanisme et de coordination entre les acteurs concernés ;
- l'absence, l'insuffisance ou l'inadaptation du dispositif de réglementation applicable aux prestataires privés ;
- l'inefficacité du dispositif de contrôle des performances et d'échange d'informations qui a rendu les partenariats public-privé inefficaces et coûteux.

On a constaté qu'aucun des départements de la santé des trois Etats ne disposait des compétences nécessaires pour s'acquitter de ces fonctions.

Encadré 6.8 Vers une bonne administration générale : le problème des substances pharmaceutiques

La plupart des interventions sanitaires curatives et de nombreuses mesures préventives dépendent des médicaments. Or, ces derniers mettent en jeu de puissants intérêts économiques. Dans les pays pauvres, plus de 50 % des dépenses sanitaires des ménages sont consacrées aux médicaments : les substances pharmaceutiques y sont généralement le deuxième poste, par rang d'importance, du budget de la santé de l'Etat, après les salaires. Dans les pays industrialisés, les coûts des médicaments augmentent de 8 à 12 % par an, soit beaucoup plus vite que les prix à la consommation. De nombreux intervenants sont concernés par les substances pharmaceutiques : les fabricants (tant pour les substances basées sur la recherche que pour les produits génériques), les groupements de consommateurs, les associations professionnelles, les prestataires de services de tous types, les bailleurs de fonds et différents services publics.

Le système de santé doit mettre les médicaments essentiels à la

disposition de tous ceux qui en ont besoin à un prix qu'ils puissent payer, et veiller à ce qu'ils soient de bonne qualité et à ce que leur utilisation soit justifiée sur le plan thérapeutique et rentable. Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement central doit exercer les fonctions essentielles ci-après :

- garantir la qualité des médicaments par une réglementation efficace comprenant des systèmes d'autorisation de mise sur le marché, d'assurance de la qualité, de reconnaissance des titres des professionnels et d'inspection des installations ;
- veiller à ce que les médicaments essentiels soient à la portée des pauvres et des déshérités et fassent l'objet d'un financement convenable ;
- procurer des médicaments essentiels aux prestataires du secteur public ou créer un organisme central pour les appels d'offres en prévoyant des contrats exclusifs de vente ou de distribution pour les niveaux régionaux et inférieurs ;
- mettre au point et soutenir un programme national destiné à

promouvoir une utilisation rationnelle et rentable des médicaments par les agents de santé et le grand public ;

- coordonner les activités de tous les intervenants en élaborant une politique nationale, en l'appliquant et en contrôlant cette application.

Au niveau international, une bonne administration générale consiste à aider les gouvernements à s'acquitter de ces fonctions essentielles. Une aide extérieure peut être également utile dans les domaines suivants :

- soutien informationnel et formation à la gestion pour les organisations non gouvernementales, les réseaux d'associations professionnelles et de groupements de consommateurs, les institutions religieuses, les universités et les prestataires privés ;
- formation, soutien et supervision pour l'application de bonnes pratiques de fabrication à l'intention des fabricants nationaux de substances pharmaceutiques ;
- réglementation, programmes de

formation et incitations financières pour favoriser l'usage rationnel des médicaments dans le secteur privé.

La communauté internationale doit veiller à ce que les problèmes de santé qui constituent un véritable fléau dans les pays les plus pauvres du monde soient inclus dans les programmes des fabricants de médicaments ; des mécanismes tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et l'opération Médicaments antipaludiques sont prévus à cet effet.

Dans le domaine technique et politiquement complexe des substances pharmaceutiques, des organismes extérieurs peuvent avoir besoin de conseils sur les types d'aide les plus appropriés pour les pays en développement. C'est ainsi qu'on a rédigé des lignes directrices sur les bonnes pratiques en matière de dons de médicaments¹ en vue d'augmenter au maximum l'utilité des dons de substances pharmaceutiques.

¹ Principes directeurs applicables aux dons de médicaments, 2^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document WHO/EDM/PAR/99.4).

STRATÉGIES, RÔLES ET RESSOURCES : QUI DOIT FAIRE QUOI ?

Les sections précédentes exposent les trois grandes fonctions de l'administration générale et le rôle principal que joue le ministère de la santé dans leur exécution. Nous allons maintenant voir *comment* exécuter ces fonctions et de quelle manière d'autres groupes et organismes peuvent contribuer à l'administration générale.

Les systèmes de santé « virtuels », décrits au chapitre 3, regroupent nombre d'acteurs autonomes et semi-autonomes dans différents secteurs de l'économie ainsi que ceux qui sont directement placés sous l'autorité du ministère. Les compétences et les stratégies auxquelles font généralement appel les administrations publiques ne conviennent pas pour l'administration des systèmes de santé contemporains. Celle-ci exige un esprit d'entreprise, des compétences analytiques et le sens de la négociation. Les systèmes « virtuels » sont liés ensemble par une même vision des choses et une information commune, et par toute une série de réglementations et de mesures incitatives destinées, pour les premières, à réprimer l'accaparement, l'incompétence et la fraude et, pour les secondes, à récompenser la réalisation des objectifs. L'information du consommateur contribue à la cohésion d'un tel système de santé.

Une meilleure administration demande que l'on mette l'accent sur *la coordination, la concertation et la communication basée sur des faits*. Pour connaître les principaux obstacles à une meilleure performance, le ministère de la santé doit avoir une image complète de la situation. Il vaut généralement mieux, pour des raisons d'efficacité, que le gouvernement dans son ensemble enrôle les autres secteurs (éducation, finances, transport) au lieu de laisser le ministère de la santé s'en charger sur une base bilatérale, mais celui-ci devra fournir les éléments d'appréciation et poursuivre le dialogue. Les ministères de la santé peuvent beaucoup apprendre des changements de méthodes adoptés dans d'autres secteurs où le rôle des pouvoirs publics a déjà beaucoup évolué et ils peuvent s'inspirer largement de l'expérience internationale.

Les ministères doivent écouter une plus grande diversité d'interlocuteurs et défendre avec force et imagination la position des pouvoirs publics concernant les priorités et stratégies sanitaires. Pour veiller à ce que les fonctions d'administration générale soient convenablement exécutées et déléguées, le ministère de la santé doit connaître l'identité de tous les acteurs du secteur de la santé et avoir avec eux des contacts réguliers. Il a fallu parfois faire des études spéciales (26) pour évaluer l'étendue et la composition du secteur privé dans le domaine de la santé.

Le ministère de la santé doit également avoir des moyens et des stratégies de communication pour que les médias sachent quels sont les buts, les progrès ou les difficultés du système de santé. Certains ministères de la santé ont des services chargés de la liaison avec les acteurs de la santé dans le secteur privé, les médias et les autres secteurs publics, ainsi que des relations publiques. En Thaïlande, par exemple, le Ministère de la Santé publique utilise habilement les médias nationaux pour accroître son influence en exploitant judicieusement leur appui (voir Encadré 6.9).

La concertation est un aspect très souvent négligé du processus de préparation et de mise en œuvre des politiques. En Grande-Bretagne, l'absence de concertation fut à l'origine de la campagne publique menée par la British Medical Association contre les réformes du service national de santé décidées en 1989 par le Gouvernement Thatcher (27).

En décembre 1989, le Kenya a adopté une politique de participation aux coûts prévoyant une forte augmentation de la rémunération à l'acte. La presse a publié plusieurs

témoignages sur les conséquences néfastes d'une telle politique. Au mois d'août de la même année, le Président a annoncé son abandon. On a, par la suite, réintroduit la facturation aux usagers de manière progressive, en commençant par les hôpitaux spécialisés et en insistant beaucoup plus sur la formation du personnel et la familiarisation du public avec le nouveau système (28). La République-Unie de Tanzanie et la Zambie se sont inspirées de l'expérience du Kenya pour réformer leurs systèmes de santé. Elles se sont particulièrement attachées à ce que le programme de réformes fasse l'objet d'un débat public et à ce que les agents de santé participent aussi aux décisions concernant le processus de réforme (29). Des conseils de santé municipaux démocratiquement élus en Finlande sont considérés comme un bon moyen de garantir la participation et la responsabilisation des citoyens dans le domaine de la santé (30).

Dans bien des cas, il serait judicieux, pour améliorer l'information nécessaire à l'administration générale, de commencer par déterminer quels sont les renseignements indispensables pour évaluer la performance, puis d'élaborer des stratégies de collecte de données, de revoir les grandes notions sur lesquelles reposent la politique et les messages qu'elle transmet, l'organisation et les mesures incitatives, et enfin de concevoir des méthodes de coordination et de communication. Un investissement massif dans des systèmes d'information pour la gestion ne garantit pas à lui seul une meilleure administration générale. Une action de sensibilisation est aussi nécessaire pour intéresser d'autres secteurs de l'Etat ainsi que les acteurs non gouvernementaux du système de santé. La réglementation doit couvrir un domaine plus vaste et tenir compte du point de vue des consommateurs, des

Encadré 6.9 Thaïlande : rôle des médias dans l'administration générale du système de santé

La société thaïlandaise s'ouvre davantage et devient plus attentive aux besoins de ses membres. La Constitution de 1997 prévoit une pleine participation démocratique des personnes, des communautés et de la société civile. La loi de 1999 sur l'organisation de la fonction publique accorde aux services administratifs une autonomie qui s'exerce en étroite collaboration avec la société civile. Plusieurs hôpitaux publics ont maintenant un statut d'autonomie et les autres mettent en place des conseils composés de membres non professionnels de la communauté locale.

La loi de 1998 sur l'information publique favorise encore la transparence et la responsabilité sociale en garantissant aux citoyens le droit d'être informés par les pouvoirs publics. Les médias ont joué un rôle important dans ces réformes en reflétant les besoins de la

société et ont aidé à élaborer plusieurs politiques sanitaires essentielles. Un conseil de journalistes fixe des normes d'éthique professionnelle et encourage la publication d'informations impartiales dans les médias. Des sondages d'opinion organisés régulièrement permettent de maintenir une liaison efficace entre le public et les décideurs.

Le Ministère de la Santé publique s'assure depuis longtemps l'appui de nombreuses parties prenantes, y compris la presse écrite et parlée. On a récemment mobilisé des organismes médicaux et organisations non gouvernementales pour exercer publiquement et de façon soutenue des pressions sur le Gouvernement afin qu'il promulgue deux lois importantes : la loi sur le contrôle des produits du tabac, adoptée en 1992, et la loi sur la protection sanitaire des non-fumeurs, qui date de la même année. Cette législation vise à instaurer une société thaïe sans tabac.

En Thaïlande, les accidents de la route sont la principale cause de décès. Des messages radiodiffusés et télévisés de façon intensive au cours des pics de circulation ont considérablement réduit, ces dernières années, le nombre de morts et de blessés. D'autres mesures sanitaires comme l'exercice physique, une alimentation saine et l'utilisation des médecines traditionnelles ont fait l'objet d'une information factuelle et impartiale diffusée sur des chaînes de radio. Les médias, ainsi que des organisations non gouvernementales, ont créé des services de conseil dans le domaine du VIH/SIDA et le Ministère de la Santé publique a mis en place un service téléphonique de conseil sur le stress et la prévention des suicides et une permanence téléphonique pour la protection des consommateurs.

Les médias se font l'écho du mécontentement des consommateurs à l'égard des soins hospitaliers tant

publics que privés. Par ailleurs, l'Institut de recherche sur les systèmes de santé coordonne un forum national sur l'amélioration de la qualité hospitalière et les conditions d'agrément des hôpitaux, et préconise la création d'un organisme indépendant pour cet agrément. Il a également institué un programme destiné à guider les journalistes qui veulent se spécialiser dans le domaine de la santé.

Ainsi, les médias thaïlandais jouent un rôle important dans l'administration générale du système de santé en tant que sources d'information et qu'agents du changement, en assurant la liaison entre le grand public, les associations de consommateurs, la société civile, la communauté des chercheurs, les organisations professionnelles et le Gouvernement pour améliorer la santé de la population par la concertation.

prestataires privés, des associations professionnelles et des organismes d'aide extérieurs.

En fondant la politique sur une information de meilleure qualité, on dispose d'un atout majeur pour la communication. Dans certains cas, le ministère de la santé peut ainsi mieux défendre ses positions lorsqu'il traite, par exemple, avec le ministère des finances ou avec les donateurs et son message sera plus percutant s'il utilise le canal de la presse, de la télévision et de la radio, des instituts universitaires et des groupes professionnels ou de groupes de consommateurs pour présenter son point de vue. Le ministère de la santé doit considérer tous ceux dont la motivation première est de faire progresser la santé, qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé, comme ses partenaires au sein du système de santé, et une communication régulière est l'un des moyens d'assurer la cohésion de l'ensemble.

La diversité des partenaires intervenant dans le système de santé conduit à se poser une question importante : qui doit faire quoi ?

Nous nous sommes principalement intéressés jusqu'ici au rôle du ministère de la santé. Mais le contexte local et le problème posé déterminent qui sont les parties prenantes – quels sont ceux qui risquent de bénéficier ou de pâtir d'une politique. Il est important que le ministère de la santé s'efforce d'obtenir l'appui de ces parties prenantes. La possibilité d'appliquer une politique dépend du pouvoir des acteurs, de leur position, de l'importance de leur engagement et de leurs effectifs (31). Etant chargé de formuler la politique et d'en guider la mise en œuvre, le ministère de la santé doit garder cette constatation présente à l'esprit.

Dans le secteur public, les organismes les plus influents, parmi ceux dont les activités ont une incidence sur la santé, sont les organisations de sécurité sociale et le système éducatif. Le ministère de la santé peut les influencer soit en traitant directement avec eux, soit en passant par un échelon politique supérieur pour faire en sorte que les activités d'autres branches du secteur public soutiennent et ne contrecarrent pas la politique de santé.

Lorsque les activités du secteur privé sont motivées par des progrès de la santé, par exemple dans les domaines de la recherche-développement sur les substances pharmaceutiques, de la technologie médicale ou de la sécurité des véhicules à moteur, les ministères de la santé doivent à tout le moins inclure ces partenaires dans leurs stratégies d'information et de communication. Dans les cas où les résultats de ces activités font l'objet d'un commerce international, les organisations régionales et mondiales actives dans le domaine de la santé devraient aider les ministères de la santé dans leurs tâches d'administration générale en réunissant des représentants des gouvernements, de l'industrie et des consommateurs, en faisant connaître les bonnes pratiques et en se chargeant de l'information, du suivi et des comparaisons au niveau international.

Les organismes professionnels peuvent souvent jouer un rôle d'autoréglementation beaucoup plus important. En leur apportant un appui judiciaire, les ministères de la santé peuvent les aider à s'acquitter de certaines fonctions d'administration générale telles que la délivrance des autorisations d'exercer, le contrôle des titres professionnels et la formation en cours d'emploi.

Les intérêts des consommateurs dans le domaine de la santé sont mal protégés dans certains pays, quel que soit leur niveau de développement. Par contre, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Suède, par exemple, où le gouvernement accorde beaucoup d'importance à l'information sanitaire, les consommateurs se sont organisés en groupes résolus et puissants numériquement. Si elle s'oppose à celle du ministère de la santé sur certains dossiers, la position de ces organisations de consommateurs la rejoint sur d'autres dans les négociations avec les fournisseurs ou les organismes professionnels. Les stratégies

modernes de communication permettent d'accéder rapidement et facilement à une information sanitaire présentée sous une forme accessible à des non-spécialistes : le ministère devrait s'employer à mettre ces ressources à la disposition du public.

Les organismes extérieurs, aussi bien publics que non gouvernementaux, ont des responsabilités particulières dans l'administration générale. Ce rapport leur est destiné ainsi qu'à leurs conseillers et aux décideurs nationaux. Le mandat des organismes extérieurs est double : ils doivent des comptes à leurs responsables et à leurs membres ainsi qu'aux gouvernements des pays en développement dans lesquels ils agissent. L'exécution de projets autonomes a été longtemps le compromis qui leur a permis d'accomplir ce double mandat. Pour les donateurs, de tels projets étaient un moyen commode de faire la preuve de leur activité auprès de l'opinion de leurs pays et, pour le pays hôte, des projets bien choisis répondaient aux exigences de son développement. Depuis que l'aide a pris, dans les années 1980, une forme plus systémique, grâce à l'adoption de programmes puis d'approches sectorielles, il est devenu plus facile pour les organismes extérieurs de seconder les gouvernements dans leurs fonctions d'administration générale. Certains donateurs jouent désormais un rôle dans l'élaboration de la politique et de la stratégie et renoncent au droit de choisir, parmi les projets de développement, ceux qui leur conviennent pour devenir des partenaires à part entière des gouvernements qui bénéficient d'une aide (32).

Grâce à leurs connaissances et à leurs ressources techniques, les organismes extérieurs peuvent faire mieux prendre conscience de l'importance des fonctions d'administration générale et veiller à ce que la priorité soit donnée, dans le financement, au développement des compétences indispensables pour exercer ces fonctions. L'administration générale est en effet l'essentiel des responsabilités des pouvoirs publics : c'est à eux que cette tâche incombe et ils doivent s'en acquitter correctement. Sans une bonne administration générale, les excès du marché et la tentation d'exclure les consommateurs pauvres sont des dangers constants.

Les bailleurs de fonds se doivent de ne pas entraver l'administration générale en agissant de manière semi-autonome. Souvent nombreux et soucieux de faire prendre leurs préoccupations en compte dans la politique, ils risquent trop aisément de s'opposer les uns aux autres ainsi qu'au gouvernement, ce qui rend plus difficile l'adoption de lignes politiques claires (33). Le concept d'approches sectorielles offre à cet égard une solution prometteuse : le gouvernement reste aux commandes, mais il entretient un dialogue sur les priorités, la stratégie et des plans communs de mise en œuvre.

QUELS SONT LES ENJEUX ?

Bien des pays sont loin de réaliser tout leur potentiel, et la plupart ne mettent pas suffisamment l'accent sur la capacité de réaction du système et l'équité du financement. Dans presque tous les pays, l'exercice de l'une ou de plusieurs fonctions laisse beaucoup à désirer.

Ces défauts sont à l'origine de très nombreux décès et incapacités évitables dans chaque pays, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect des droits fondamentaux de l'individu. Les effets sont indubitablement plus graves chez les pauvres, que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce plus profondément dans la misère.

Dans tout système, on trouve à tous les niveaux d'innombrables personnes dévouées et hautement qualifiées qui œuvrent pour la santé dans leur communauté. On ne saurait mettre en doute l'immense contribution déjà apportée par l'ensemble des systèmes de

santé à l'amélioration de l'état de santé de la majeure partie de la population mondiale au cours du XX^e siècle. A l'aube du XXI^e, ils nous offrent les moyens de faire d'autres progrès extraordinaires.

Malheureusement, il arrive que les systèmes de santé utilisent mal leurs forces et gaspillent leur potentiel. Mal structurés, dirigés, organisés et financés, ils peuvent faire beaucoup plus de mal que de bien.

C'est le gouvernement qui, en dernier ressort, est responsable de la performance globale du système de santé d'un pays, mais il doit associer tous les secteurs de la société à son administration générale. Prendre soin du bien-être de la population en assumant toutes ses responsabilités est la tâche essentielle de tout bon gouvernement. La santé de la population doit demeurer une priorité nationale et le gouvernement en est le garant.

Une surveillance et une réglementation plus strictes des activités des prestataires et des assureurs du secteur privé doivent figurer en tête des priorités de la politique nationale. Une bonne politique doit faire la distinction entre les prestataires (publics ou privés) qui contribuent à la réalisation des buts sanitaires et ceux qui causent du tort ou n'ont aucun effet pour encourager les premiers et sanctionner les seconds. Il convient de suivre de près l'application des politiques visant à modifier l'équilibre entre l'autonomie des prestataires et leur obligation de rendre compte afin de connaître leurs effets sur la santé, sur la capacité de réaction et sur la répartition de la charge financière.

Les consommateurs doivent être mieux informés sur ce qui est bon ou mauvais pour leur santé, sur les raisons qui font que l'on ne peut répondre à toutes leurs attentes et sur le fait qu'ils ont tout de même des droits que tous les prestataires doivent respecter. Malheureusement, les intérêts des consommateurs dans le domaine de la santé sont mal protégés, quel que soit le niveau de développement du pays. Il faut promouvoir la notion de « droits des patients » et instaurer un dispositif pour enquêter rapidement et en toute impartialité sur les violations de ces droits.

Le moyen le plus évident d'augmenter le niveau de prépaiement est d'allouer davantage de crédits publics à la santé, mais cela est difficile, voire impossible, dans les pays pauvres. Les gouvernements peuvent néanmoins encourager différentes formes de prépaiement (dans le cadre professionnel, au niveau communautaire ou directement auprès du prestataire) pour ouvrir la voie à une fusion des petites caisses. Ils doivent instaurer un barème communautaire et une enveloppe de prestations commune, permettre le transfert des droits à prestation d'un régime à l'autre et faire appel au budget de l'Etat pour financer la prise en charge des pauvres par les caisses. Des régimes d'assurance conçus pour couvrir davantage de pauvres sont, pour les donateurs extérieurs, un moyen séduisant d'utiliser leurs fonds associés à des subventions du gouvernement. Il faut rester vigilant pour éviter que ces régimes ne soient réservés aux groupes à faible risque et à haut revenu.

La plupart des pays à faible ou à moyen revenu ont besoin de mécanismes pour dissocier collecte des revenus et paiements au moment de l'utilisation des services et ainsi faire en sorte que le prépaiement constitue le principal mode de financement de la santé. Une mise en commun accrue des ressources financières permet un subventionnement des pauvres par les riches et des malades par les personnes en bonne santé. Dans chaque pays, les stratégies de répartition des risques doivent être conçues de manière à accroître un tel subventionnement croisé. Le système de rémunération de toutes les catégories de prestataires de services doit être repensé pour les inciter à favoriser la réalisation des objectifs du système de santé en offrant des prestations d'un bon rapport coût/efficacité aux personnes menacées ou atteintes de maladies courantes pouvant être évitées ou soignées.

Sur le plan international, il faut inciter les entreprises, privées pour la plupart, qui font de la recherche-développement sur les produits pharmaceutiques et les vaccins à axer leurs travaux sur les priorités sanitaires mondiales au lieu de se concentrer exclusivement sur des produits « de confort » destinés aux populations aisées.

Dans bien des pays, on constate de graves déséquilibres qui touchent simultanément les ressources humaines et matérielles, la technologie et les produits pharmaceutiques. Beaucoup de pays manquent de personnel de santé qualifié, d'autres en ont trop. Le personnel du système de santé de nombreux pays à faible revenu est insuffisamment qualifié, mal payé et travaille dans des installations archaïques et délabrées où la pénurie de matériel est chronique. Résultat : démoralisé, le personnel compétent part à l'étranger ou s'installe dans le secteur privé.

D'une manière générale, les gouvernements ne sont pas assez informés pour concevoir des stratégies efficaces. Les comptes nationaux de la santé constituent un cadre objectif et exhaustif à partir duquel on peut analyser la situation globale et surveiller les tendances. Ils devraient être beaucoup plus nombreux et beaucoup plus utilisés.

COMMENT AMÉLIORER LA PERFORMANCE

Une bonne administration générale est indispensable pour améliorer la performance des systèmes de santé. Les conclusions ci-après s'appliquent à beaucoup de pays industrialisés ainsi qu'aux pays à faible ou à moyen revenu.

L'administration générale du système de santé incombe au gouvernement. Elle exige une vision globale et réfléchie de la situation qui tienne compte de tous les acteurs principaux et leur assigne un rôle. Elle s'inspire d'un scénario réaliste concernant les ressources et s'attache à la réalisation des objectifs du système. En matière d'information, il est indispensable d'avoir un système sélectif sur les fonctions clés et la réalisation des objectifs qui fasse une distinction entre des grandes catégories de population, par exemple en fonction des revenus, de l'âge, du sexe et de l'ethnie. L'administration générale suppose aussi que l'on est capable de repérer les principaux problèmes à tout moment et d'évaluer les différentes solutions. Pour exercer une influence, il faut concevoir des stratégies de réglementation et de sensibilisation conformes aux buts du système de santé et pouvoir les appliquer de manière rentable.

Prestation des services. Dans les pays à faible revenu, le secteur privé occupe généralement une plus grande place dans la prestation des services de santé et ces pays ont rarement une politique claire à son égard. Il leur faut donc prendre d'importantes mesures pour reconnaître les diverses formes de services et mieux communiquer avec les différents groupes de prestataires dans ce secteur.

Si l'on veut améliorer leur qualité, on a généralement besoin d'être mieux informé sur les soins dispensés au moment considéré. Il faut connaître les facteurs de risque locaux et nationaux et, impérativement, le nombre et le type de prestataires, mais cette dernière condition est rarement remplie. Il faut également connaître la structure du marché et les schémas d'utilisation afin que les décideurs sachent pourquoi ces services existent et quels sont ceux qui se développent. Pour améliorer la qualité en général, il est également utile de disposer d'informations sur les services offerts et sur les principaux obstacles à la mise en œuvre des interventions.

Il conviendrait d'entreprendre officiellement une opération publique de fixation des priorités pour définir le contenu d'une enveloppe de prestations accessible à tous, y compris les affiliés des caisses privées, et tenant compte de critères tels que les maladies prioritaires sur

le plan local et le rapport coût/efficacité. Le rationnement devrait consister à exclure certaines interventions, mais pas des gens. Les mécanismes d'appui – protocoles cliniques, enregistrement, formation, autorisation de mise sur le marché et reconnaissance des titres – doivent être actualisés et utilisés. Il faut mettre au point une stratégie de réglementation qui distingue entre les composantes du secteur privé et encourage l'autoréglementation. La tâche qui consiste à harmoniser les structures organisationnelles et les mesures incitatives avec les objectifs globaux de la politique relève de l'administration générale et pas seulement des prestataires de services.

Un suivi est nécessaire pour évaluer les changements de comportement qu'entraîne la décentralisation du pouvoir de décision sur les ressources et les services et déterminer les effets de différents types de relations contractuelles avec les prestataires publics et privés. Il est difficile de trouver un juste équilibre entre un contrôle strict et l'indépendance indispensable pour que les prestataires soient motivés : les solutions sont à chercher sur le plan local et non dans un manuel. Dans la plupart des contextes, il faudra expérimenter et adapter. On aura besoin d'un réseau facilitant l'échange d'informations pour créer un « système de santé virtuel » regroupant toute une série de prestataires semi-autonomes.

Dans les pays à revenu intermédiaire, où la prestation des services de santé est souvent répartie entre plusieurs systèmes parallèles, on peut encourager une concurrence entre les prestataires basée sur la qualité. Une formule associant des subventions publiques et une réglementation des activités des prestataires privés dans le cadre d'une extension de la couverture de l'assurance (Argentine, Colombie) à des contrats passés directement avec les prestataires relevant du ministère (Brésil) a donné d'assez bons résultats. Les pays à haut revenu auraient eux-mêmes souvent besoin de mieux réglementer les activités des prestataires privés et d'accorder une plus grande attention à la capacité de réaction (Royaume-Uni), ainsi que de lutter contre les gaspillages dus à la surprescription, à l'utilisation abusive des technologies de diagnostic et aux interventions superflues (Etats-Unis, France, Japon).

Production des ressources. L'administration générale doit assurer plusieurs équilibres stratégiques et rétablir la situation quand ceux-ci sont rompus. Un système de comptes nationaux de la santé fournit les informations indispensables pour contrôler le rapport entre les investissements et les dépenses récurrentes, ou entre un apport donné et le total, et pour observer les tendances. Les comptes nationaux de la santé font apparaître les apports nationaux et étrangers, publics et privés et regroupent utilement des données sur des quantités (nombre d'infirmières, de scanners, d'hôpitaux de district) et des données sur leurs coûts. Ils existent désormais sous une forme quelconque dans la plupart des pays, mais restent souvent rudimentaires et ne sont pas encore systématiquement utilisés aux fins de l'administration générale.

Grâce à ces comptes, le ministère de la santé peut évaluer de manière critique les achats faits par tous les détenteurs de fonds du système de santé. La notion d'achat stratégique exposée au chapitre 5 ne s'applique pas seulement à l'achat de services de santé, mais aussi à celui des ressources du système de santé. Lorsque des ressources telles que personnel qualifié, matériel diagnostique et véhicules sont acquises directement avec des fonds publics, le ministère de la santé se doit de veiller non seulement à les obtenir au meilleur prix, mais aussi à en faire le meilleur usage.

Lorsque ce sont d'autres organismes (assurances privées, prestataires, ménages ou autres organismes publics) qui acquièrent ces ressources, le rôle d'administration générale du ministère consiste à faire jouer la réglementation et son pouvoir de persuasion pour que ces achats accroissent l'efficacité de l'arsenal de moyens dont dispose le système. Ce rôle n'englobe cependant pas une planification et une programmation complètes à l'échelon

central. Dans les systèmes où les décisions concernant les dépenses sont très décentralisées, l'administration générale consiste à poser les règles du jeu plutôt qu'à prendre toutes les décisions. Le Brésil réglemente l'allocation de fonds aux Etats, les prix des services et le contrôle des décisions concernant les investissements importants (34). Le ministère central peut être amené à se prononcer sur des dépenses d'équipement majeures concernant, par exemple, des hôpitaux tertiaires ou des écoles de médecine, mais ce sont les autorités sanitaires régionales et de district qui devraient prendre la plupart des décisions concernant les achats de moindre importance en se fondant sur les lignes directrices, les critères et les procédures préconisés par le gouvernement central.

Pour trouver un juste équilibre dans le système de santé entre les investissements et les dépenses renouvelables, il faut analyser les dépenses des secteurs public et privé et tenir compte des fonds nationaux et extérieurs. L'information budgétaire dont dispose habituellement le ministère de la santé ne donne qu'une image partielle de la situation. Il faut un cadre politique clair, des mesures incitatives, une réglementation et une information du public concernant les investissements importants décidés dans l'ensemble du système pour contrer les décisions ponctuelles et les pressions politiques.

En ce qui concerne les ressources humaines, de semblables associations de stratégies 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, comme la Chine, 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 les différents établissements d'enseignement sans pour autant les fermer, et les ressources ainsi économisées pourraient servir au recyclage des agents de santé en surnombre (par exemple les médecins spécialistes en Egypte) dans des disciplines où les effectifs sont insuffisants.

L'administration générale des produits pharmaceutiques et des vaccins consiste, au niveau international, à inciter le milieu essentiellement privé de la recherche-développement à s'intéresser aux priorités sanitaires mondiales. Au niveau national, il faut veiller principalement à rentabiliser les achats et contrôler la qualité, à rendre les prescriptions plus rationnelles et à informer les consommateurs. La stratégie de financement de la santé doit aussi permettre aux pauvres d'acquérir les médicaments dont ils ont besoin quand ils sont malades sans en être empêchés par des obstacles financiers.

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'achats de technologies dans le secteur public (dont chaque pays a besoin) sont bien respectés et que le secteur privé ne bénéficie de mesures incitatives ou de subventions publiques pour des achats de technologies, y compris cette forme de subvention que constitue la possibilité de vendre l'utilisation du matériel aux services publics, que si ces achats sont conformes aux buts 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 expli-

quer aux consommateurs pourquoi il convient de rationner les achats de technologies 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.

Financement des systèmes de santé. Un niveau très élevé de prépaiements équitablement répartis ainsi que l'achat stratégique d'interventions sanitaires sont partout souhaitables. Les stratégies d'exécution dépendent cependant beaucoup plus de la situation de chaque pays. Les pays pauvres sont confrontés à un problème particulièrement délicat : le paiement des soins de santé se fait la plupart du temps quand les gens tombent malades et font appel au système de santé. Cela vaut surtout pour les plus déshérités qui sont rarement affiliés à un régime d'assurance-maladie par prépaiement et fréquemment incapables d'accéder à des services subventionnés. Il ne faut pas faire du paiement direct des soins, en particulier par les pauvres, une source de financement à long terme.

Le moyen le plus évident d'accroître la part du prépaiement est sans doute d'allouer davantage de crédits publics à la santé, mais on se heurte tout de suite à deux obstacles. Dans l'ensemble des pays les plus pauvres, les recettes publiques représentent un pourcentage du revenu national moindre que dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé. Cette insuffisance de leur capacité institutionnelle est de fait l'une des manifestations de leur pauvreté. Souvent conscients de la mauvaise performance du système de santé, les ministères des finances doutent du bien-fondé de ses revendications en matière de financement public. Lorsque aucune mesure organisationnelle n'est possible pour accroître le niveau de prépaiement, donateurs et gouvernements doivent rechercher les moyens de créer ou renforcer de grands groupes de répartition des risques. La mise en place de régimes d'assurance conçus pour recruter davantage de pauvres constitue pour les gouvernements un moyen d'améliorer rapidement la santé des plus vulnérables, avec l'aide de bailleurs de fonds extérieurs.

Dans les pays à revenu intermédiaire, plusieurs caisses importantes à affiliation obligatoire, basées sur le revenu et le risque, coexistent souvent. L'équité du prépaiement est assurée en les renforçant, tout en augmentant là aussi le financement public pour y inclure les pauvres. En Allemagne, au Japon et en République de Corée, une couverture nationale a été réalisée à partir de régimes restreints en augmentant l'effectif des bénéficiaires par l'octroi de subventions et en faisant fusionner certains régimes déjà en place.

Même si, dans la plupart des pays industrialisés, le niveau de prépaiement est déjà très élevé, certaines de ces stratégies les concernent eux aussi. Aux Etats-Unis, une proportion anormalement élevée de la population, compte tenu du revenu national, n'est pas couverte par une assurance-maladie : pour parvenir à élever sensiblement le niveau de la protection financière et la rendre beaucoup plus équitable au cours des dix années à venir, il sera nécessaire d'associer plusieurs des approches décrites ci-dessus.

Pour que le prépaiement garantisse une utilisation optimale des ressources, il va falloir remplacer la plupart des relations traditionnelles entre les responsables de budgets et les prestataires de services par des stratégies d'achat. Les responsables de budgets ne seront plus des intermédiaires financiers passifs. Les stratégies d'achat consistent 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.

Le présent rapport innove en présentant un indice général des résultats obtenus par les systèmes de santé nationaux et un indice de performance en fonction du potentiel qui sont

basés sur trois buts fondamentaux : *une bonne santé, la capacité de répondre aux attentes de la population* (buts qui ne concernent pas uniquement le niveau atteint mais aussi la distribution) et *l'équité de la contribution au financement du système de santé*. Pour atteindre ces buts, il faut être capable d'exercer quatre grandes fonctions : *prestation de services, production de ressources, financement et administration générale*.

Le classement préliminaire des pays d'après la performance de leur système de santé est révélateur. Il permet de penser que lorsque les dépenses de santé sont minimales, la performance est à la fois systématiquement moins bonne et beaucoup plus disparate que lorsque les dépenses sont importantes, même si l'on juge d'après les ressources humaines du pays et le montant des dépenses. Il va de soi qu'il faut s'intéresser en priorité aux pays qui ont peu de ressources et de graves problèmes de santé afin de déterminer pourquoi les réalisations de leur système de santé ne sont pas aussi bonnes qu'elles pourraient l'être et de les aider à réaliser tout leur potentiel. Les résultats présentés ici montrent aussi que bien des réalisations – notamment le niveau de santé et certains aspects de la réactivité – dépendent largement des sommes dépensées par le système, mais qu'il est possible, même avec peu de ressources, d'atteindre des niveaux élevés d'égalité en santé, de respect de la personne et d'équité financière. Certains systèmes sont à cet égard beaucoup plus performants que d'autres.

Il reste encore beaucoup à faire pour tous les intéressés s'ils veulent améliorer ces concepts et produire des données sur la performance de leur système national de santé. Un recadrage complet de la politique est vivement recommandé.

La prestation des services, un dosage judicieux des ressources, le financement et l'administration générale ont tous une grande importance. En exerçant mieux ces quatre fonctions communes, les pays, indépendamment de leur niveau de développement, ont la possibilité de progresser considérablement vers la réalisation de leurs buts. Les premiers à en profiter seront les pauvres.

RÉFÉRENCES

1. Saltman RB, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (sous presse).
2. Osborn D, Gaebler T. *Reinventing government*. Reading, MA, Addison Wesley, 1993.
3. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham (Royaume-Uni), Open University Press, 1998 (State of Health Series).
4. Bossert T et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(1): 59–77.
5. Ogunbekun I et al. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2): 174–181.
6. Bennett S et al. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/ARA/CC/98.1).
7. Killingsworth J et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2): 152–163.
8. Halik J. Respecting patients' rights in hospitals in Poland. In: *Health sector reform in Central and Eastern Europe: current trends and priority research: a FICOSSER research meeting, Velingrad, Bulgaria, 2–3 October 1998*. Varsovie (Pologne), National Centre for Health System Management, 1999.
9. Schuster M et al. How good is the quality of good health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 1998, 76(4): 517–563.
10. Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books, 1996.

11. **Salinas H, Lenz R.** *Las no reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso.* Santiago (Chili), 1999 (en espagnol).
12. **Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V.** Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning*, 1994, 9(1):31-40.
13. **Turshen M.** *Privatizing health services in Africa.* New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1999.
14. **Chollet DJ, Lewis M.** Private insurance: principles and practice. In: Schieber G. *Innovations in health care financing.* Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (World Bank Discussion Paper No. 365).
15. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns.* Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
16. **Hsiao WC.** Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 1995, 32:125-139.
17. **Van Lerberghe W et al.** Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, 12(4): 296-311.
18. **Borren P, Maynard A.** The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy*, 1994, 27(3): 233-252.
19. **Russel S, Attanayake N.** *Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity?* Birmingham (Royaume-Uni), University of Birmingham, 1997.
20. **Bennet S, Ngalande-Banda E.** *Public and private roles in health. A review and analysis of experience in sub-Saharan Africa.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (Current Concern ARA Paper No. 6, document non publié WHO/ARA/CC/97.6).
21. **Broomberg J.** *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience.* London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy, 1994.
22. **Programme d'Action OMS pour les Médicaments essentiels.** *Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (Série «Economie de la santé et médicaments, N° 5).
23. **Zurita B et al.** *Structural pluralism as a tool for equity, quality and efficiency in healthcare in Mexico: the role of FUNSALUD.* 2000 (document non publié).
24. **Smithson P.** Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries. *Health Policy and Planning*, 1995, 10(Suppl.): 6-16.
25. **Ham C.** Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 1997, 42(1): 49-66.
26. **Bhat R.** *Public-private partnerships in the health sector: the Indian experience.* 2000 (document non publié).
27. **Robinson R, Le Grand J, eds.** *Evaluating the NHS reforms.* London, King's Fund Institute, 1994.
28. **Quick JD, Musau SN.** *Impact of cost sharing in Kenya: 1989-1993. Effects of the Ministry of Health Facility Improvement Fund on revenue generation, recurrent expenditures, quality of care, and utilization patterns.* Nairobi, Management Sciences for Health, 1994.
29. **Kalumba K.** *Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/ARA/97.2).
30. **Calnan M, Halik J, Sabbat J.** Citizen participation and patient choice in health reform. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. *Critical challenges for health care reform in Europe.* Buckingham (Royaume-Uni), Open University Press, 1998 (State of Health Series).
31. **Reich M.** In: *Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems.* Washington, DC, Institut de Développement économique, Banque mondiale, 1998 (Flagship Module 2).
32. **Hay R.** *International aid: economics and charity.* Oxford, Oxford Policy Institute, 2000 (Oxford Policy Brief No. 1).
33. **Walt G et al.** Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(3): 207-218.
34. **Brazil: social spending in selected states.** Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (World Bank Report BR-17763: Chapter 3).