



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Les Comptes Nationaux de la Santé 2010

Le présent document renferme le rapport des Comptes Nationaux de Santé 2010 de Madagascar.

Les CNS sont une estimation des Dépenses de Santé. Ils décrivent les flux financiers de dépenses liées à la consommation de biens et services de santé. Ils visent principalement à décrire le système de santé du point de vue des dépenses¹. A cet effet, le rapport des CNS ne portent aucun jugement sur la pertinence ou non d'une dépense. Les décideurs et les responsables de politique sanitaires y puisent des informations pour optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources.

Le traitement des données, et la finalisation de ce document ont été effectués par l'Equipe Technique des Comptes Nationaux de Santé avec l'appui d'un Consultant National. L'équipe qui a finalisé ce rapport est composée des personnes ressources ci après : M. RAKOTONDRAVELO Nirina Holinarisanta, Economiste auprès du Ministère de la Santé Publique, Dr RASOANOMENJANAHARY Joséphine, Chef de Service d'Appui à la Recherche et aux Etudes Socio-Sanitaires, Dr RADIASON Martinien, Mme RAHELIARIVELO Nivo, Dr ANDRIAMIZARASOA Adolphe, Dr RAZANAMASY Voninavoko, Mme RANDRIAMIHARISOA Nirina de l'INSTAT et M. RANAIVOSOA Herimanitra de l'INSTAT.

Sous l'égide du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique, le pilotage et la supervision des activités ont été assurés par M. RADO Milijaona, Directeur des Etudes et de la Planification. Les activités relatives à l'élaboration de ces CNS ont bénéficié du concours financier de l'Etat et du Don Japonais qui a été géré par l'UGP/PACSS.

¹ Système des Comptes de la Santé 2011, page 8

Liste des abréviations

Ar	<i>Ariary</i>
BTP	<i>Bâtiment et Travaux Publics</i>
CAID	<i>Campagne d'Aspersion Intra-Domiciliaire</i>
CHD1 ou 2	<i>Centre Hospitalier de Districts Niveau 1 ou 2</i>
CHRR	<i>Centre Hospitalier de Référence Régional</i>
CHU	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
CIM	<i>Classification Internationale des Maladies</i>
CNaPS	<i>Caisse Nationale de Prévoyance Sociale</i>
CNS	<i>Comptes Nationaux de Santé</i>
CPN	<i>Consultation Pré-Natale</i>
CSB1 ou 2	<i>Centre de Santé de Base niveau 1 ou 2</i>
DCS	<i>Dépenses Courantes de Santé</i>
DTS	<i>Dépenses Totales de Santé</i>
EPM	<i>Enquête Permanent auprès des Ménages</i>
FA	<i>Agent de Financement</i>
FP	<i>Facteur de prestation</i>
FS	<i>Revenus des Régimes de Financements</i>
HC	<i>Fonction</i>
HF	<i>Régime de Financement</i>
HK	<i>Compte de Capital</i>
HP	<i>Prestataires de soins de santé</i>
ICHA	<i>Classification Internationale des Comptes de Santé</i>
INSTAT	<i>Institut National de Statistique</i>
IRA	<i>Infection Respiratoire Aigue</i>
ISBLM	<i>Institutions sans but lucratif au service des ménages</i>
MID	<i>Moustiquaires à Imprégnation Durable</i>
MSP	<i>Ministère de la Santé Publique</i>
MTCA	<i>Médecine Traditionnelle, Complémentaire et Alternative</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
ONG	<i>Organismes Non Gouvernemental</i>
PIB	<i>Produit Intérieur Brut</i>
PVVIH	<i>Personnes Vivants avec le VIH</i>
SCS	<i>Système de Compte de Santé</i>
SSME	<i>Semaine de la Santé des Mères et Enfants</i>
UGP/PACSS	<i>Unité de Gestion de Projet/ Programme d'appui Conjoint au Secteur Santé</i>
USD	<i>Dollars des Etats-Unis</i>

Table des matières

Introduction	6
1. Les nouveautés du SCS 2011	7
1.1 La consommation de service de santé	8
1.1.1 Les fonctions	8
1.1.2 Les Bénéficiaires.....	9
1.2 Les prestations de services.....	10
1.2.1 Les prestataires.....	10
1.2.2 Les facteurs de prestation	11
1.2.3 La formation de capital.....	11
1.3 Le Volet Financement du système	11
1.3.1 Les régimes de financement.....	12
1.3.2 Les revenus des régimes de financement.....	12
1.3.3 Les agents de financement.....	13
2. Situation économiques et sanitaires de Madagascar en 2010	13
2.1 Situation économique en 2010	13
2.2 Situation sanitaire du pays	14
3. Rapport des CNS de Madagascar en 2010.....	16
3.1 Méthodologie et limites du rapport.....	16
3.2 Les indicateurs clés	18
3.3 Résultat des CNS par Régimes, Revenus des régimes, Fonctions, prestataires..	19
3.3.1 Régime de Financement.....	19
3.3.2 Revenus des Régimes.....	21
3.3.3 Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement.....	22
3.3.4 Fonctions	23
3.3.5 Prestataires.....	24
3.4 Les Principaux tableaux croisés	25
3.4.1 Dépenses de santé par type de régime de financement et par fonction (HCxHF).....	25
3.4.2 Dépenses de santé par type de prestataire et par fonction (HCxHP).....	25
3.4.3 Dépenses de santé par régime de financement et par type de prestataire (HPxHF).....	25
3.4.4 Types de revenus par régimes de financement (HFxFS)	26
3.4.5 Dépenses de santé par agent de financement et par régime de financement (HFxFA)26	26
3.5 Répartition des Dépenses de santé par Bénéficiaires.....	26
3.5.1 Dépenses de santé par Région.....	26
3.5.2 Dépenses de santé par quintile socio-économique.....	27
3.6 Recommandations.....	28

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Echantillonnage et taux de réponse.....	16
Tableau 2 : Liste des principaux Indicateurs des CNS	18
Tableau 3 : Répartition des Régimes de Financements à Madagascar	20
Tableau 4 : Répartition des revenus des Régimes de Financements.....	21
Tableau 5 : Répartition des dépenses de santé par Fonction.....	23
Tableau 6 : Répartition des DCS par région.....	26
Tableau 7 : Répartition des lieux de consultation par quintile	27
Tableau 8 : Répartition des DCS par quintile socio-économique.....	28
Tableau 9 : Evolution de la répartition des Dépenses de Santé par quintile	28

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Evolution des DTS entre 2003 et 2010	19
Graphique 2 : Répartition des apports des unités institutionnelles dans le financement des dépenses de santé en 2010.	22
Graphique 3 : Répartition des Dépenses Courantes de Santé par prestataires	24

Liste des Figures

Figure 1 : Le cadre principal et élargi de comptabilité du SCS 2011	8
---------------------------------------------------------------------------	---

Introduction

Le Ministère de la Santé a décidé d'élaborer son troisième rapport sur les Comptes Nationaux de Santé. Le délai de production du Compte a été réduit d'une année. En effet, le premier rapport sur les CNS de Madagascar concerne l'année 2003, le second rapport l'année 2007 et le présent rapport décrit les Comptes de Santé de 2010.

Les CNS consistent en une série de tableaux dans lesquels sont organisées les diverses dépenses de santé d'une nation. Les cadres d'élaboration des CNS ont évolué passant du Système des Comptes de Santé version 1.0 au Système des Comptes de Santé version 2011. Le principal défi posé par ce rapport des CNS 2010 est de sortir des informations conformément à la nouvelle nomenclature du SCS 2011.

L'objectif principal des CNS est de fournir des informations pertinentes sur les dépenses de santé afin d'aider à l'élaboration et au suivi de politiques de santé. Toutefois, le présent rapport ne pourra pas fournir une analyse complète de toutes les données dans le temps sauf pour les grands agrégats compte tenu des changements intervenus dans les définitions utilisées par les deux versions du SCS.

1. Les nouveautés du SCS 2011

Face à l'évolution continue du système de santé, des besoins d'informations de plus en plus précises, fiables et complètes apparaissent pour permettre aux décideurs de formuler des politiques et des stratégies. A cet effet, le Système des Comptes de Santé, qui a été initié depuis l'année 2000 a formulé un nouveau cadre pour mieux décrire le système de santé du point de vue du financement.

La première version des Comptes Nationaux de Santé (le SCS 1.0) a permis de répondre aux principales questions ci après :

- Qui paie ou qui finance la santé et combien ?
- Qui gère et décide de l'allocation des fonds ?
- Qui fournit les biens et les services ?
- Comment les fonds sont réparties entre les différents services et interventions, quels services offerts ?

Quatre dimensions principales du système de santé ont été couverts par les CNS : (1) les sources de fonds, (2) les agents de financement, (3) les prestataires qui utilisent les fonds et (4) les types de services qui sont offerts par ce financement.

Le nouveau Système des Comptes de Santé 2011 (SCS 2011) a introduit des changements pour permettre à plus de comparabilité entre pays et en renforçant l'analyse selon le triptyque : Consommation – Fourniture – Financement. Les dépenses de santé sont enregistrées principalement suivant les classifications des fonctions de soins de santé (ICHA-HC), les prestataires de soins de santé (ICHA-HP), et les régimes de financement de la santé (ICHA-HF). Ces trois principales classifications répondent à trois questions fondamentales :

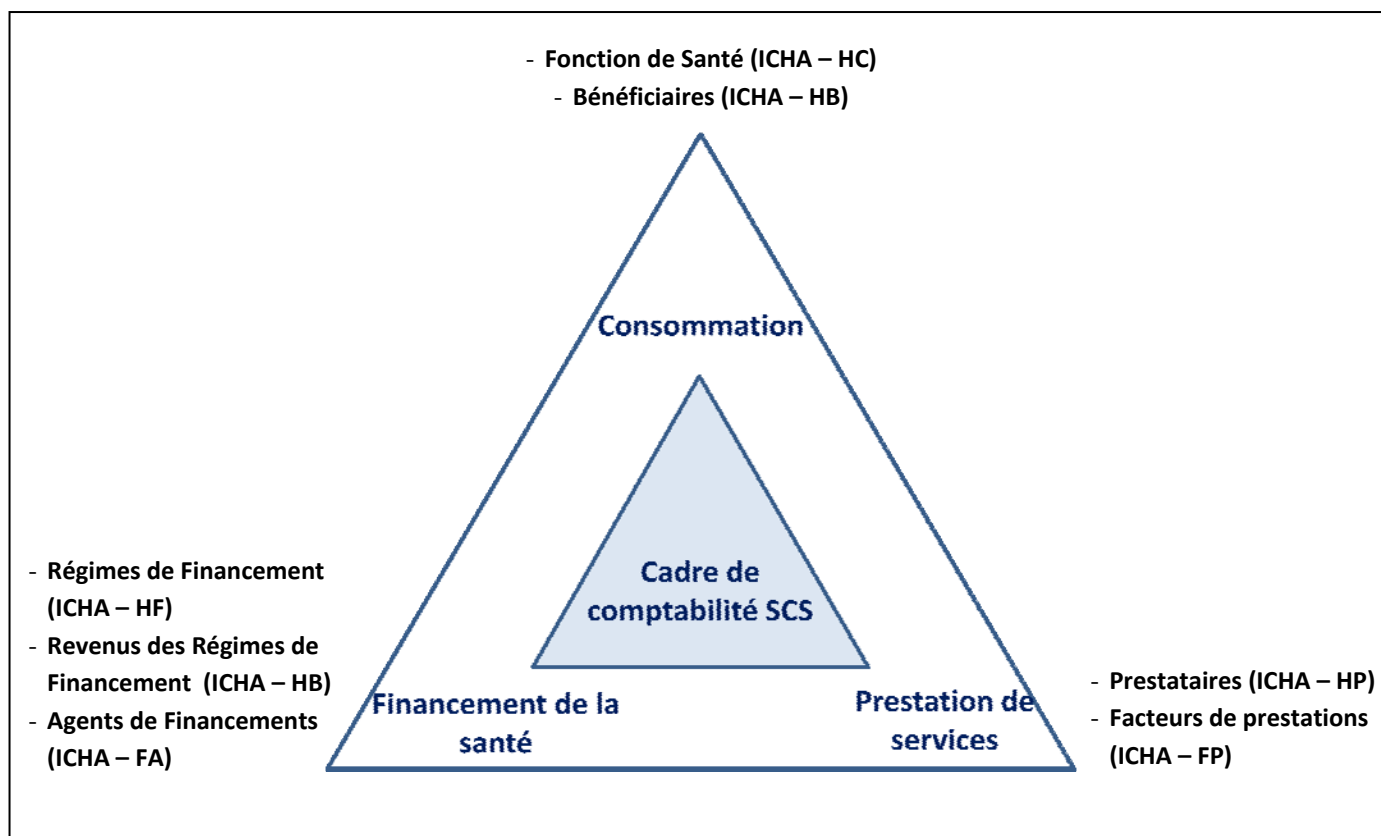
- quels types de biens et services de santé sont consommés ?
- quels prestataires de soins de santé fournissent ces biens et services ?
- Quel régime de financement prend en charge ces biens et services ?

Les objectifs de ce nouveau Système des Comptes de la Santé sont les suivants² :

- proposer un cadre pour les principaux agrégats pertinents à la comparaison internationale des dépenses de santé, et à l'analyse du système de santé
- proposer un outil, extensible par les pays individuellement, qui permette de produire des données utiles au suivi et à l'analyse du système de santé.
- définir des délimitations des soins de santé harmonisées au plan international pour le suivi des dépenses et de la consommation

² SCS 2011, version concise préliminaire – 4 juin 2012, page 9

Figure 1 : Le cadre principal et élargi de comptabilité du SCS 2011



Source : SCS 2011, version concise préliminaire – 4 juin 2012

1.1 La consommation de service de santé

Dans l'optique de la perspective triaxiale (consommation-fourniture-financement), il faut commencer par la mesure de la consommation. Les délimitations des soins de santé sont basées sur le but de cette consommation. La consommation de service de santé couvre les fonctions ou prestations de services et les bénéficiaires de ces services. Elle englobe la consommation des résidents à l'étranger et exclut la consommation des non résidents à l'intérieur du pays.

1.1.1 Les fonctions

La classification des fonctions renvoie aux groupes de biens et services de santé consommés par les utilisateurs finaux (c'est-à-dire les ménages) avec une fonction spécifique de santé³. A cet effet, les investissements ne sont pas inclus mais enregistrés dans un autre classement. Les fonctions obéissent aux frontières de classification des dépenses de santé et se limitent aux *activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances*

³ SCS 2011, version concise préliminaire – 4 juin 2012, page 16

qualifiées en santé [connaissances médicales, paramédicales et infirmières, y compris la technologie et la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative (MTCA)⁴].

Les principales fonctions retenues par le SCS 2011 sont :

- Les soins curatifs ;
- Les soins de réadaptations
- Les soins de santé de longues durées
- Les services auxiliaires
- Les biens médicaux
- Les soins préventifs ;
- La gouvernance, l'administration du système de santé et des financements

Outre ces classifications, le SCS 2011 a aussi prévu des postes pour mémoires pour suivre les dépenses pertinentes pour les politiques en santé. Il y en a deux groupes:

- Postes comptables supplémentaires: agrégats de dépenses dans le cadre de comptabilité en santé avec une forte valeur analytique mais qui ne sont pas répertoriés dans les catégories des fonctions de santé. Il s'agit des :
 - o Dépenses totales en produits pharmaceutiques
 - o Dépenses en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative
 - o Dépenses de services de Prévention et de santé publique
- Postes comptables connexes liés à la santé: dépenses liées aux soins de santé mais dont l'objectif principal n'est pas la santé.
 - o Composant social des soins de longue durée
 - o Promotion de la santé par une approche sectorielle

1.1.2 Les Bénéficiaires

La répartition des dépenses de santé par bénéficiaires doit se limiter aux dépenses courantes de santé, c'est à dire aux dépenses correspondant aux fonctions HC1 à HC9. En outre, le SCS 2011 recommande aussi des analyses selon les caractéristiques des bénéficiaires suivants: âge, sexe, type de maladies ou état de santé, situation socioéconomique et région géographique.

En ce qui concerne la répartition par âge, le SCS 2011 suggère l'utilisation d'un groupe d'âge de 5 ans, pour les 0 à 95 ans, pour permettre une comparabilité internationale.

Pour ce qui est de la répartition des dépenses de santé par maladies, et faute de classification standard, le SCS 2011 préconise soit la répartition suivant la classification de la maladie par catégorie de charge mondiale de morbidité (GBD), soit suivant les principaux chapitres de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

⁴ SCS 2011, version concise préliminaire – 4 juin 2012, page 13

1.2 Les prestations de services

La prestation ou la fourniture de service fait partie des éléments du système de santé et elle est aussi la finalité de ce système. En effet, le système de soins de santé est l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé.

L'OMS a défini la prestation de service comme la combinaison d'apports entrant dans le processus de production de services qui résultent en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté⁵. Il est important de signaler que dans le compte des dépenses courantes en santé, le total des prestations est égal au total de la consommation et au total des financements de la santé⁶. Trois éléments ont été mis en exergue par le SCS en ce qui concerne la fourniture et la prestation de service : les prestataires (IHCA – HP), les facteurs de Prestation (IHCA- FP) et la Formation Brute de Capital (IHCA – HK),

1.2.1 Les prestataires

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres⁷. Les prestataires de santé sont délimités par ceux qui fournissent directement les biens et services de soins de santé aux consommateurs.

Le SCS fait aussi la distinction entre Prestataires primaires qui sont ceux dont l'activité primaire ou principale est d'offrir des biens et services de santé et les prestataires secondaires qui offrent des services de santé en plus de leurs activités principales.

Les prestataires sont classés en huit groupes :

HP.1 : Les Hôpitaux

HP.2 : Les Etablissements résidentiels de soins de longue durée

HP.3 : Les Prestataires de soins de santé ambulatoire

HP.4 : Les Prestataires de services auxiliaires

HP.5 : Les Détaillants et autres prestataires de biens médicaux

HP.6 : Les Prestataires de soins préventifs

HP.7 : Les Prestataires de services d'administration et de Financement du système de santé

HP.8 : Le Reste de l'économie, qui regroupe les Ménages comme prestataires de soins de santé à domicile et toutes les autres industries comme prestataires secondaires de soins de santé.

HP.9 : Le Reste du monde

⁵ SCS 2011, version concise préliminaire – 4 juin 2012, OMS

⁶ Système des Comptes de la Santé 2011, page 54

⁷ SCS 2011, version concise préliminaire – 4 juin 2012, OMS, Page 44

1.2.2 Les facteurs de prestation

Il s'agit des facteurs (de production) utilisés par les prestataires pour produire les biens et services consommés dans le système. Pour pouvoir fournir les biens et les services de santé, les prestataires de soins emploient des mains d'œuvre, du capital, des biens et des services externes et effectuent d'autres dépenses. Ces facteurs ou ressources peuvent être sanitaires et non sanitaires.

Les principales classifications de facteurs de prestation sont :

- FP.1 : Compensation et Rémunération des employés
- FP.2 : Rémunération des professionnels particuliers
- FP.3 : Biens et services utilisés
- FP.4 : Consommation de capital fixe ou amortissement
- FP.5 : Autres rubriques de dépenses

1.2.3 La formation de capital

La formation de capital est communément appelée Investissement. Elle détermine la capacité du système à améliorer l'offre et la qualité de service de santé. La formation de capital comprend l'investissement en capital physique, l'investissement en capital humain dont la formation du personnel et les dépenses liées à l'invention et à l'innovation, dont la Recherche et Développement.

Les trois principales classifications de la formation de capital dans le système de santé sont :

- HK.1.1.1 : Infrastructure
- HK.1.1.2 : Machines et équipements
- HK.1.1.3 : Produits de la Propriété intellectuelle

Outres ces classifications, le compte de capital dispose aussi de classification de postes pour mémoires. Il s'agit :

- HKR.1 : Prêts
- HKR.2 : Epargne accumulé
- HKR.3 : Partenariat public privé
- HKR.4 : Recherche et développement en santé
- HKR.5 : Education et formation du personnel de santé

1.3 Le Volet Financement du système

Pour mieux décrire les flux de financement du secteur santé, trois types de classifications sont développés par le SCS 2011 : les régimes de financement des soins de santé (ICHA-HF), les revenus des régimes de financement (ICHA-FS) et les agents de financement (ICHA-FA).

1.3.1 Les régimes de financement

Les régimes de financement décrivent les différents dispositifs de financements qui permettent à la population d'avoir accès aux soins de santé. Ils comprennent entre autre le paiement direct, le financement par des tiers payant, le système d'assurance volontaire ou obligatoire. Les régimes de financement obéissent à un certain nombre de règles régissant :

- le mode de participation au régime : obligatoire (par la loi ou couverture universelle pour tous les citoyens) ou volontaire (à la discrétion de l'individu)
- la base de l'éligibilité aux soins de santé : nécessitant une contribution (cotisation) ou non
- les règles de mobilisation ou de collecte de fonds : obligatoire ou volontaire
- les règles de mutualisation des recettes d'un régime donné : fonds mis en commun et utilisés au profit de tous ou uniquement pour l'individu ou sa famille.

Les principales classifications des régimes de financement sont :

HF.1 : les Systèmes publics et systèmes contributifs obligatoires de financement de la santé, qui englobent le système public et les régimes d'assurances maladies obligatoires

HF.2 : les Systèmes de paiement des soins de santé volontaires, qui comprennent les régimes d'assurances maladies volontaires, les régimes de financement des ONG et les systèmes de financement des entreprises

HF.3 : les paiements directs des ménages

HF.4 : les régimes de financement du Reste du Monde

1.3.2 Les revenus des régimes de financement

Il s'agit des sources de revenus pour chaque régime de financement. Le Manuel du SCS définit le régime comme une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques⁸.

Les principales nomenclatures des revenus des régimes sont les suivantes :

FS.1 : Transferts issus des revenus nationaux de l'Administration publique (alloués à la santé)

FS.2 : Transferts d'origine étrangère distribués par l'Administration publique

FS.3 : Cotisations d'assurance sociale

FS.4 : Prépaiement obligatoire (autre que FS.3)

FS.5 : Prépaiement volontaire

FS.6 : Autres revenus nationaux non classés ailleurs, (venant des ménages, entreprises et ONG)

FS.7 : Transferts directs étrangers

⁸ Version abrégée du SCS – version préliminaire – 1, OMS, Page 83

En outre, le SCS a défini aussi en poste pour mémoire les unités institutionnelles qui fournissent des revenus aux régimes de financement. Ce sont :

- FS.RI.1.1 : Administration publique
- FS.RI.1.2 : Entreprises
- FS.RI.1.3 : Ménages
- FS.RI.1.4 : ISBLSM
- FS.RI.1.5 : Reste du monde

1.3.3 Les agents de financement

Les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financements : ils collectent les revenus et/ou achètent les services selon les règles du(es) régime(s) de financement des soins de santé donné(s)⁹.

Les catégories d'agents de financement sont :

- FA.1 : Administration Publique
- FA.2 : Compagnies d'Assurance
- FA.3 : Sociétés (autres que compagnies d'Assurance)
- FA.4 : Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)
- FA.5 : Ménages
- FA.6 : Reste du Monde

2 . Situation économiques et sanitaires de Madagascar en 2010

2.1 Situation économique en 2010

L'année 2010 a été marquée par une légère reprise de l'activité économique. Le PIB nominal de 2010 a été estimé à 18.251 Milliards d'Ariary, soit 8.720 millions USD, ce qui équivaut à une croissance de 0,4%¹⁰ si celle-ci a baissé de 3,7% en 2009. Le PIB au prix constant de 2005 a par contre enregistré une croissance de 1,57%¹¹ par rapport à 2010 (17.998 millions USD en 2010 contre 17.721 millions USD en 2009). Cette modeste croissance provient du secteur secondaire et du secteur tertiaire avec respectivement une croissance de 0,2% et de 1,7%.

Le secteur tertiaire contribue à plus de 52,8%¹² du PIB de Madagascar, et la croissance de ce secteur a été obtenue par les résultats positifs du sous secteur BTP (croissance de 2,6%), du sous secteur transport, du sous secteur télécommunication, des sous secteurs banques et assurances avec respectivement des taux de croissance positifs de 6,7%, 9,9%, 9,8% et 16,7%. Pour ce qui est du secteur secondaire, il représente 14,7% du PIB

⁹ Système des Comptes de la Santé 2011, page 187

¹⁰ Tableau de Bord de l'Economie de Madagascar, INSTAT, Juillet 2012, Page 4

¹¹ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

¹² INSTAT / Direction des Synthèses Economiques / Juin 2012

en 2010, sa croissance a été surtout tirée par la branche industrie extractive et la branche agro-industrie avec respectivement un taux de 54,7% et au taux de 34,0%. Pour cette année 2010, le secteur primaire, qui représente 25,7% du PIB, a régressé de 3,4%. Ce recul provient à la fois de la baisse de la branche agriculture et de la branche élevage et pêche avec respectivement un taux de croissance de -0,6% et -8,0%.

L'inflation à Madagascar a été stable en 2010 par rapport à celle de 2009 avec respectivement en taux moyen annuel évalué à 9,2% en 2010 et 9% en 2009¹³. La hausse de prix en 2010 a été due principalement (à hauteur de 48% de l'explication de l'inflation de cette année) à la hausse du prix des produits alimentaires, des boissons et du tabac (9,8% d'augmentation). Le logement, qui explique 22,3% de l'inflation d'ensemble a aussi enregistré une hausse de 10,8%. Mais en termes de variation annuelle, c'est la fonction Santé qui a enregistré la hausse la plus élevée en 2010 (19,8%) même si elle n'a contribué qu'à 4% de la hausse d'ensemble.

En matière de Finances Publique¹⁴, l'année 2010 a été marquée par le gel du financement extérieur. Cette situation a conduit à la revue à la baisse du Budget de l'Etat, dont les dépenses publiques (passant de 3.445,5 milliards d'Ariary à 2.886,7 milliards d'Ariary). En termes de réalisation, les recettes de l'Etat ont augmenté de 20,7% par rapport à l'année 2009. Cette hausse provient plus de la moitié par la hausse des recettes fiscales 11,1% par rapport à 2009, ce qui a conduit à un taux de pression fiscale de 11% du PIB en 2010. Pour ce qui est des dépenses, le taux d'exécution est de 89,3% en 2010. Le déficit budgétaire a été estimé à 1,9% du Produit Intérieur Brut (PIB). Il a été financé essentiellement par l'extérieur par le biais des prêts aux investissements.

2.2 Situation sanitaire du pays

Selon l'EPM 2010, le taux d'incidence de maladie est de 12,4% en 2010. Ce taux est supérieur à celui de 2005, date de la précédente EPM. L'incidence de maladie est plus marquante chez les moins de 11 mois (22%). C'est au niveau des quintiles les plus pauvres et des quintiles les plus riches que l'incidence est plus élevée avec respectivement 13,2% et 14,3% de chaque groupe de population. Les principales maladies qui ont les plus touchées la population sont : la fièvre (39,7% des maladies déclarées) ou suspicion du paludisme, les maladies diarrhéiques (12,4%), les toux de plus de trois semaines (8,8%) et les IRA (7,0%).

Parmi ceux qui se sont déclarés malades, 32,7% seulement sont allés se consulter (39% en milieu urbain contre 32% en milieu rural). Cette situation confirme le taux de consultation rapporté dans l'annuaire statistique du Ministère de la santé publique (30,3%). Parmi ceux qui ne sont pas allés se consulter, 53,8% ont jugé leur maladie non graves. Par contre il faut signaler que le second motif de non consultation évoqué a été le

¹³ Rapport Economique et Financier 2010-2011, Juillet 2011, page 6

¹⁴ Rapport Economique et Financier 2010-2011, Juillet 2011, pages 10, 11,12

problème financier (24,8%) suivi de l'éloignement du centre de santé signalé par 11,4% des personnes.

En cas de maladie, plus de 42% de la population ont déclaré préférer comme premier contact les CSB2 et les centres de santé maternelle et infantile, suivi en deuxième lieu des médecins privés (plus de 19% de cas) ainsi que des CSB1 (9,9% des cas). Les hôpitaux sont utilisés par 15,9% de la population, mais plus le plateau technique est élevé et donc le niveau de l'hôpital croit, moins la population utilise ces centres hospitaliers (respectivement de 5,2%, 4,4%, 2,9%, 2,2% et 1,3% pour les CHD1, CHD2, CHRR, Cliniques Privés et les CHU). Cette tendance est la même que celle du milieu rural. Par contre, le milieu urbain préfère en premier lieu les médecins privés (29,6% de cas), puis les CSB2 et les centres de santé maternelle et infantile (18,8%) et en troisième lieu les CHD1 (12,4%).

Malgré la situation citée ci-dessus, l'année 2010 a enregistré des résultats positifs en se référant aux objectifs qui ont été fixés par le Ministère.

Pour ce qui est des actions en faveur de la santé des enfants, les campagnes de vaccination¹⁵ (SSME) ont réalisé un taux de couverture dépassant la prévision de 80% : 84% à la fois pour le BCG et les anti-rougeoleux et 82% pour le DTCHep.B3. Les deux campagnes de vaccinations ont permis aussi de déparasiter et donner des Vitamines A à plus de 95% des enfants de moins de 5 ans. En outre, tous les districts ont introduit l'utilisation du Zinc/SRO dans le traitement de la diarrhée contre 72 districts seulement en 2009.

Pour le cas de la santé de la mère, les taux d'accouchement au niveau des CSB et CHD ont atteint 38% contre un objectif de 35%. Avec un taux de couverture contraceptive de 26,1% (qui a dépassé la prévision), les contraceptifs ont été mis à la disposition des utilisateurs gratuitement dans les Formations sanitaires publiques en 2010.

Pour ce qui est de la lutte contre les principales maladies, Madagascar a atteint l'objectif fixé de taux de guérison de la tuberculose (83%). Le taux de létalité par la peste est de 9,15% contre 12,5% en 2009. Le taux de prévalence de la lèpre est de 0,86 pour 10.000 cas qui correspond à l'objectif fixé de nombre de cas inférieur à 1 pour 10.000 et le taux de guérison est supérieur à 95%. Pour la lutte contre le VIH/SIDA, le taux de prévalence chez les femmes enceintes dans les sites PTME est de 0,02% en 2010. Ce taux concorde bien à l'objectif de moins 1% fixé par l'OMD. Le pourcentage de PVVIH sous traitement d'ARV dépasse les 92%. Pour le cas de la lutte contre le paludisme¹⁶, des actions ont été menées en 2010 notamment pour la prévention dont la campagne CAID qui a permis de protéger 7.400.000 habitants répartis dans 33 Districts et la campagne de distribution universelle de 5.600.000 MID dans 71 districts répartis dans 16 régions.

¹⁵ Annuaire Statistique du Ministère de la Santé

¹⁶ Rapport annuel 2010 du Programme National de Lutte contre le Paludisme

Toutefois, en matière d'accès aux services de santé¹⁷, et malgré les efforts entrepris pour l'améliorer notamment la réhabilitation, l'équipement et la dotation en personnel dans les CSB et Hôpitaux publics, le taux de Consultation externe reste encore très faible par rapport à la prévision (30,3% contre 40% prévu). C'est aussi le cas de la CPN au niveau du CSB (62,1% de réalisation contre 70% en prévision). Au niveau des hôpitaux, le Taux d'occupation moyenne des lits a baissé à 34,4% en 2010 (avec plus de 50% comme objectifs) contre 37,1% en 2009.

3 . Rapport des CNS de Madagascar en 2010

3.1 Méthodologie et limites du rapport

Le processus d'élaboration des CNS 2010 a débuté en 2011, y compris le début de la collecte de données. Tous les préalables, dont les contenus des questionnaires ont été réalisés conformément aux classifications du SCS 1.0. Ainsi, pour pouvoir ressortir ce présent rapport, qui doit être conforme aux normes de classifications et de définitions du nouveau SCS 2011, selon les recommandation de l'OMS Genève, les réponses ont dû être recodées. A cet effet, les classifications et nomenclatures utilisées dans le cadre de ce rapport restent au niveau agrégé.

Il est aussi à signaler que les nomenclatures et les agrégats utilisées ne sont plus les mêmes pour les deux versions de Systèmes des Comptes de Santé (SCS 1.0 et SCS 2011), la comparaison des résultats dans le temps (2007 et 2010) va se limiter aux grands agrégats tels que les Dépenses Courantes de Santé (DCS) et Dépenses Totales de Santé (DTS)

Il s'agit du troisième rapport des CNS de Madagascar. A cet effet, les outils de collectes ont été améliorés et mis à jour par rapport aux recommandations et expériences des deux précédents CNS. Il en est de même pour l'augmentation de la taille de l'échantillon de structures enquêtées.

Le tableau ci-après résume la taille de structures enquêtées ainsi que les taux de réponses.

Tableau 1 : Echantillonnage et taux de réponse

Structures enquêtées	ENVOYES	Réponses non défailtantes	Taux de réponses
Assurances	3	3	100%
Autres Ministères	11	11	100%
CHD1	45	45	100%
CHD2	17	17	100%
CHRR	18	11	61%

¹⁷ Annuaire statistique du Ministère de la Santé Publique

Structures enquêtées	ENVOYES	Réponses non défailtantes	Taux de réponses
CHU	4	4	100%
Centre de Santé privés	673	187	28%
CSB 1 et 2	2546	1240	49%
Dépôt de Médicaments	500	426	85%
Direction Régionales MSP	22	18	82%
Directions Centrales MSP	26	18	69%
Entreprises/Employeurs	150	78	52%
Hôpitaux Privés	35	18	51%
Laboratoires	10	5	50%
Mutuelles de Santé	15	4	27%
ONG	190	55	29%
Organisation Sanitaire Inter-Entreprise	20	14	70%
Partenaires Techniques et Financiers Extérieurs	20	6	30%
Pharmacies	99	31	31%
Services Centraux MSP	54	45	83%
Services de Santé de District	111	111	100%

Source : CNS 2010

Concernant la collecte de données, l'équipe technique a procédé à la mise à jour des nomenclatures et des classifications, puis à l'identification des différents groupes d'acteurs œuvrant et effectuant des dépenses dans le secteur santé. Ces différents acteurs ont été groupés et placés dans les différentes nomenclatures.

La collecte de données auprès des prestataires et d'autres acteurs œuvrant dans le système de santé a été surtout confiée aux Districts Sanitaires. Ils ont été formés sur le remplissage des différents canevas puis à leur tour ont formé les chefs CSB pour la collecte et l'enquête proprement dite.

Les données collectées ont été apurées par le Comité Technique d'Elaboration des CNS. Puis, des descentes sur terrain ont été effectuées par ce dernier dans les districts disposant de proportion élevée de questionnaires défailtants, pour collecter et compléter les données.

Les normes de traitement des données et d'estimation des dépenses utilisés par les différents guides d'élaboration des CNS ont été respectées, dont le principe de triangulation. Ainsi, les enquêtes ont été renforcées et confrontées avec les données secondaires issues des différents rapports du Ministère de la Santé Publique et des différents programmes rattachés dont les rapports annuels, l'annuaire statistique, des autres ministères et de l'INSTAT. Les données sur les activités des Partenaires Techniques et Financiers ont été obtenues surtout dans les rapports émanant de la

Primature. L'estimation des dépenses des ménages ainsi que leur répartition ont été confiées à l'INSTAT.

3.2 Les indicateurs clés

Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) de Madagascar pour l'année 2010 ont été estimées à 877.441.716.677,63 Ariary, soit 419.736.190,44 USD (1USD = 2096,46 Ar¹⁸). Les dépenses en Capital ont été estimées pour la même année à 140.600.765.899,89 Ariary, soit 67.258.290,47 USD.

Si l'on se réfère aux derniers CNS de 2007, les Dépenses Totales de Santé, qui est la somme des DCS et des Dépenses en Capital de 2010 ont augmenté de 75%, soit une croissance annuelle moyenne de 20,5%.

Les DCS de 2010 représentent 4,81% du PIB. En 2007, les DTS de Madagascar représentaient 4,2% du PIB et si on utilise l'ancienne définition des DTS, celles de 2010 représentent 5,58% du PIB.

Tableau 2 : Liste des principaux Indicateurs des CNS

Indicateurs clés	SHA 2011(DCS)	SCS 1.0 (DTS)
DCS (Ariary)	877 441 716 677,63	1 018 042 482 577,52
DCS (USD)	419 736 190,44	485 600 718,63
PIB nominal (Ariary)	18 251 000 000 000,00	18 251 000 000 000,00
DCS par rapport au PIB	4,81%	5,58%
Population 2010	20 142 015,00	20 142 015,00
DCS par hab (Ariary)	43 562,76	50 543,23
DCS par hab (USD)	20,78	24,11
Dépenses en Capital (Ariary)	140 600 765 899,89	
dont Formation du Personnel et R&D	3 945 192 101,00	

Source : CNS 2010, Rapport Economique et Financier

Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) par habitant en 2010 sont estimées à 43.562,76 Ariary, soit 20,78 USD. En se référant à l'ancienne nomenclature des CNS et en utilisant l'agrégat DTS, les DTS par habitant de 2010 sont de 50.543,23 Ariary soit 24,11 USD. Celles de 2007 sont égales à 31.453,71 Ar (16,40 \$US), d'où une augmentation de 61% en Ariary et de 47% en USD compte tenu de la différence du taux de change utilisé pour ces deux périodes. Cette augmentation des DTS par habitant équivaut à une croissance annuelle moyenne de 18,1% entre 2007 et 2010.

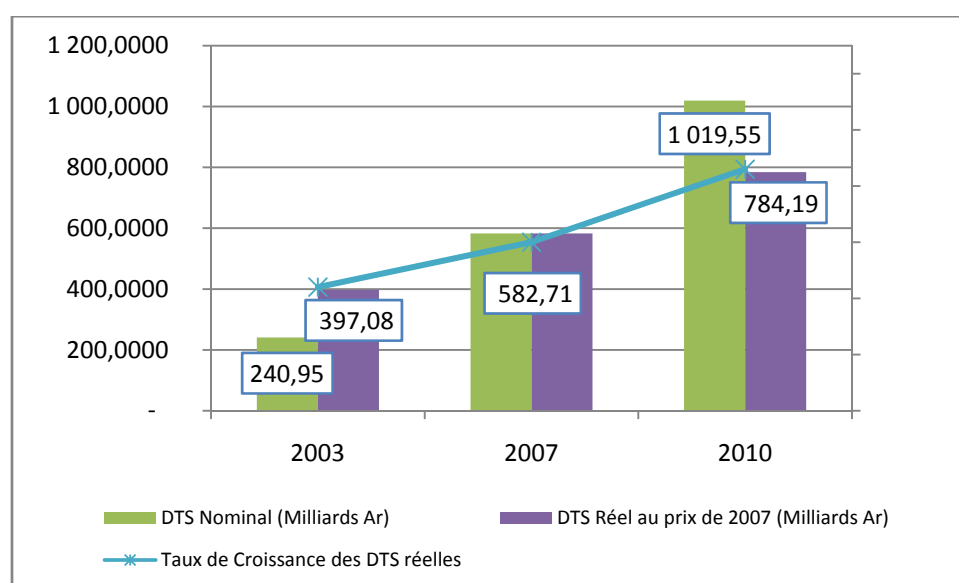
Entre 2007 et 2010, Madagascar a enregistré un taux d'inflation de 30%. Aussi, par rapport au prix de 2007, les DTS réelles de 2010 sont estimées à 784.192.604.832,14

¹⁸ Source : <http://www.banque-centrale.mg/>

Ariary (Base 100 = 2007), soit une croissance réelle du DTS de près de 35% entre les deux années avec une croissance annuelle moyenne de 10,4%. Les DTS réelles par habitant (au prix de 2007) sont estimées à 39.893, 55 Ariary, soit une augmentation de 26,8% entre les deux dates avec une croissance annuelle moyenne de 8,2%.

Si on étend la comparaison jusqu'en 2003, on pouvait en conclure que la croissance annuelle des DTS a été constante (une croissance annuelle moyenne de 10,2% entre 2003 et 2010). Elle est de 10,1% par an en moyenne entre 2003 et 2007 et de 10,4% par an en moyenne entre 2007 et 2010. Ainsi, entre 2003 et 2010, les DTS réelles (base 100 = prix de 2007) ont presque doublés (avec un taux de croissance de 97,5%).

Graphique 1 : Evolution des DTS entre 2003 et 2010



Source : CNS 2010

3.3 **Résultat des CNS par Régimes, Revenus des régimes, Fonctions, prestataires**

3.3.1 **Régime de Financement**

Il s'agit des dispositifs de financement qui permettent d'avoir accès aux soins de santé.

Les Régimes de financement sont définis par un ensemble de règles distinctes régissant :

- le mode de participation au régime
- la base de l'éligibilité aux soins de santé
- les règles de mobilisation
- les règles de mutualisation des recettes d'un régime donné.

L'analyse des dispositifs de financements de la santé à Madagascar fait ressortir cinq (05) principaux régimes de financement. Il s'agit et par ordre d'importance :

- du système de l'administration centrale, qui représente 56,3% des dispositifs de financement des dépenses de santé. Ce mécanisme vise l'accès universels aux soins par la population. Elle recouvre le financement par le budget de l'Etat, le

financement des Partenaires Techniques et Financiers et des ONG, qui permettent à la population de bénéficier gratuitement des soins et services de santé, telles que les campagnes de vaccinations ou la lutte contre certaines maladies.

- du paiement excluant la participation aux coûts qui représente 40,38% des dispositifs. Ce type de régime concerne les dépenses directes des ménages au moment de l'utilisation des services, en espèce et en nature.
- du régime d'assurance maladie sociale, qui représente 2,2% des mécanismes. L'assurance maladie sociale est un dispositif de financement qui garantit l'accès aux soins de santé sur la base du paiement d'une cotisation non liée au risque par la personne éligible¹⁹. Il s'agit des prélèvements obligatoires sur les salaires des employés et des parts patronales au bénéfice des organisations sanitaires inter-entreprises et une partie pour la CNaPS pour la prise en charge médicale des accidents de travail
- du régime d'assurance maladie volontaire, qui représente 1% des mécanismes de financements de soins
- Régime de financement du reste du monde ; ce régime représente 0,05% des mécanismes de financement de la santé. Ce sont les dispositions financières impliquant les unités institutionnelles qui résident à l'étranger, mais qui collectent, mettent en commun les ressources et achètent les biens et services de santé pour le compte des résidents.
- Système de financement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), qui constitue 0,03% des mécanismes de financement. Ce système regroupe les mécanismes nécessitant un prépaiement volontaire, mais qui permet aux cotisants de bénéficier d'un service de soins à un prix largement inférieur à son prix réel.

Tableau 3 : Répartition des Régimes de Financements à Madagascar

Codes SCS	Intitulé	Montant en Ariary
HF.1.1.1	Système de l'administration centrale	493 770 319 277,29
HF.1.2.1	Régimes d'assurance maladie sociale	19 707 395 809,14
HF.2.1	Régime d'assurance maladie volontaire	8 971 509 014,21
HF.2.2	Système de financement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	275 246 534,52
HF.3.1	Paiement excluant la participation aux coûts	354 304 442 441,57
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non-résident)	412 803 600,90
		877 441 716 677,63

Source : CNS 2010

¹⁹ Version abrégée du SCS – version préliminaire – 1, OMS, Page 73

3.3.2 Revenus des Régimes

La recette ou revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs recettes²⁰.

L'analyse des revenus des régimes permet de répondre à la question, comment ou par quel mécanisme l'argent est arrivé aux différents régimes de financement ?

Tableau 4 : Répartition des revenus des Régimes de Financements

Codes SCS	Intitulé	Montant en Ariary
FS.1.1	Transferts et subventions internes	124 286 096 615,96
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	220 939 674 793,77
FS.4.1	Prépaiement obligatoire des individus/familles	3 604 753 796,47
FS.4.2	Prépaiement obligatoire des employeurs	16 102 642 012,67
FS.5.1	Prépaiement volontaire des individus/ménages	149 335 033,83
FS.5.2	Prépaiement volontaire des employeurs	8 151 301 151,49
FS.6.1	Autres revenus provenant des ménages n.c.a.	354 304 442 441,57
FS.6.3	Autres revenus provenant des INSBLM n.c.a.	1 646 042 655,73
FS.7.1	Transferts financiers directs étrangers	148 257 428 176,14
		877 441 716 677,63

Source : CNS 2010

Madagascar dénombre six groupes de revenus des régimes de financement. Il s'agit par ordre d'importance :

- des autres revenus non classés ailleurs (FS.6) qui représentent 40,5% des revenus et qui regroupent les revenus provenant des ménages hors prépaiement et des revenus provenant des ONG. Il est à souligner que 43% des revenus provenant des ONG financent le régime des administrations publiques, 41% vers le régime des assurances maladies volontaires et les 17% restant vont au Système de financement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).
- des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FS.2), qui constituent près de 25,2% des revenus des régimes de financement
- des transferts financiers directs étrangers (FS.7). Ceux-ci représentent près de 17% des revenus des régimes. Ils concernent les aides directes en natures et des subventions provenant des PTF ou des ONG et ne sont pas distribués par l'Administration publique. Environ, 99,7% de ces transferts financiers directs

²⁰ Version abrégée du SCS – version préliminaire – 1, OMS, Page 83

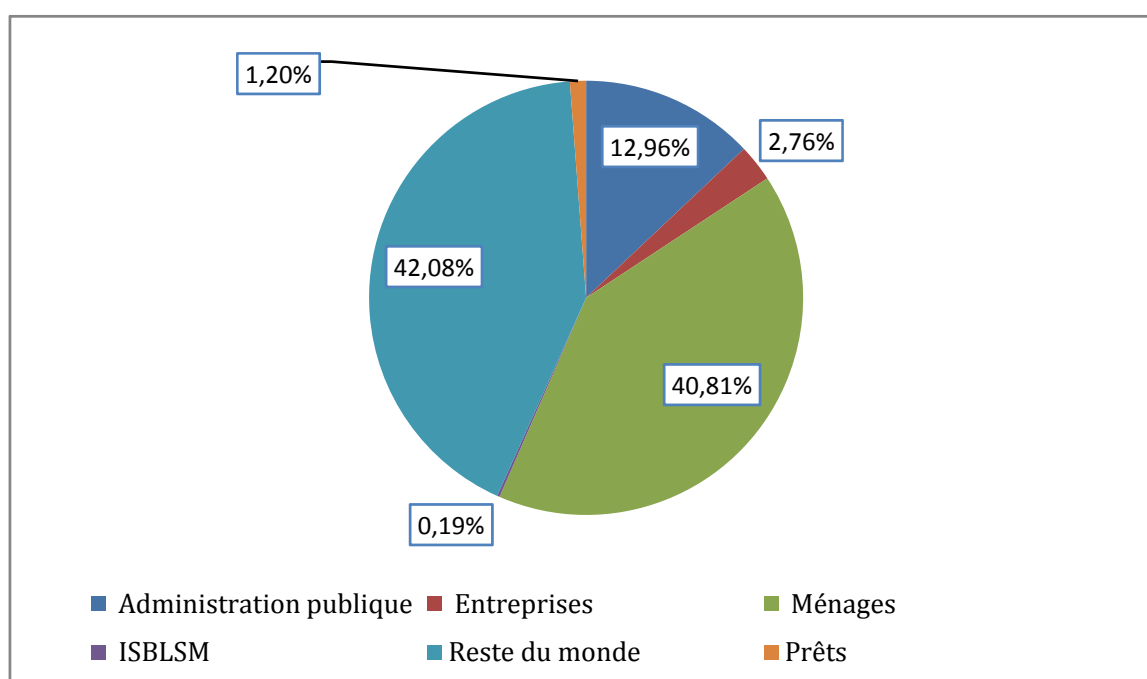
étrangers vont financer les régimes de l'Administration centrale et le reste constitue le revenu du régime de financement du reste du monde.

- des transferts et subventions internes (FS.1.1). Il s'agit du Budget de l'Etat alloué et dépensé dans le système de santé. Ces transferts représentent près de 14,2% des revenus des régimes.
- des prépaiements obligatoires (FS.4) constituent près de 2,2% des revenus des régimes. Ce sont les prépaiements obligatoires des employeurs et ceux des familles ou individus. Ils financent exclusivement le régime d'assurance maladie sociale.
- des prépaiements volontaires effectués par les employeurs et des ménages (FS.5) qui représentent 0,95% des revenus de l'ensemble des régimes de financement et 92,5% des revenus du régime d'assurance maladie volontaire

3.3.3 Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement

Les principales unités institutionnelles qui sont les sources de financement des Dépenses Courantes de santé sont en premier lieu le Reste du Monde avec 42,08% du financement, suivi des Ménages avec 40,81% du financement. L'administration publique occupe la troisième place avec 12,96% du financement du secteur santé. Les prêts, qui font partie des ressources de l'administration publique représentent 1,2% du financement du secteur de santé en 2010.

Graphique 2 : Répartition des apports des unités institutionnelles dans le financement des dépenses de santé en 2010.



Source : CNS 2010

3.3.4 Fonctions

La classification des fonctions renvoie aux groupes de biens et services de santé consommés par les utilisateurs finaux que sont les ménages avec une fonction spécifique de santé.

Au sens comptable, la « fonction » a trait « au type de besoin qu'une transaction ou un groupe de transactions visent à satisfaire ». Les transactions du côté dépenses portent sur la question « pour quel but ? »

Les définitions des différentes fonctions sont les mêmes que celles utilisées lors des deux précédents rapports des CNS sauf pour les dépenses de prévention et de santé publique qui ont été éclatées dans la nouvelle classification du SCS 2011.

- Les dépenses en soins préventifs représentent 38,1% des Dépenses Courantes de Santé, dont 69% en Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre les risques et la maladie, 20% en Programmes d'information, d'éducation et de counseling , 8% en Programmes de vaccination et le reste en Programmes de détection précoce de maladie et en Programme de suivi de l'état de santé ;
- Les dépenses en Soins curatifs occupent la deuxième place avec 37,1% des DCS. Elles regroupent les soins curatifs ambulatoires (30% des DCS) et les soins curatifs en milieu hospitalier (7% des DCS).
- Les dépenses en Biens médicaux représentent 18,6% des DCS. Elles comprennent les dépenses en Médicaments dont ceux en vente libre dont l'ampleur n'est pas négligeable (16% des DCS) et ceux achetées en pharmacies, officines ou dépôts de médicaments et délivrés sur ordonnances.
- Les dépenses en gouvernance, administration du système de santé et des financements représente 6,1% des DCS, dont 70% allouées en administration du système de santé et 30% en administration du financement de la santé.

Tableau 5 : Répartition des dépenses de santé par Fonction

Codes SCS	Intitulé	Montant en Ariary
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier	62 197 423 673,05
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires	263 716 340 685,16
HC.4.1	Service de Laboratoires d'analyses médicales	115 915 342,60
HC 5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance	22 840 428 606,54
HC 5.1.2	Médicaments en vente libre	140 568 305 537,59
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables	2 920 000,00
HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de counseling	66 721 326 519,24
HC.6.2	Programmes de vaccination	26 234 529 184,15
HC.6.3	Programmes de détection précoce de maladie	3 787 096 137,86
HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé	7 596 429 432,36
HC.6.5	Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre les risques et la maladie	230 095 263 722,94

Codes SCS	Intitulé	Montant en Ariary
HC.6.6	Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	16 284 933,00
HC.7.1	Gouvernance et administration du système de santé	37 298 729 349,27
HC.7.2	Administration et financement de la santé	16 250 723 553,88
		877 441 716 677,63

Source : CNS 2010

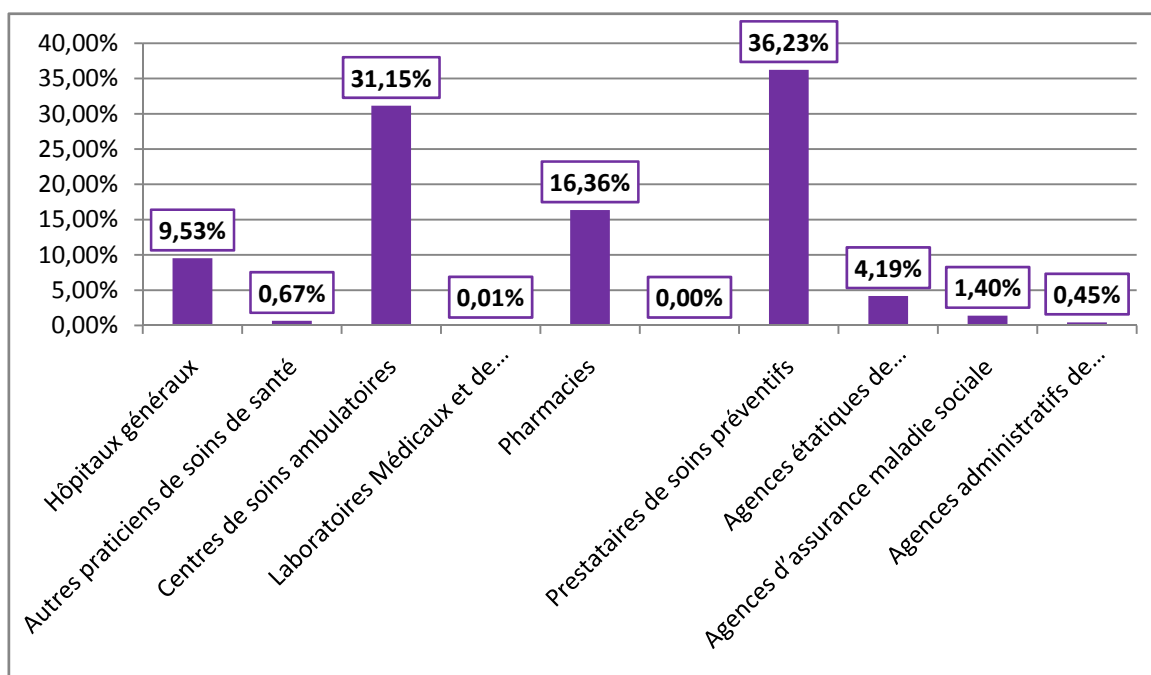
3.3.5 Prestataires

Les prestataires de soins de santé regroupent:

- les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale,
- de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres.

La principale activité exercée constitue le critère fondamental pour la classification des prestataires de soins de santé.

Graphique 3 : Répartition des Dépenses Courantes de Santé par prestataires



Source : CNS 2010

La classification des prestataires de soins a été la même que celle utilisée lors des précédents CNS.

Il s'agit :

- des Hôpitaux (publics et privés) qui bénéficient plus de 9,5% des DCS ;

- des prestataires de soins de santé ambulatoires (31,8% des DCS) qui regroupent les autres praticiens de soins de santé dont les agents communautaires et les tradipraticiens et les Centres de Santé ambulatoires qui couvrent les dispensaires privés, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires privés, les cabinets d’ophtalmologie privés, les CSB publics ;
- des Laboratoires médicaux de diagnostic avec 0,01% des DCS ;
- des détaillants et autres prestataires de biens médicaux qui constituent 16,3% des DCS et englobent les pharmacies et les autres fournisseurs de biens médicaux durables et d’appareils médicaux ;
- des prestataires de soins préventifs avec 36,2% des DCS ;
- des prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé, qui bénéficient près de 6% des DCS et qui regroupent les agences étatiques, les agences d’assurance maladie

3.4 Les Principaux tableaux croisés

3.4.1 Dépenses de santé par type de régime de financement et par fonction (HCxHF)

Le tableau sur les dépenses de santé par type de régime de financement et par type de fonction (voir le Tableau Annexe 1) décrit la répartition générale et spécifique des ressources aux principaux types de services de santé par régime de financement. Ce tableau met en exergue le parcours des ressources qui sont essentiels pour l’information des analystes de santé. Il répond à la question de « qui finance quoi » et permet l’identification de ces deux fonctions où les ressources sont concentrées et de leurs principaux parcours de financement. L’expérience montre que cette tableau est important pour valider les estimations des demandes des dépenses courantes de santé.

3.4.2 Dépenses de santé par type de prestataire et par fonction (HCxHP)

Le tableau sur les dépenses courantes de santé par type de prestataire et par fonction (voir le Tableau Annexe 2) montre comment des dépenses pour différentes fonctions de santé sont canalisées à travers les divers types de prestataires. C'est-à-dire, il indique à l'utilisateur « qui fournit quoi ». Ce tableau donne une perspective synthétique du marché de la santé d'un pays, c.-à-d. ce quelle est la structure de ses besoins en soins de santé et qui sont les prestataires impliqués. Ce tableau s'est avéré très utile pour valider l’aspect offre des dépenses courantes de santé.

3.4.3 Dépenses de santé par régime de financement et par type de prestataire (HPxHF)

Ce tableau présente la structure des dépenses courantes de santé selon les arrangements de financement (régimes de financement) pour fournir les moyens financiers aux prestataires (voir le Tableau Annexe 3). Il décrit comment des fonds sont distribués aux différents types de prestataires et répond à la question, « qui finance

qui ». Le tableau permet à l'utilisateur d'identifier les prestataires sur lesquels les ressources sont concentrées et leurs chemins de financement. L'expérience en matière de comptabilité de santé a prouvé que le tableau HPxHF est un outil important pour estimer la dépense courante totale de santé, et devrait faire l'objet d'attention préalable dans le travail initial.

3.4.4 Types de revenus par régimes de financement (HFxFS)

Ce tableau montre le chemin de financement pour le financement des différents régimes (voir le Tableau Annexe 4). En fait, les unités institutionnelles collectent les fonds utilisés pour financer les régimes. Le tableau répond à la question de « d'où vient l'argent ? » en montrant les types de revenu de chaque régime de financement. Le tableau présente également l'importance relative de chaque type de revenu dans le financement de chaque régime de financement et dans l'ensemble des dépenses courantes totales.

3.4.5 Dépenses de santé par agent de financement et par régime de financement (HFxFA)

Le tableau présente chaque régime et le volume de ses dépenses géré par chaque agent (voir le tableau Annexe 5). Ce tableau présente la structure institutionnelle du financement de la santé en indiquant les relations entre les régimes et les agents. Le tableau répond à la question de « qui gère quel système de paiement ». Les agents de financement constituent habituellement le point de départ dans l'élaboration des tableaux des régimes de financement, car ils sont à l'origine des données pour cet exercice.

3.5 Répartition des Dépenses de santé par Bénéficiaires

3.5.1 Dépenses de santé par Région

La région Analamanga bénéficie plus de 14,5% des Dépenses courantes de santé. La part des Dépenses de l'Administration centrale représente 3,06% des DCS. Hormis ces deux unités, les dépenses moyennes par région représentent 3,88% des DCS. Le taux le plus élevé est de plus de 6% des DCS pour les régions SAVA et Vakinankaratra et les plus bas sont ceux d'Ihorombe et de Melaky avec respectivement 0,76% et 1,14% des DCS.

Tableau 6 : Répartition des DCS par région

Région	Dépenses	Pourcentage
ADMINISTRATION CENTRALE	26 830 322 197,33	3,06%
ALAO TRA MANGORO	40 240 220 151,74	4,59%
AMORON'I MANIA	25 673 180 596,08	2,93%
ANALAMANGA	127 638 034 888,52	14,55%
ANALANJIROFO	40 589 039 350,95	4,63%
ANDROY	39 616 322 660,24	4,51%

Région	Dépenses	Pourcentage
ANOSY	26 706 798 733,92	3,04%
ATSIMO ANDREFANA	49 746 384 564,99	5,67%
ATSIMO ATSINANANA	21 574 163 271,02	2,46%
ATSINANANA	46 205 923 039,32	5,27%
BETSIBOKA	18 281 196 406,92	2,08%
BOENY	33 820 740 468,53	3,85%
BONGOLAVA	28 217 842 882,06	3,22%
DIANA	47 612 676 428,80	5,43%
HAUTE MATSIATRA	37 588 754 130,21	4,28%
IHOROMBE	6 688 744 537,77	0,76%
ITASY	22 060 628 736,81	2,51%
MELAKY	9 996 597 823,67	1,14%
MENABE	31 515 279 201,44	3,59%
SAVA	58 040 488 549,90	6,61%
SOFIA	48 114 078 866,97	5,48%
VAKINANKARATRA	55 448 946 651,32	6,32%
VATOVAVY FITOVINANY	35 235 352 539,14	4,02%
	877 441 716 677,63	100,00%

Source : CNS 2010

3.5.2 Dépenses de santé par quintile socio-économique

La répartition des dépenses de santé par quintile socio-économique a été effectuée suivant les prestataires.

Tableau 7 : Répartition des lieux de consultation par quintile

Unité : %

Type de maladie	Centre Hospitalier		Centre de santé de base				Organisation Sanitaire			Pharmacie		Médecin Privé		Sage Femme		Total
	Centre Hospitalier Universitaire	Centre de Référence Régional	CHD1	CHD2	CSB 1	2/PMI, SMI	Clinique Privée	Médecin Privé	Organisation d'entreprise (OSTIE, SMIA,...)	Centre de santé confessionnel	Pharmacie ou dépôt de médicaments	Informel Ou guérisseur	ONG ou association	Informelle/matronne	Autre	
ENSEMBLE																
Plus pauvre	NS	1,1	6,4	4,0	16,7	49,4	0,6	9,8	0,3	1,6	1,4	7,3	NS	1,0	0,4	100,0
2eme quintile	0,1	0,6	4,6	3,5	11,0	54,3	0,2	9,8	0,4	7,7	1,1	2,8	NS	1,3	2,6	100,0
3eme quintile	1,3	2,3	7,2	2,7	10,3	45,0	1,6	20,5	NS	3,4	1,6	1,6	0,3	1,5	0,9	100,0
4eme quintile	1,2	4,4	4,5	7,5	12,8	39,6	1,4	19,9	0,3	2,8	0,2	2,5	1,3	0,5	1,3	100,0
Plus riche	2,6	4,5	4,1	4,2	3,9	33,8	4,6	27,3	4,4	5,6	0,6	2,2	0,4	0,6	1,3	100,0
Ensemble	1,3	2,9	5,2	4,4	9,9	42,7	2,1	19,2	1,5	4,4	0,9	3,0	0,4	0,9	1,3	100,0

Source : INSTAT/DSM/EPM 2010

Pour l'année 2010, la répartition des dépenses de santé entre les quintiles de pauvreté a été plus équitable par rapport à la structure de 2007.

Tableau 8 : Répartition des DCS par quintile socio-économique

Plus pauvre	2eme quintile	3eme quintile	4eme quintile	Plus riche
174 466 309 950,86	178 710 533 843,35	172 183 024 109,12	171 227 428 366,50	180 854 420 407,80
19,88%	20,37%	19,62%	19,51%	20,61%

Source : CNS 2010

La part des dépenses de santé en Prévention (qui représente plus de 38%) des DCS a permis de redonner cette équité dans la répartition des dépenses de santé. En effet, pour les services payants, la part des plus pauvres ne représente que 16% des dépenses de santé. Cette répartition s'est améliorée par rapport à celle de l'année 2007. Le tableau ci après résume l'évolution de la répartition des dépenses de santé entre 2003 et 2010.

Tableau 9 : Evolution de la répartition des Dépenses de Santé par quintile

	Part des DTS dans l'ensemble		Part des DCS dans l'ensemble pour 2010
	2003	2007	
Quintile le plus pauvre	14%	10%	19,88%
Quintile 2	17%	12%	20,37%
Quintile 3	20%	21%	19,62%
Quintile 4	20%	16%	19,51%
Quintile le plus riche	29%	41%	20,61%

Sources : CNS 2003, CNS 2007, CNS 2010

3.6 **Recommandations**

Les recommandations qui sont émises aussi reprennent celles qui ont été déjà formulées dans le premier rapport des CNS de Madagascar de 2003 et qui ont été reprises dans le rapport des CNS 2007. Il s'agit notamment de :

- La nécessité de l'institutionnalisation du comité technique des CNS.
- La mise en place d'une structure permanente au niveau du Ministère chargé de la santé ayant pour mission principale l'élaboration systématique des CNS.
- L'institutionnalisation de la collecte et du recueil des données auprès de toutes les structures œuvrant dans le domaine de la santé, conformes aux besoins de la nouvelle nomenclature du SCS. Les leçons tirées lors de la collecte de données pour l'élaboration de ce rapport nous poussent à suggérer qu'il est primordial de règlementer l'obligation par tous les acteurs de remplir le canevas prévus à cet effet.
- La nécessité de la mise en place du comité interministériel de pilotage des Comptes nationaux de santé.
- La nécessité d'une publication périodique (au moins tous les deux ans) et à jour des CNS.

Annexe 1 : Dépenses de santé par type de régime de financement et par fonction (HCxHF)

	HF.1.1.1	HF.1.2.1	HF.2.1	HF.2.2	HF.3.1	HF.4	Total général (Ariary)
	Système de l'administration centrale	Régimes d'assurance maladie sociale	Régime d'assurance maladie volontaire	Systèmes de financement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Paiement excluant la participation aux coûts	Régimes de financement du reste du monde (non-résident)	
HC.1.1	60 912 111 525,72	273 341 113,01	599 167 433,42			412 803 600,90	62 197 423 673,05
HC.1.3	40 138 539 491,85	6 775 798 212,68	3 245 490 264,37	275 246 534,53	213 281 266 181,73		263 716 340 685,16
HC.4		115 915 342,60					115 915 342,60
HC.5.1.1	20 970 008 980,90	267 144 656,00	1 148 404 247,39		454 870 722,25		22 840 428 606,54
HC.5.1.2					140 568 305 537,59		140 568 305 537,59
HC.5.2		2 920 000,00					2 920 000,00
HC.6.1	66 721 326 519,24						66 721 326 519,24
HC.6.2	26 234 529 184,15						26 234 529 184,15
HC.6.3	3 787 096 137,86						3 787 096 137,86
HC.6.4	7 596 429 432,36						7 596 429 432,36
HC.6.5	230 095 263 722,94						230 095 263 722,94
HC.6.6	16 284 933,00						16 284 933,00
HC.7.1	37 298 729 349,27						37 298 729 349,27
HC.7.2		12 272 276 484,85	3 978 447 069,03				16 250 723 553,88
Total général	493 770 319 277,29	19 707 395 809,14	8 971 509 014,21	275 246 534,53	354 304 442 441,57	412 803 600,90	877 441 716 677,63

HC.1	Soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.4	Services auxiliaires
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables
HC.6	Soins préventifs
HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de counseling
HC.6.2	Programmes de vaccination
HC.6.3	Programmes de détection précoce de maladie
HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé
HC.6.5	Surveillance épidémiologique programmes de lutte contre le risque et la maladie
HC.6.6	Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie
HC.7.1	Gouvernance et administration du système de santé
HC.7.2	Administration et financement de la santé

Annexe 2 : Dépenses de santé par type de prestataire et par fonction (HCxHP)

	HP.1.1	HP.3.3	HP.3.4	HP.4.2	HP.5.1	HP.5.2	HP.6	HP.7.1	HP.7.2	HP.7.3	Total général (Ariary)
	Hôpitaux généraux	Autres praticiens de soins de santé	Centres de soins ambulatoires	Laboratoires Médicaux et de diagnostique	Pharmacies	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	Prestataires de soins préventifs	Agences étatiques de l'administration de la santé	Agences d'assurance maladie sociale	Agences administratifs de l'assurance maladie privée	
HC.1.1	29 451 617 776,45		6 106 554 634,59				26 639 251 262,00				62 197 423 673,05
HC.1.3	22 291 161 884,92	5 891 833 476,44	235 533 345 323,80								263 716 340 685,16
HC.4				115 915 342,60							115 915 342,60
HC.5.1.1	9 496 769 601,64		10 351 361 329,27		2 992 297 675,64						22 840 428 606,54
HC.5.1.2					140 568 305 537,59						140 568 305 537,59
HC.5.2						2 920 000,00					2 920 000,00
HC.6.1							66 721 326 519,24				66 721 326 519,24
HC.6.2	13 128 454 609,11		13 106 074 575,04								26 234 529 184,15
HC.6.3			3 787 096 137,86								3 787 096 137,86
HC.6.4			886 918 854,00				6 709 510 578,36				7 596 429 432,36
HC.6.5	8 736 418 374,00		3 567 119 940,57				217 791 725 408,38				230 095 263 722,94
HC.6.6			16 284 933,00								16 284 933,00
HC.7.1	543 807 471,24							36 754 921 878,03			37 298 729 349,27
HC.7.2									12 272 276 484,85	3 978 447 069,03	16 250 723 553,88
Total général	83 648 229 717,36	5 891 833 476,44	273 354 755 728,12	115 915 342,60	143 560 603 213,23	2 920 000,00	317 861 813 767,97	36 754 921 878,03	12 272 276 484,85	3 978 447 069,03	877 441 716 677,63

HC.1 Soins curatifs

HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier

HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires

HC.4 Services auxiliaires

HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables

HC.5.1.1 Médicaments délivrés sur ordonnance

HC.5.1.2 Médicaments en vente libre

HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables

HC.6 Soins préventifs

HC.6.1 Programmes d'information, d'éducation et de counseling

HC.6.2 Programmes de vaccination

HC.6.3 Programmes de détection précoce de maladie

HC.6.4 Programme de suivi de l'état de santé

HC.6.5 Surveillance épidémiologique programmes de lutte contre le risque et la maladie

HC.6.6 Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence

HC.7 Administration de la santé et assurance maladie

HC.7.1 Gouvernance et administration du système de santé

HC.7.2 Administration et financement de la santé

Annexe 3 : Dépenses de santé par régime de financement et par type de prestataire (HPxHF)

	HF.1.1.1	HF.1.2.1	HF.2.1	HF.2.2	HF.3.1	HF.4	Total général (Ariary)
	Système de l'administration centrale	Régimes d'assurance maladie sociale	Régime d'assurance maladie volontaire	Systèmes de financement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Paiement excluant la participation aux coûts	Régimes de financement du reste du monde (non-résident)	
HP.1.1	64 936 955 927,06	273 341 113,01	599 167 433,42		17 425 961 642,97	412 803 600,90	83 648 229 717,36
HP.3.3					5 891 833 476,44		5 891 833 476,44
HP.3.4	73 094 749 654,23	6 775 798 212,68	3 245 490 264,37	275 246 534,53	189 963 471 062,32		273 354 755 728,12
HP.4.2		115 915 342,60					115 915 342,60
HP.5.1	1 121 878 050,00	267 144 656,00	1 148 404 247,39		141 023 176 259,84		143 560 603 213,23
HP.5.2		2 920 000,00					2 920 000,00
HP.6	317 861 813 767,97						317 861 813 767,97
HP.7.1	36 754 921 878,03						36 754 921 878,03
HP.7.2		12 272 276 484,85					12 272 276 484,85
HP.7.3			3 978 447 069,03				3 978 447 069,03
Total général	493 770 319 277,29	19 707 395 809,14	8 971 509 014,21	275 246 534,53	354 304 442 441,57	412 803 600,90	877 441 716 677,63

HP.1.1	Hôpitaux généraux
HP.3.3	Autres praticiens de soins de santé
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires
HP.4.2	Laboratoires Médicaux et de diagnostique
HP.5.1	Pharmacies
HP.5.2	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux
HP.6	Prestataires de soins préventifs
HP.7.1	Agences étatiques de l'administration de la santé
HP.7.2	Agences d'assurance maladie sociale
HP.7.3	Agences administratifs de l'assurance maladie privée

Annexe 4 : Types de revenus par régimes de financement (HFxFS)

	FS.1.1	FS.2	FS.4.1	FS.4.2	FS.5.1	FS.5.2	FS.6.1	FS.6.3	FS.7.1	Total général (Ariary)
	Transferts et subventions internes	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Prépaiement obligatoire des individus/familles	Prépaiement obligatoire des employeurs	Prépaiement volontaire des individus/ménages	Prépaiement volontaire des employeurs	Autres revenus provenant des ménages n.c.a.	Autres revenus provenant des INSBLM n.c.a.	Transferts financiers directs étrangers	
HF.1.1.1	124 286 096 615,96	220 939 674 793,77						699 923 292,31	147 844 624 575,24	493 770 319 277,29
HF.1.2.1			3 604 753 796,47	16 102 642 012,67						19 707 395 809,14
HF.2.1					149 335 033,83	8 151 301 151,49		670 872 828,89		8 971 509 014,21
HF.2.2								275 246 534,53		275 246 534,53
HF.3.1							354 304 442 441,57			354 304 442 441,57
HF.4									412 803 600,90	412 803 600,90
Total général	124 286 096 615,96	220 939 674 793,77	3 604 753 796,47	16 102 642 012,67	149 335 033,83	8 151 301 151,49	354 304 442 441,57	1 646 042 655,73	148 257 428 176,14	877 441 716 677,63

Annexe 5 : Dépenses de santé par agent de financement et par régime de financement (HFxFA)

	HF.1.1.1	HF.1.2.1	HF.2.1	HF.2.2	HF.3.1	HF.4	Total général (Ariary)
	Système de l'administration centrale	Régimes d'assurance maladie sociale	Régime d'assurance maladie volontaire	Systèmes de financement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Paiement excluant la participation aux coûts	Régimes de financement du reste du monde (non- résident)	
FA.1.1	105 028 280 520,84						105 028 280 520,84
FA.1.1	224 690 722 884,11						224 690 722 884,11
FA.1.3		19 707 395 809,14					19 707 395 809,14
FA.2.1			8 971 509 014,21				8 971 509 014,21
FA.4	143 554 908 126,08						143 554 908 126,08
FA.5					354 304 442 441,57		354 304 442 441,57
FA.6.1	20 771 654 280,78						20 771 654 280,78
FA.6.2						412 803 600,90	412 803 600,90
Total général	493 770 319 277,29	19 707 395 809,14	8 971 509 014,21	275 246 534,53	354 304 442 441,57	412 803 600,90	877 441 716 677,63

FA.1	Administration publique
FA.1.1	Administration centrale
FA.1.2	Administration des états fédérés/régionale/locale
FA.1.3	Agence de sécurité sociale
FA.2	Compagnies d'assurance
FA.2.1	Compagnies d'assurance commerciales
FA.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)
FA.5	Ménages
FA.6	Reste du monde
FA.6.1	Organisations internationales
FA.6.2	Gouvernements étrangers