

LA FONCTION DIRECTRICE DE L'AUTORITÉ NATIONALE DE LA SANTÉ

PERFORMANCE ET RENFORCEMENT

ÉDITION SPÉCIALE NO. 17

LE RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE DE L'AUTORITÉ SANITAIRE NATIONALE

PERFORMANCE ET RENFORCEMENT

ÉDITION SPÉCIALE No. 17

Washington DC, 2007

Unité des Politiques et Systèmes de Santé (HP)
Secteur des Renforcement de Systèmes de Santé (HSS)
Bureau du sous-directeur (AD)



Bibliothèque de OPS – Catalogage à la source

Organisation Panaméricaine de la Santé. Secteur des Renforcement de Systèmes de Santé. Unité des Politiques et Systèmes de Santé.

Le rôle de fonction directrice de l'autorité nationale de la santé, performance et renforcement.

Édition spéciale No. 17

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 22821 X

I. Titre

1. ADMINISTRATION SANTÉ PUBLIQUE
2. GOUVERNEMENT
3. RÉGLEMENTATION GOUVERNEMENTALE
4. RÉGLEMENT ET FISCALIZATION DE LA SANTÉ
5. FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE

NLM WA 540

Washington DC, 2007

Ce document peut être reproduit et/ou traduit, en partie ou dans sa totalité, seulement il ne doit pas être employé à des fins commerciales.

La version électronique de ce document est disponible dans le site web de Renforcement des Systèmes de Santé en Amérique Latine et les Caraïbes et peut être consultée à www.lachealthsys.org. Pour toutes questions ou enquêtes concernant ce document, contactez info@lachealthsys.org.

Cette publication a été produite par l'Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS) et a été possible à travers l'appui fourni par l'Office du Développement Soutenable Régional, Bureau pour l'Amérique Latine et les Caraïbes, Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), conformément à ce qui a été établi dans l'accord LAC-G-00-04-00002-00. Les avis exprimés dans cette publication sont de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International. Ce document peut être reproduit et/ou traduit, en partie ou dans sa totalité, s'il n'est pas utilisé à des fins commerciales.

COLLABORATEURS

Ce document est le produit d'une initiative conjointe entre l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS/OMS) et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) sur la base d'un accord signé entre les deux institutions en septembre 2004. Il a été mis en œuvre par l'Unité de Politiques et Systèmes de Santé (HP), Secteur de Renforcement de Systèmes de Santé (HSS), Bureau du Sous-directeur (AD), d'OPS/OMS à Washington, D.C. Une équipe dirigée par Priscilla Rivas Loria, ancienne Conseillère de Réforme du Secteur Santé, Candelaria Aráoz, Officier Technique, et Tarina Garcia-Concheso, Consultante, toutes de l'Unité de Politiques et Systèmes de Santé (HSS/HP) de l'OPS/OMS à Washington D.C., était responsable de la préparation de ce document. Cette équipe a bénéficié de la contribution à la rédaction et à la préparation éditoriale de Caroline Ramagem, Officier Technique de Réforme du Secteur Santé (HSS/HP) et de María Laura Reos, Graphiste (HSS/HP), dans la conception et la mise en page de ce document.

Nous voudrions reconnaître le rôle de Daniel López-Acuna, Directeur de Gestion de Programmes d'OPS/OMS jusqu'à décembre de 2005 qui a dirigé et orienté l'équipe dans la conception de ce document. De plus, une contribution importante a été faite par les professionnels de la santé qui ont participé aux réunions d'experts à Washington D.C., en 1998 et 2004, et aux ateliers d'application pilote de l'instrument qui ont eu lieu respectivement au Salvador et en République Dominicaine en 2003 et 2005.

Ci-dessous est la liste de professionnels qui ont apporté une aide technique inestimable au développement de ce document: Gerardo Alfaro (OPS/OMS République Dominicaine), Mónica Bolis (OPS/OMS Washington D.C.), Raúl Castellanos (OPS/OMS Port Riche), Pedro Crocco (OPS/OMS Washington D.C.), Marco Figueroa (Ministère de la Santé, El Salvador), José Manuel Freire (Institut de Santé Carlos III, l'Espagne), María Angélica Gomes (OPS/OMS Nicaragua), Amparo Gordillo (OPS/OMS Washington D.C.), Andrew Griffin (OPS/OMS Washington D.C.), Armando Güemes (OPS/OMS Honduras), Eduardo Guerreiro (OPS/OMS El Salvador), Federico Hernández Pimentel (OPS/OMS Guatemala), María Elena López (Ministère de la Santé, Costa Rica), Johnny Rullán (Département De Santé, Port Riche), Kelly Saldaña (USAID, Washington, D.C.), José Alfredo Solari (Banque Interaméricaine de Développement, Washington D.C.), Javier Torres-Goitia (OPS/OMS Washington D.C.), Gonzalo Vecina Neto (Secrétariat Municipal de Santé Sao Paulo, Brésil) et Luís Bernardo Villalobos (Université de Costa Rica).

TABLE DES MATIÈRES

- I. Introduction
- II. Pourquoi la fonction directrice du secteur de la santé est-elle une question prioritaire ?
- III. Impact des réformes sur le rôle de fonction directrice du secteur de la santé
- IV. Évolution du concept du rôle de fonction directrice
 - 4.1. *Gouvernance/fonction d'administration générale par opposition au rôle de fonction directrice*
 - 4.2. *Le rôle de l'Organisation panaméricaine de la Santé*
- V. Le concept de l'Autorité nationale de la santé
 - 5.1. *Cartographie de l'Autorité de la santé*
- VI. Dimensions du rôle de fonction directrice en santé
 - 6.1. *Conduite/Direction*
 - 6.2. *Régulation et son application*
 - 6.3. *Orientation du financement*
 - 6.4. *Garantie d'assurance*
 - 6.5. *Harmonisation de la prestation des services de santé*
 - 6.6. *Exécution des fonctions essentielles de la santé publique*
- VII. Enjeux du renforcement du rôle de fonction directrice
- VIII. Directives Méthodologiques
 - 8.1. *Instructions*
 - 8.2. *Cartographie de l'Autorité Nationale de la Santé*
 - 8.3. *Instrument*

Bibliographie



I. INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le débat sur les meilleures approches conceptuelles et méthodologiques pour analyser et comprendre les systèmes de santé s'est intensifié. Certaines études se sont penchées sur le financement et les modèles de prestation des services des systèmes, qu'ils soient publics ou privés, pendant que d'autres approches se sont axées sur les questions de l'offre et de la demande, et sur le rôle de l'État.

L'une des plus importantes manifestations du débat concernant le rôle de l'État dans la santé porte sur la définition des fonctions des systèmes de santé, les responsabilités qu'ils incarnent et leur relation avec la structure du système. À cet égard, la taxonomie traditionnelle des systèmes de santé nationaux s'est centrée principalement sur le fait que les prestataires publics ou privés prédominent dans le système et sur les responsabilités attribuées à chacun concernant le financement et la prestation des services.

Actuellement, en raison de la complexité croissante des systèmes de santé, de nouvelles relations ont émergé entre l'État, le secteur public, les institutions de financement et d'assurance et le secteur privé. Par conséquent, plusieurs typologies nouvelles fondées sur les fonctions des systèmes de santé ont été développées depuis, permettant de comprendre les systèmes de santé dans leur capacité à intégrer les groupes de population et les institutions.¹

Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 intitulé « Pour un système de santé plus performant » a donné lieu à un vaste débat au niveau international sur la définition des fonctions des systèmes de santé et l'évaluation de leur performance. Le Rapport proposait les fonctions clés suivantes des systèmes de santé : (i) prestation des services ; (ii) génération de ressources ; (iii) financement (collecte, mise en commun et achat) ; et (iv) gouvernance du secteur de la santé ou administration générale. Ce rapport soutenait également que l'objectif fondamental des systèmes de santé est d'atteindre des niveaux de santé optimaux et d'éliminer les inégalités dans l'accès.² Dans ce sens, les indicateurs de performance doivent comprendre les résultats de santé de la population, la capacité de réponse et la solidarité dans le financement. Ceci aboutit au besoin de définir les priorités et de rationaliser la distribution des services essentiels de santé en utilisant des critères de coût-efficacité et d'acceptation sociale. Par conséquent, si ce cadre est utilisé, les responsabilités de l'État dans la santé doivent être clairement définies.³

1. José Luis Londoño et Julio Frenk, "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America," *Health Policy* 41 (1) (1997).
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 – *Pour un système de santé plus performant* (Genève, Suisse : OMS, 2000).
3. Fondation Oswaldo Cruz, *Report of the workshop on health systems performance: The World Health Report 2000* (Rio de Janeiro, RJ, 14-15 Décembre 2000).



L'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) attribue trois fonctions de base aux systèmes de santé, à savoir : (1) rôle de fonction directrice ; (2) financement/Assurance ; et (3) prestation des services de santé. Cette classification se base sur l'analyse de la réforme du secteur de la santé et des processus de réorganisation des systèmes de santé entre l'an 2000 et 2003 dans les pays de la Région.^{4,5,6.}

Le but fondamental du présent document est d'entreprendre une discussion conceptuelle et méthodologique du concept de fonction directrice. De même, il vise à aider les organes techniques dans les mesures et évaluation de la performance du rôle de la fonction directrice de l'Autorité de la santé. L'objectif consiste à améliorer la capacité du secteur santé à produire et évaluer des informations qui permettront d'identifier des stratégies et des actions spécifiques destinées à renforcer le rôle de fonctions directrice et de bonne gouvernance.

II. POURQUOI LA FONCTION DIRECTRICE DU SECTEUR SANTÉ EST-ELLE UNE QUESTION PRIORITAIRE ?

Pendant les années 1980 et 1990, les processus de réforme de l'État mis en œuvre dans les pays des Amériques ont encouragé la réduction systématique de la taille de l'État et le transfert des fonctions dont s'acquittait traditionnellement le secteur public au secteur privé et à la société civile. À même temps, le processus de mondialisation a engendré une augmentation dans le flux de l'information, du capital et des travailleurs, qui a contribué à l'érosion progressive de l'autonomie de l'État-Nation et à une faible capacité de gouvernance.⁷

Par conséquent, un des problèmes critiques auquel se heurtent les pays de la Région est le niveau insuffisant de développement institutionnel, facteur qui impacte la possibilité réelle de développement économique. Dans le contexte actuel, la redéfinition des rôles institutionnels et le renforcement des fonctions de l'État qui ne peuvent être déléguées, telles que la sécurité, la santé publique, la réduction des inégalités et la protection sociale des groupes de population exclus, sont devenus des questions prioritaires pour les pays.

RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE POURQUOI EST-CE UNE QUESTION PRIORITAIRE ?

- 1 Processus de réforme de l'État
- 2 Faible capacité de gouvernance
- 3 Transfert des fonctions dont s'acquittait traditionnellement le secteur public au secteur privé et à la société civile
- 4 Mondialisation

4. Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS), Analysis of Health Sector Reforms in the Sub-Region of Central America and the Dominican Republic (Washington, D.C.: OPS, 2002), http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.

5. OPS/OMS, Analysis of Health Sector Reforms in the Andean Sub-Region (Washington, D.C.: PAHO, 2002), http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.

6. OPS/OMS, Analysis of Health Sector Reforms in the English Speaking Caribbean Sub-Region (Washington, D.C.: PAHO, 2002), http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.

7. Dans ce contexte, « faible capacité de gouvernance » se rapporte au manque de capacité institutionnelle pour exécuter les politiques et s'y conformer, causé généralement par le manque de légitimité du système politique. Voir Francis Fukuyama, State-Building: Governance and World Order in the 21st Century (Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004).



Au vu de ce défi, les pays de la Région cherchent à renforcer le rôle de fonction directrice et consolider le leadership des Ministères de la Santé qui sont des étapes nécessaires pour que l'autorité sanitaire nationale puisse plaider la cause de la santé et négocier avec d'autres secteurs qui ont un impact sur le secteur de la santé.⁸

III. IMPACT DES RÉFORMES SUR LE RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Dans le cadre des sous-systèmes publics et des systèmes nationaux de la santé, les ministères de la santé ont historiquement centré leurs responsabilités sur le rôle de régulation, financement et prestation des services de santé. Toutefois, les processus de réforme du secteur santé ont fortement encouragé la décentralisation de l'État et du secteur de la santé qui, conjuguée à l'émergence des nouveaux acteurs publics et privés, s'est traduite par une tendance marquée à réduire la responsabilité de la prestation des services de santé et à accroître le champ d'action du rôle de fonction directrice et de bonne gouvernance.⁹

Les processus de suivi et évaluation des réformes du secteur de la santé ont fait apparaître des tendances régionales qui ont eu un impact direct sur la capacité des pays à s'acquitter du rôle de bonne gouvernance en santé.^{10, 11, 12}

La majorité des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont des systèmes de santé mixtes, où les ministères de la santé, les institutions de la sécurité sociale et les compagnies privées servent différents segments de population. Ce scénario dans lequel différents sous-systèmes coexistent avec des modalités distinctes de financement, d'affiliation et de prestation donne lieu à la *segmentation*.¹³

TENDANCES RÉGIONALES DÉCOULANT DES RÉFORMES QUI ONT UNE INFLUENCE SUR LA PERFORMANCE DU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE

1. Décentralisation de l'État
2. Séparation des fonctions du système de la santé
3. Déconcentration et/ou décentralisation des services de santé publics, de la réglementation de la santé et de la prestation des soins de santé
4. Augmentation de la proportion du financement du secteur public provenant d'entités publiques intermédiaires et locales
5. Émergence de nouveaux acteurs publics et privés
6. Création de fonds nationaux de santé séparés et souvent autonomes, des Ministères de la Santé
7. Participation croissante des prestataires privés et des ONG
8. Relations nouvelles entre l'État et la société civile.

8. Mirta Rosés, "Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century" (allocution thématique à l'Atelier Rôle de fonction directrice des Ministères de la Santé : gouvernance hospitalière, pour les Ministres de la Santé et Secrétaires permanents de l'Organisation des États des Caraïbes orientales, Bridgetown, Barbade, 5-6 novembre 2003).

9. Organisation panaméricaine de la Santé, Desarrollo Nacional de Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud y sus Implicaciones para la Cooperación Enfocada a los Países (Washington, D.C.: PAHO, 2004).

10. OPS/OMS, Analysis of Health Sector Reforms in Central America and the Dominican Republic.

11. OPS/OMS, Analysis of Health Sector Reforms in the Andean Countries.

12. OPS/OMS, Analysis of Health Sector Reform in the English-Speaking Caribbean Countries.

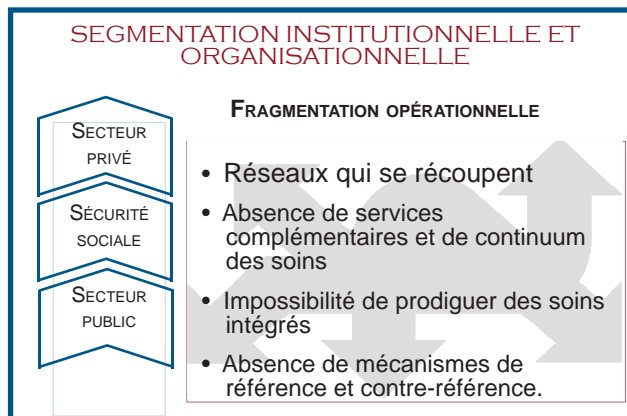
13. Dans les systèmes segmentés, il y a généralement un sous-système public doté de ressources insuffisantes qui couvre les groupes à faible revenu et les indigents, un sous-système de sécurité sociale qui couvre les travailleurs des secteurs formels et leurs dépendants, et un sous-système privé doté d'une plus grande disponibilité de ressources qui couvre les segments les plus riches de la population. Adapté de: Eduardo Levcovitz, "Estructura, Organización y Políticas del Sector," in Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud (Washington, D.C.: PAHO/OMS, 2006).



Parallèlement, l'existence d'agents multiples, qui se recourent, qui fonctionnent sans coordination ni intégration et que plus souvent qu'autrement se font la concurrence engendrent la *fragmentation*. Ceci à son tour augmente le coût des soins de santé et encourage une allocation inefficace des ressources dans le système pris dans son ensemble.¹⁴

La segmentation et la fragmentation ont un impact négatif sur le financement, la couverture, l'équité et l'efficacité.¹⁵ À même temps, elles affectent et sont affectées par les asymétries qui ont découlé des processus de décentralisation (Graphique 2), telles que l'émergence de nouveaux acteurs publics et privés dans le secteur de la santé, et la participation accrue des assureurs privés.

GRAPHIQUE 1



GRAPHIQUE 2

ASYMÉTRIES DANS LES PROCESSUS DE DÉCENTRALISATION ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

| NIVEAUX DE GOUVERNEMENT | FONCTIONS DU SYSTÈME | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| | Rôle de fonction directrice | Financement | Assurance | Prestation de services personnels | Prestation de services non personnels |
| Gouvernement central | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Gouvernement intermédiaire | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| Gouvernement local | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |

14. Adapté de : Eduardo Levkovitz, "Estructura, Organización y Políticas del Sector," in Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud (Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2006).

15. Banque mondiale, World Development Report 2006 (Washington, D.C.: The World Bank, 2006), 147.



IV. ÉVOLUTION DU CONCEPT DU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE

4.1 GOUVERNANCE/FONCTION D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE PAR OPPOSITION AU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE

La formulation d'une définition opérationnelle du « rôle de fonction directrice » s'est avérée complexe en raison de l'association avec les concepts de gouvernance et de fonction d'administration générale.¹⁶ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) utilise le terme « fonction d'administration générale » pour se rapporter au rôle de fonction directrice du secteur de la santé et le définit comme la capacité de l'État à assumer la responsabilité de la santé et du bien-être de la population, ainsi qu'à diriger le système de la santé dans son ensemble. De plus, l'OMS identifie trois grandes responsabilités qui sont essentielles à la gouvernance ou à la fonction d'administration générale du secteur de la santé : (i) apporter une vision et une direction au système de santé ; (ii) collecter le savoir/les renseignements ; et (iii) exercer l'autorité à travers la régulation et autres mécanismes. Elle souligne également que les résultats de santé dépendent de la façon dont le gouvernement exerce la gouvernance du secteur de la santé.¹⁷ D'autre part, l'OPS utilise le terme rôle de fonction directrice du secteur de la santé pour se référer au concept de gouvernance/fonction d'administration générale utilisé par l'OMS.

4.2. LE RÔLE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ

En 1997, les États Membres de l'OPS/OMS ont demandé la coopération technique, à travers la résolution CD40.R12,¹⁸ pour développer les capacités nécessaires pour s'acquitter du rôle de fonction directrice comme l'un des axes fondamentaux du développement institutionnel du secteur de la santé. Un appui avait également été demandé en vue de l'échange d'expériences nationales entre les pays concernant la performance du rôle de fonction directrice par les ministères de la santé et du développement institutionnel. Enfin, ils ont sollicité la mise en œuvre d'un processus permanent de discussion, définition de concepts et de réflexion sur la performance du rôle de fonction directrice des ministères de la santé.

Par conséquent, l'OPS/OMS a traité le développement du *concept et de la praxis du rôle de fonction directrice en santé* comme une priorité et comme un aspect intrinsèque du processus de modernisation de l'État. À cet égard, depuis 1996, l'Organisation a favorisé un débat et des échanges approfondis sur la conceptualisation, la sphère d'action et les mécanismes en vue du renforcement du rôle de fonction directrice en santé aux niveaux régional et sous-régional. Les

16. En anglais, le concept du rôle de fonction directrice du secteur de la santé est plus souvent mentionné comme « fonction d'administration générale ».

17. OMS, « *Report on the WHO Meeting of experts on the stewardship function of health systems* » (Meeting on the stewardship function in health systems, Genève, Suisse : 10-11 septembre). Voir également Travis P, Egger D, Davies P and Mechbal A, Towards better stewardship: concepts and critical issues (Genève, Suisse : OMS, 2002), <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.

18. XL Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, Résolution CD40.R12: *The Steering Role of the Ministries of Health in Sectoral Reform Processes* (Washington, D.C.: OPS/OMS, septembre 1997).



efforts multiples et la vaste expérience accumulée par les pays des Amériques, en particulier au cours des processus de réforme des années 1990, ont servi d'inputs fondamentaux à ces discussions.¹⁹

Le Graphique 3 montre un calendrier des étapes phares facilitées par l'OPS/OMS dans l'évolution conceptuelle et méthodologique du rôle de fonction directrice en santé dans la Région des Amériques. Les accomplissements suivants se démarquent : l'approbation de la résolution CD40.R12 « *Le rôle de fonction directrice des Ministères de la Santé dans les processus de réforme sectorielle* » par les États Membres en 1997 ; la Consultation régionale pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé en 2001 ; le développement des instruments essentiels des fonctions de santé publique et leur application dans 41 pays et territoires de la Région en 2000-2002 ; et le développement de l'instrument pour l'évaluation de la performance du rôle de fonction directrice en 2003-2004.

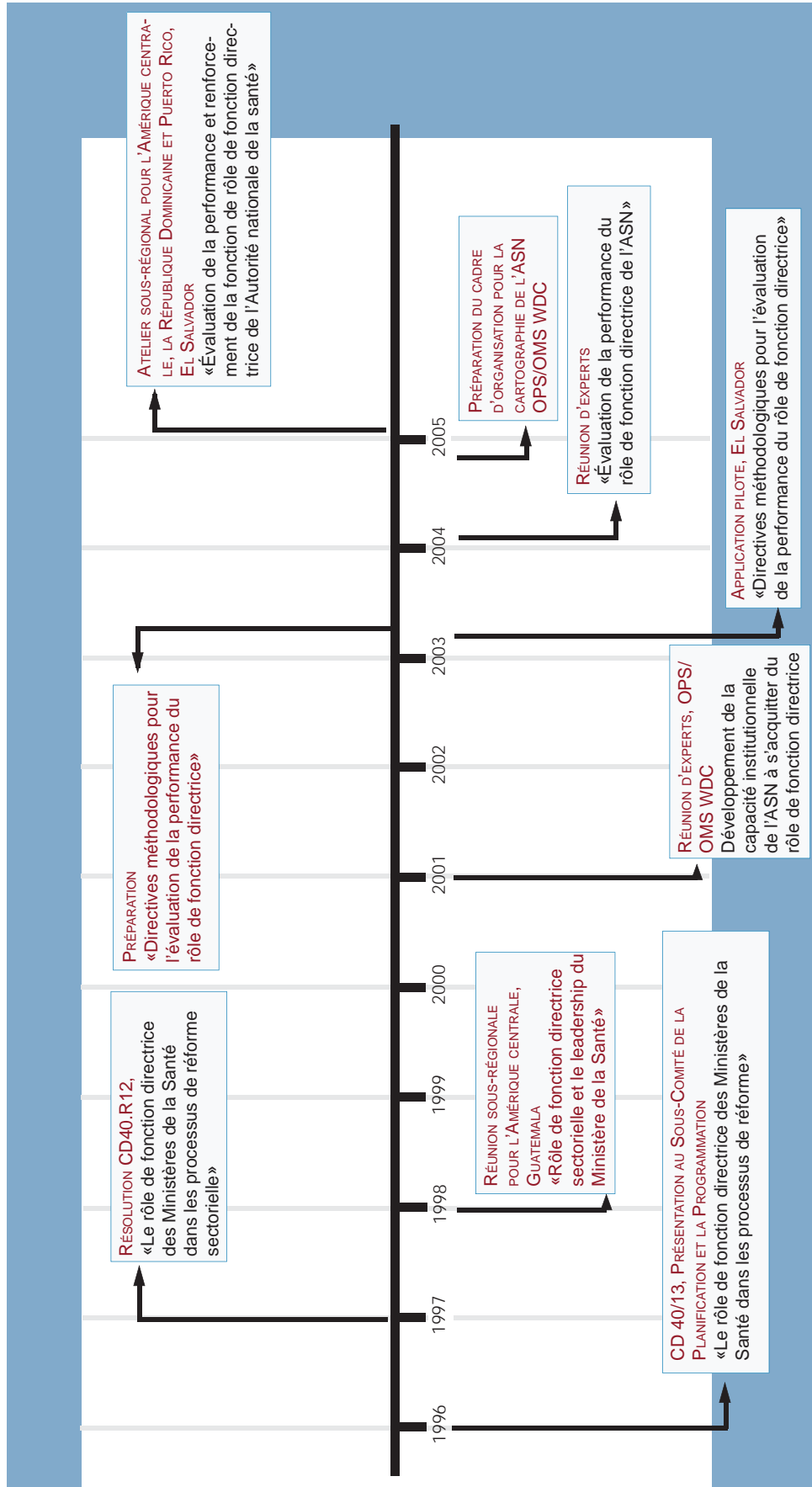
En tant que part du processus de développement conceptuel, l'OPS a défini le rôle de fonction directrice en santé comme **l'exercice des responsabilités politiques de santé publique et des compétences inhérentes à l'autorité sanitaire nationale (ASN), dans le cadre de relations qui ne peuvent être déléguées entre le gouvernement et la société dans un État moderne. Elle comprend les décisions et actions publiques nécessaires pour garantir et satisfaire, dans le cadre du développement national, les besoins en santé et les aspirations légitimes des acteurs sociaux. La performance de cette fonction implique différentes dimensions de responsabilité pour le secteur public.**²⁰

19. OPS/OMS, Rapport final: Sub-regional Meeting on Sectoral Steering Role and the Leadership of the Ministry of Health (Guatemala 23-24 avril 1998). Daniel Lopez-Acuña, "The Nature of Health Reform in the Americas and its Significance for PAHO's Technical Cooperation" (document de référence pour la retraite annuelle des managers de l'OPS, Washington, D.C., 23-24 octobre 2000). OPS/OMS, "Steering Role of Ministers of Health in the process of Health Sector Reform" (Réunion annuelle des managers de l'OPS, Washington DC., 23-27 octobre 2000). OPS/OMS, « Rapport final » (Réunion d'experts : Développement de la capacité institutionnelle des ANS de s'acquitter du rôle de fonction directrice, Washington D.C., 18-20 juin 2001). OPS/OMS, « Rapport final » (Réunion d'experts sur le rôle de fonction directrice du secteur de la santé dans les processus de réforme, Washington DC 14-15 juin 2004).

20. R.B. Saltman et O. Ferroussier-Davis, "The concept of stewardship in health policy," Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 78 (Genève, Suisse: OMS, 2000). Se reporter à la note de bas de page 18 pour d'autres références.



GRAPHIQUE 3: Évolution conceptuelle et méthodologique du rôle de fonction directrice en santé





V. LE CONCEPT D'AUTORITÉ NATIONALE DE LA SANTÉ

L'Autorité sanitaire nationale est le gardien du bien public pour la santé et son objectif fondamental est la protection et la promotion de la santé de la population. Elle représente le pouvoir de l'État de s'acquitter de ses fonctions spécifiques et indépendantes qui ne peuvent être déléguées, de ses responsabilités et compétences afin de suivre effectivement la santé comme un bien public. Il y a des différences structurelles dans la composition de l'Autorité sanitaire nationale en fonction du caractère fédéral ou unitaire du pays et de l'organisation institutionnelle du secteur de la santé.²¹

Les Ministères de la Santé sont les principaux dépositaires publics de « l'autorité sanitaire nationale » et sont par conséquent les entités premières responsables d'exercer le rôle de fonction directrice sectorielle. Néanmoins, il existe une tendance croissante à ne pas concentrer toutes les tâches sur une seule institution, comme cela se passait dans le passé, mais, au contraire, à créer des mécanismes institutionnels multiples et complémentaires qui s'acquittent de différentes fonctions d'une manière spécialisée et séparée.²²

ENCADRÉ 1:

RENFORCEMENT DE L'AUTORITÉ NATIONALE DE LA SANTÉ AU CHILI

Entamée en 2000, la troisième vague du processus de réforme de la santé au Chili a favorisée une profonde transformation du système de santé, tant public que privé. Les buts de la réforme étaient d'accroître et d'améliorer l'accès aux services de santé, de réduire les temps d'attente, d'étendre le réseau des établissements et d'éliminer les barrières économiques. Au titre du processus de réforme, deux actions fondamentales qui se sont traduites par le renforcement de la fonction de direction de l'Autorité sanitaire ont été mises en œuvre. La première action consistait à prioriser le concept de « rôle de fonction directrice » et son articulation autour d'une série de propositions qui sont devenues la base du secteur santé chilien. Ensuite, l'Autorité sanitaire a promu la participation active de la société civile à l'identification des problèmes, la planification et la mise en œuvre des actions en santé et à une proposition de réforme. La réforme s'est focalisée sur cinq thèmes principaux, chacun d'entre eux incorporé dans des projets de législation respectifs. Le premier projet de législation qui a été approuvé par le Congrès national a été la Loi de l'Autorité de la santé, qui établissait un nouveau concept d'Autorité sanitaire. En conséquence, le processus de réforme de la santé au Chili a réussi à établir des mécanismes légaux, institutionnels et fonctionnels qui ont permis à l'Autorité sanitaire de charger le secteur de la santé et de mettre en œuvre les principes clés des réformes : accroître l'efficacité, l'équité et la solidarité du secteur et améliorer l'efficience de la gestion sectorielle.

21. OPS/OMS, *Santé publique dans les Amériques : Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action* (Washington D.C.: OPS/OMS, 2002). See also: J.L. Correa, *Proyecto de Autoridad Sanitaria. Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Liderazgo*.

22. Au cours du XL Conseil directeur de l'OPS/OMS (1997), les États Membres ont discuté et ratifié les dimensions du rôle de fonction directrice en santé. Les dimensions englobent six domaines substantiels de responsabilité et compétences institutionnelles qui reviennent à l'Autorité de la santé, à savoir, Conduction/Direction, Régulation, Garantie d'assurance, Orientation du financement, Harmonisation de la prestation des services de santé et exécution des fonctions essentielles de santé publique.

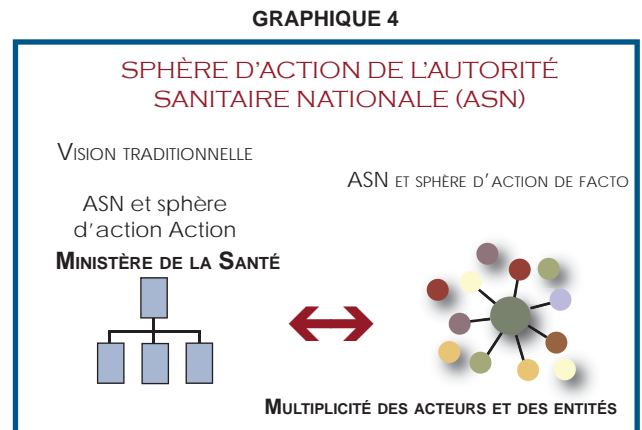


Le champ de la responsabilité publique, le degré de décentralisation des actions sectorielles et la séparation structurelle des fonctions dans chaque pays déterminent si un spectre plus grand ou plus petit de compétences tombera sous la sphère du ministère de la santé. Dans quelques cas, ces compétences ont été définies précédemment dans des lois ou des régulations. Dans d'autres cas, elles impliquent des responsabilités nouvelles, qui exigent que les institutions renforcent et souvent adaptent leurs opérations et leur structure organisationnelle, ainsi que le profil de leur personnel de direction, technique et administratif.²³

Dans ce contexte, le concept « d'autorité sanitaire nationale » est entendu *comme le groupe d'organisations/entités/agences de l'État responsable de la sauvegarde du bien public santé*. Ceci a mené à la création de mécanismes institutionnels multiples et complémentaires qui reconnaissent l'existence d'acteurs multiples qui exercent les fonctions d'autorité sanitaire et facilitent la performance du rôle de fonction directrice par des organisations plus stratégiques, spécialisées et efficaces dotées d'une capacité technique et scientifique élevée, d'un pouvoir et d'une autonomie de gestion plus larges et de la capacité de déléguer des fonctions opérationnelles.

5.1 CARTOGRAPHIE DE L'AUTORITÉ DE LA SANTÉ

Le rôle de fonction directrice n'est pas une fonction monolithique, mais un processus gouvernemental qui englobe des déterminants multiples de la santé et des domaines d'intervention des déterminants de la santé. Au vu de la diversité des facteurs et des entités impliqués dans les activités du rôle de fonction directrice et de la portée des fonctions manifestées dans les dimensions du rôle de fonction directrice en santé, il est nécessaire et indispensable d'indiquer ouvertement quelles organisations / entités / agences forment l'Autorité sanitaire nationale et leur sphère d'action conformément au contexte de chaque pays (Graphique 4).



Par conséquent, comme première mesure du renforcement du rôle de fonction directrice, il est essentiel d'identifier, de décrire, de caractériser et de représenter graphiquement les organisations / entités / agences qui forment l'Autorité sanitaire nationale et leur sphère d'action, en expliquant clairement les relations mutuelles entre le cadre légal qui accorde aux branches gouvernementales de l'État le pouvoir d'assumer le rôle de fonction directrice en santé et le mécanisme institutionnel qui de fait exerce ce rôle. Ce processus est connu sous le nom de *Cartographie de l'Autorité de la santé*.

23. OPS/OMS, Santé publique dans les Amériques.



Le processus de cartographie est mené en trois étapes successives. La *première étape* comprend l'identification du cadre légal qui protège et détermine la sphère d'action du rôle de fonction directrice pour chacune de ses dimensions. La *deuxième étape* cherche à déterminer l'institution / les institutions qui est / sont légalement chargées d'exercer le rôle de fonction directrice. Enfin, la *troisième étape* se rapporte aux organisations / entités / agences qui concrètement exécutent les activités qui reviennent au rôle de fonction directrice avec ou sans la protection légale pour ce faire. Il est recommandé que les trois étapes soient menées au niveau national ; au niveau régional, provincial ou départemental ; et au niveau local. Veuillez vous reporter à *l'Organisation de la matrice pour la cartographie de l'Autorité sanitaire*²⁴

VI. DIMENSIONS DU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE EN SANTÉ

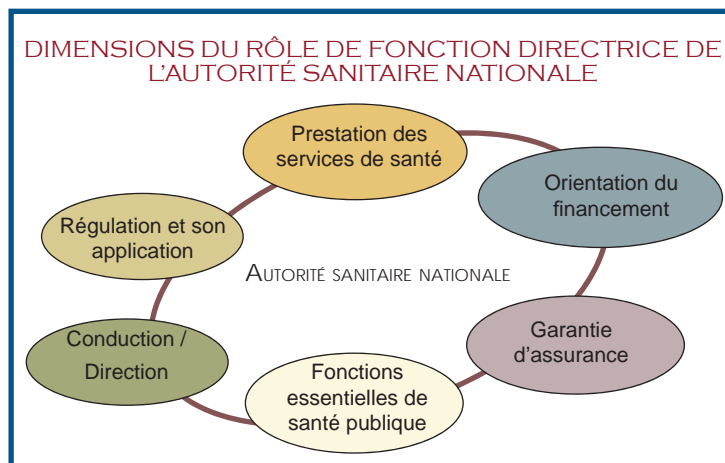
Lors du XL Conseil directeur de l'OPS/OMS (1997), les dimensions du rôle de fonction directrice en santé ont été présentées à la considération des États Membres. Ces dimensions comprennent six domaines généraux de responsabilité et de compétences institutionnelles qui devraient être supervisés par l'Autorité sanitaire nationale. Lors de ce Conseil directeur, les États Membres ont discuté et ratifié les six *Dimensions du rôle de fonction directrice en santé* suivantes.

1. *Conduction/Direction* qui inclut la capacité de guider le secteur et de mobiliser les acteurs de sorte à appuyer la politique nationale de la santé.
2. *Régulation* qui englobe la conception et application du cadre réglementaire de la santé qui protège et assure la promotion de la santé.
3. *Orientation du financement* qui recouvre les compétences pour garantir, suivre et diriger la complémentarité des ressources de différentes sources afin d'assurer un accès équitable aux services de santé.
4. *Garantie d'assurance* qui cible ses efforts sur la garantie de l'accès à une enveloppe de services de santé pour l'ensemble de la population, ou des plans spécifiques pour les groupes de population particuliers.
5. *Harmonisation de la prestation des services de santé* qui est la capacité de coordonner divers prestataires et groupes d'utilisateurs pour étendre la couverture des soins de santé de manière équitable et efficiente.
6. L'exécution des *Fonctions essentielles de la santé publique (FESP)* qui est une compétence qui ne peut être déléguée de l'Autorité sanitaire nationale. (Voir ANNEXE A, qui présente une matrice avec le rôle de fonction directrice et les FESP)

24. OPS/OMS, Organizing Matrix for the Mapping of the Health Authority (Washington, D.C.: OPS/OMS, 2005).



GRAPHIQUE 5



Selon le degré de décentralisation et de séparation des fonctions dans chaque pays, les dimensions peuvent être exercées aux niveaux national, intermédiaire ou local de l'ASN. Il y a des cas pour lesquels les dimensions sont partagées entre un ou plusieurs de ces niveaux. Une description étendue de chaque dimension est présentée par la suite détaillant les actions requises en vue de leur exécution efficace, ainsi que les défis devant être affrontés.

6.1 CONDUCTION / DIRECTION

La dimension conduction / direction se rapporte à la capacité gouvernementale de guider les institutions du secteur, et de mobiliser les acteurs sociaux vers l'appui de la politique nationale de santé. Elle constitue l'une des trois dimensions du rôle de fonction directrice relevant de la responsabilité exclusive de l'ASN²⁵ (Graphique 6).

La dimension conduction / direction est un processus essentiellement politique d'une complexité extraordinaire. Elle est particulièrement importante lorsque les objectifs établis cherchent à changer considérablement la situation existante.²⁶ Le résultat ultime de l'exercice de cette fonction devrait être un plan politique qui est techniquement cohérent, socialement éthique et stratégiquement viable, et qui a recours à de multiples sources de pouvoir pour générer l'appui nécessaire tout en assurant la capacité opérationnelle requise pour son exécution.

Ceci implique que l'ASN doit développer et/ou renforcer sa capacité à guider efficacement les institutions du secteur ; et à mobiliser les acteurs sociaux vers l'appui à la politique nationale de santé à l'aide des actions suivantes : v Analyse de la situation de la santé, l'accent étant mis sur la capacité à collecter l'information et garantir sa disponibilité et sa qualité.

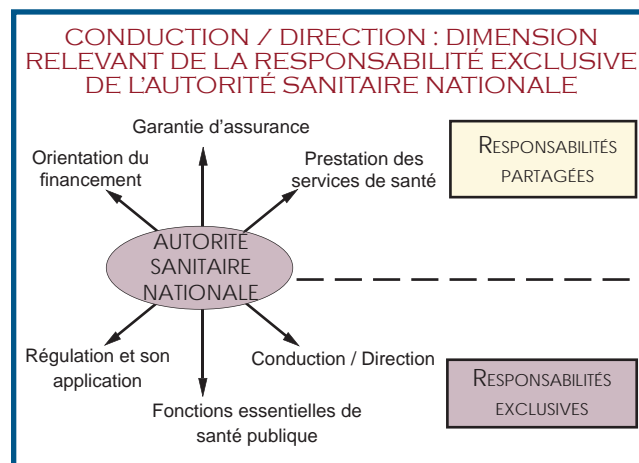
25. Adapté de Levcovitz, E. "Estructura de la Dimensión de Conducción como uno de los Ejes Fundamentales de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria," (présentation faite à l'atelier de formation : Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005).

26. OPS/OMS, "Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud: una propuesta operacional", Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 6. (Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services; 1998).



- ❖ *Analyse de la situation sanitaire*, l'accent étant mis sur la capacité à collecter l'information et garantir sa disponibilité et sa qualité.
- ❖ *Définition des priorités et des objectifs de santé*, portant sur l'élaboration de diagnostics qui ciblent des problèmes clés ; et la capacité institutionnelle à établir les priorités et les objectifs nationaux de santé.
- ❖ *Formulation, dissémination, suivi et évaluation* de stratégies, politiques, plans et programmes de santé.
- ❖ *Gestion, dégagement de consensus et mobilisation* des acteurs et des ressources du secteur.
- ❖ *Promotion de la santé, participation et contrôle social en santé*, y compris la conception et la promotion des politiques de santé publique ; et la promotion de la coordination intersectorielle.
- ❖ *Harmonisation* de la coopération technique internationale en santé.
- ❖ *Participation politique et technique aux organisations internationales et sous-régionales*.
- ❖ *Évaluation de la performance du système de santé*, y compris la mesure de la réalisation des objectifs, des ressources utilisées et de l'efficacité du système de santé.

GRAPHIQUE 6



6.2 RÉGULATION ET SON APPLICATION

L'objectif de la dimension régulation consiste à concevoir le cadre régulateur qui protège et permet de faire la promotion de la santé de la population et assurer l'application de la régulation. Le suivi de son application est nécessaire pour garantir le rôle de l'État en tant qu'organisateur des relations entre production et distribution des ressources en santé et les biens et services et opportunités en santé conformément aux principes de solidarité et d'équité. Néanmoins, en raison de la prévalence d'une doctrine axée sur le marché, il y a tendance à restreindre le champ de cette dimension.²⁷

Le cadre de la performance du rôle régulateur émerge au sein de l'État et dans le contexte international. Au sein de l'État, les mandats régulateurs émergent essentiellement des normes constitutionnelles qui créent les droits et les devoirs pour les personnes et les institutions. Ceci conduit à l'exercice du pouvoir régulateur à exécuter les normes et doter des entités spécifiques des moyens pour les appliquer. Si cet enchaînement de l'exécution et de l'application des lois ne se produit pas, les préceptes constitutionnels perdent leur efficacité.²⁸

27. A. Ferreiro et L. Sierra, "El papel de las Superintendencias en la Regulación de los Seguros de Salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia" (Washington, D.C.: OPS/OMS, 2001).

28. OPS/OMS, Réunion "Sector Salud en Procesos de Reforma" (Washington, D.C.: OPS/OMS, 14-15 juin 2004).



Le contexte international affecte également la dimension de régulation. D'une part, il y a des *pressions régulatrices* qui proviennent des nouveaux engagements de l'État dans la sphère économique – que ce soit à travers des entités comme l'Organisation mondiale du Commerce (OMC), ou au titre d'organisations supranationales telles que des marchés communs ou des blocs d'intégration – qui donnent lieu à des préoccupations en ce qui concerne la flexibilisation possible de normes ou la création de barrières d'accès. D'autre part, il y a celles qui proviennent des engagements internationaux qui sont plus étroitement associés à la santé, par exemple, la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* récemment adoptée ou la révision du *Règlement sanitaire international (RSI)*.²⁹

Le RSI, accord international ayant force de droit pour prévenir la propagation des maladies au niveau mondial, a été adopté à l'origine en 1969 mais a fait l'objet d'un processus de révision en 2005 pour s'adapter aux défis actuels posés par la mondialisation et la mobilité accrue des biens et des personnes. En préparation à la mise en application du RSI, l'OPS/OMS a apporté une coopération technique aux États Membres pour évaluer leurs capacités existantes en santé publique et mettre en œuvre des plans de renforcement. Avec l'OMS et d'autres partenaires, tous les États Membres commenceront à partir de 2007-2009, à évaluer leur système de santé public existant et à améliorer leur capacité en vue de la détection, des rapports et de l'évaluation d'événements de santé publique et de la réponse à ces événements pour satisfaire les conditions minimales de capacités essentielles requises par le RSI.

ENCADRÉ 2:

RÉGULATION ET SUIVI DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE : LE CAS DU BRÉSIL

Le Brésil est le premier pays en développement qui a mis en œuvre un programme de distribution des antirétroviraux au niveau national. Le programme a été établi au titre de la politique nationale brésilienne des médicaments et a pour but « d'assurer l'accès de la population à des médicaments sûrs, efficaces et de qualité, au coût le plus bas possible. » L'Autorité sanitaire nationale exécute deux types de régulation pharmaceutique : technique et économique. La composante technique a trait à la création de normes sanitaires pour assurer la qualité et la sécurité des médicaments, utilisant des mécanismes tels que les registres, les inspections et la surveillance de la santé. La régulation économique se rapporte à l'introduction de politiques destinées à réduire l'influence de l'industrie pharmaceutique sur le marché et à accroître l'accès du consommateur aux produits pharmaceutiques. Les instruments employés recouvrent le contrôle des prix, le suivi du marché, la fabrication des médicaments essentiels, l'usage des génériques et le développement de politiques qui étendent l'accès et encouragent l'usage des génériques. Même si l'accessibilité économique des médicaments a toujours été un problème important de l'agenda public, elle est devenue encore plus pressante en réponse à l'épidémie de SIDA d'où le contrôle des prix a assumé un rôle prédominant dans la régulation économique.

Afin de le rendre efficace, l'État doit reconnaître le rôle de régulation comme une *fonction qui ne peut se déléguer*.

29. OPS/OMS, *Legislation on Antibiotics in Latin America* (Washington, D.C.: OPS/OMS, 2004).



Bien que les responsabilités de l'État en santé aient changé, la régulation est restée une constante. Ceci se doit au fait que la régulation s'acquitte de l'un des principaux mécanismes utilisés par l'État pour se faire le médiateur des relations entre acteurs avec des asymétries de pouvoir ; et que la régulation de la santé concerne l'intérêt de la société tout entière. En conséquence, elle établit la fondation pour l'articulation des autres dimensions du rôle de fonction directrice : conduction / direction, orientation du financement, garantie de l'assurance, harmonisation de la prestation des services et exécution des fonctions essentielles de santé publique.³⁰

La régulation est un processus complexe qui recouvre la conception et la génération du cadre régulateur en santé qui protège et promeut la santé et garantie de son exécution effective. En termes généraux, pour que l'ASN soit en mesure d'assumer efficacement son rôle régulateur, la régulation devrait englober les domaines suivants :

- ❖ Cadre institutionnel et juridique pour la performance du rôle de fonction directrice ;
- ❖ Application et contrôle pour assurer le respect des régulations ;
- ❖ Régulation et contrôle des fournitures médicales et de la technologie en santé ;
- ❖ Régulation et contrôle des biens et des services en santé ;
- ❖ Régulation et contrôle sanitaire de l'environnement ;
- ❖ Régulation des ressources humaines pour la santé ;
- ❖ Développement de mécanismes régulateurs pour protéger le public et garantir les normes de qualité minimale dans la prestation des services ;
- ❖ Régulation et contrôle de la conformité publique et privée aux plans d'assurance, assurant qu'aucun bénéficiaire n'est exclu pour des raisons de risques liés à l'âge ou à de conditions préexistantes.

L'application et le contrôle sont essentiellement techniques et visent à assurer la conformité concrète aux dispositions stipulées par le rôle de régulation. Ils nécessitent une spécialisation professionnelle et une indépendance avérée. L'exercice du rôle d'application de la régulation dépend fortement de la disponibilité des ressources humaines et techniques, ainsi que des responsabilités déterminées par le cadre juridique. L'application de la régulation qui se traduit par des sanctions devrait être subordonnée à l'examen de tribunaux afin de garantir une procédure régulière et de prévenir les abus de la part de l'organe de régulation.³¹

Dans certains pays, de nouvelles agences ont été créées, connues sous le nom de Régies, pour s'acquitter des fonctions d'application et de contrôle. Bien que les rôles normatifs et d'application soient différents et qui devraient être assumés par des agences différentes, il y a des cas dans lesquels les agences d'application de la régulation performant également de rôles de type normatif ; par exemple, les mémos généraux, les instructions ou normes émis par les Régies.³² L'efficacité globale de la régulation dépend de l'efficacité tant des fonctions de régulation que de leur application.

30. Bolis, M. "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria" (document présenté à l'atelier de formation: Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005).

31. OPS/OMS, XLII réunion du Conseil directeur de l'OPS. Résolution CD42.R14. (Washington, D.C., 25-29 septembre 2000).

32. A. Ferreiro et L. Sierra, "El papel de las Superintendencias".



6.3 ORIENTATION DU FINANCEMENT

La séparation structurelle des fonctions qui caractérise les processus de réforme sectorielle dans la Région démontre trois tendances significatives dans la dimension financement. La *première tendance* porte sur la création de fonds nationaux autonomes qui sont séparés des ministères de la santé et qui comprennent : des contributions publiques venant des impôts généraux ; des contributions venant d'institutions spécifiques liées à la santé quand elles existent ; et des contributions des travailleurs et/ou employeurs lorsque des mesures ont été prises pour combiner les régimes de contribution à la sécurité sociale en santé avec les allocations générales de l'État à ce fin. Ceci peut être lié à un régime d'assurance public et à des régimes d'assurance multiples avec des modalités publiques et privées.

La *deuxième tendance* se rapporte à l'augmentation dans la proportion du financement du secteur public qui provient du produit de l'impôt des entités publiques intermédiaires et locales et qui est spécifique à chacun de ces niveaux et/ou des ressources budgétaires nationales courantes, qui leur sont transférées en bloc par l'administration centrale et qui sont affectées à des actions en santé.

La *troisième tendance* est liée à la participation croissante, dans la composition du financement sectoriel global dans certains pays de la Région, d'assurances maladie privées et de quelques dispositifs de services prépayés qui sont financés par des ressources provenant des bénéficiaires eux-mêmes et/ou de leurs employeurs, du moins en termes de quelques types de couverture qui viennent en complément aux plans obligatoires établis par l'État.

La combinaison de ces trois tendances pose de nouveaux défis et de nouvelles responsabilités pour les ministères de la santé pour ce qui est de l'organisation du financement sectoriel.³³ Ces changements dans le financement sectoriel appellent l'Autorité sanitaire nationale à :

1. Formuler des politiques qui permettent de moduler et corriger les distorsions dans le financement sectoriel et d'accroître l'équité.
2. Suivre le processus de financement sectoriel.
3. Négocier avec les principaux prestataires.
4. Redistribuer les fonds afin de compenser les asymétries du marché.
5. Définir les critères pour l'allocation des ressources.

33. Pedro Crocco, "Estructura de las Dimensiones de Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios" (présentation faite à l'atelier de formation : Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité sanitaire nationale pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005).



6.4 GARANTIE D'ASSURANCE

Les dispositifs en place pour l'assurance maladie sociale, qui consistent en des systèmes de protection sociale et de sécurité sociale classiques, ne sont pas suffisants pour venir à bout des problèmes d'exclusion existants et émergents.³⁴ En conséquence, la tâche fondamentale des autorités sanitaires est de doter les citoyens, *indépendamment de leur capacité à payer*,³⁵ de la protection sociale de base universelle en santé en tant que moyen pour réduire l'inégalité dans l'accès à des services nécessaires, efficaces et de qualité.

L'État a la responsabilité d'assurer une protection sociale effective en santé, garantissant l'accès à des services de santé pour tous les habitants ou des plans spécifiques pour des groupes particuliers de population. Par conséquent, il est nécessaire de développer la capacité institutionnelle des ministères de la santé ou des secrétariats à la santé pour définir le contenu du portefeuille garanti de droits à des prestations pour les citoyens protégés par la sécurité sociale publique en santé. De plus, l'État devrait identifier les groupes de population et territoires qui seront couverts, ainsi que protéger et promouvoir les droits des usagers. Enfin, l'État devrait établir des mécanismes qui permettent l'acquisition et la prestation de services et définir les normes de prestation des services.

GARANTIE D'ASSURANCE

ASSURER L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ POUR TOUS LES HABITANTS
OU DES PLANS SPÉCIFIQUES DE PRESTATIONS POUR DES GROUPES
PARTICULIERS DE POPULATION

1. Définition d'un portefeuille garanti de droits à des prestations
2. Identification de groupes de population et territoires qui seront couverts

6.5 HARMONISATION DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

La tendance à la décentralisation et l'évolution des responsabilités de l'État concernant cette dimension du rôle de fonction directrice ont créé un scénario de participation accrue de multiples acteurs sociaux (organisations autonomes, publiques non gouvernementales et acteurs privés) à la prestation des services de santé. Cette situation a un impact sur la capacité de l'État à coordonner de multiples prestataires qui fonctionnent souvent en l'absence de structures hiérarchiques.

Dans ce contexte, les ministères de la santé et les secrétariats à la santé devraient se comporter plutôt comme des organes d'harmonisation des différentes agences de prestation de service public décentralisées ou déconcentrées que comme des administrateurs directs de la prestation des services.³⁶ Par conséquent, la fonction d'harmonisation de la prestation des services de santé revêt une importance particulière dans des systèmes de santé caractérisés par de multiples acteurs, tant publics que privés, qui doivent tous être coordonnés afin d'amortir la fragmentation.

34. OPS/OMS, "Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean", Series No.1. (Washington D.C.: OPS/OMS, 2004).

35. 26e Conférence sanitaire panaméricaine, 54e session du Comité régional, résolution CSP26/12: "Extension de la protection sociale en santé: Initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du travail" (Washington, D.C.: OPS/OMS, septembre 2002).

36. Edgar Barillas, "Armonización de la provisión de servicios de salud" (Washington, D.C.: OPS/OMS, 2001).



En d'autres termes, l'harmonisation représente la capacité de l'Autorité sanitaire à promouvoir la complémentarité de divers prestataires et groupes d'usagers afin d'étendre la couverture des soins de santé de manière équitable et efficiente.

Un mécanisme qui assure l'harmonisation et la complémentarité est l'intégration des différentes entités qui travaillent dans les réseaux de prestation de service dans le système de la santé. Afin d'arriver à cette intégration, deux types de processus sont nécessaires : *l'intégration verticale* et *l'intégration horizontale*. L'intégration verticale se rapporte à l'intégration de différents niveaux de complexité, assurant la coordination entre soins primaires et des niveaux plus spécialisés de soins. L'intégration horizontale concerne l'intégration des prestataires qui offrent des services de santé similaires dans le même niveau de soins. Le rôle de fonction directrice contribue largement à coordonner les différentes entités gouvernementales qui participent au réseau, assurant que la vision et l'objectif du réseau soient partagés par tous ses membres.³⁷

L'Autorité sanitaire devrait également définir des critères pour l'harmonisation des actions et des plans de gestion de différents organismes de prestation de service public décentralisés ou déconcentrés, et pour l'allocation des ressources qui leur sont accordées. Ces critères devraient être fondés sur les besoins, la performance et l'impact. De plus, l'ASN devrait spécifier le contenu des services de santé publique de base qui tombent sous la responsabilité de l'État ; et établir la distribution des compétences et des ressources entre différents domaines de gestion publique (Tableau 15).

HARMONISATION DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

LA CAPACITÉ DE PROMOUVOIR LA COMPLÉMENTARITÉ DES DIVERS PRESTATAIRES ET GROUPES D'USAGERS AFIN D'ÉTENDRE LA COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ DE MANIÈRE ÉQUITABLE ET EFFICIENTE

1. Planification du service avec un critère régional ou fonctionnel
2. Promotion de coalitions et provision d'incitatifs à l'autorégulation
3. Réseaux de prestation intégrés / coordonnés

Afin de faciliter le processus de transfert des responsabilités, ainsi que le développement de la capacité institutionnelle nécessaire à leur exécution, l'Autorité sanitaire devrait assurer une coopération technique aux entités prestataires de services décentralisées ou déconcentrées. Dans le but de compenser les inégalités qui peuvent se produire en raison des processus de décentralisation, l'Autorité sanitaire devrait également mettre au point des mécanismes de redistribution pour les coûts opérationnels et les coûts d'investissement. Enfin, elle devrait établir des mécanismes pour les contrats ou ententes de gestion des services qui peuvent servir de base à l'allocation des ressources en fonction d'une série d'indicateurs de performance / besoins / impact exprimés à la fois en termes de processus et de résultats.

Il y a d'autres dimensions de l'harmonisation qui vont au-delà de la régulation de la prestation des services de santé et de la coordination entre prestataires. Parmi elles, il faut mentionner la certification des professionnels, l'accréditation des services de santé, l'établissement de normes minimales de qualité, la négociation, la création d'incitatifs, les contrats de services de prestataires, etc. Ils devraient tous être applicables aux sous-secteurs publics et privés.

37. James Cercone, "Opciones de Política para la Integración de los Sistemas y Servicios de Salud" (Washington, D.C.: OPS/OMS, à paraître).



6.6. EXÉCUTION DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

« Il est possible d'identifier une série restreinte de fonctions et de responsabilités relevant de l'Autorité de la santé, dont l'accomplissement est, sans exception, nécessaire afin d'assurer la bonne santé publique. »³⁸ Ces fonctions et responsabilités comprennent ce que l'on appelle les fonctions essentielles de la santé publique (FESP). La performance effective des FESP revêt une importance cruciale en raison de leurs externalités élevées. À titre d'organisme responsable de la sauvegarde de la santé de la population, l'Autorité sanitaire est l'organisation principale chargée de l'exécution des FESP ou d'assurer que d'autres acteurs / entités s'en acquittent de façon adéquate.

La performance des FESP est liée à toutes les autres dimensions du rôle de fonction directrice, parfois en les chevauchant ou en les complétant. Par exemple, les FESPF 5 et 6 se rapportent à la capacité de développer des politiques et de réguler la santé publique respectivement. Dans ce contexte, il y a une relation claire entre ces deux fonctions et les dimensions de conduction / direction et de régulation du rôle de fonction directrice. Sans un rôle

Fonctions essentielles de la santé publique

| | |
|----------|---|
| FESP 1. | Suivi, évaluation et analyse de l'état de santé |
| FESP 2. | Surveillance de la santé publique, recherche, et contrôle des risques et des menaces à la santé |
| FESP 3. | Promotion de la santé |
| FESP 4. | Participation sociale en santé |
| FESP 5. | Développement de politiques et de capacité institutionnelle pour la planification et la gestion en santé publique |
| FESP 6. | Renforcement de la capacité institutionnelle en matière de régulation et de son application en santé publique |
| FESP 7. | Évaluation et promotion de l'accès équitable aux services de santé nécessaires |
| FESP 8. | Développement des ressources humaines et formation en santé publique |
| FESP 9. | Assurance de qualité des services de santé individuels et ceux basés sur la population |
| FESP 10. | Recherche en santé publique |
| FESP 11. | Réduction de l'impact des urgences et des catastrophes sur la santé |

de fonction directrice effectif, les FESP ne peuvent être exécutées adéquatement et sans une performance adéquate des FESP, les systèmes de santé ne peuvent pas réaliser leur objectif ultime qui est la santé de la population. L'Annexe A présente une matrice sur la relation entre les dimensions des FESP et du rôle de fonction directrice.

Dans le cadre de l'Initiative « Santé publique dans les Amériques », un outil pour mesurer la performance des FESP a été développé et appliqué dans 41 pays et territoires de la Région offrant un point de départ dynamique pour l'analyse des forces et faiblesses existantes dans le secteur de la santé publique de la Région LAC. Concrètement, les résultats ont aidé à faire ressortir certaines des insuffisances dans le rôle de fonction directrice concernant la performance des FESP. Les Autorités sanitaires nationales des pays disposent ainsi des résultats, qui constituent un apport fondamental au développement de leurs stratégies de renforcement.³⁹

³⁸ OPS/OMS, Santé publique dans les Amériques.

³⁹ Idem.



GRAPHIQUE 7: Relation entre les dimensions fonctions essentielles de la santé publique (FPSP) et rôle de fonction directrice

| FESP / Dimensions Rôle de fonction directrice | Conduite / Direction | Régulation | Orientation du financement | Garantie de la couverture d'assurance | Harmonisation de la prestation des services de santé |
|--|----------------------|------------|----------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Suivi, évaluation et analyse de l'état de santé | X | | | | |
| 2. Surveillance de la santé publique, recherche, et contrôle des risques et des menaces à la santé publique | X | X | | | |
| 3. Promotion de la santé | X | X | | | |
| 4. Participation sociale en santé | X | | | | |
| 5. Développement de politiques et de capacité institutionnelle pour la planification et la gestion en santé publique | X | X | X | X | X |
| 6. Renforcement de la capacité institutionnelle en matière de régulation et de son application en santé publique | X | X | | | X |
| 7. Évaluation et promotion de l'accès équitable aux services de santé nécessaires | X | | X | X | X |
| 8. Développement et formation des ressources humaines en santé publique | X | X | | | X |
| 9. Assurance de qualité des services de santé individuels et basés sur la population | X | X | | | X |
| 10. Recherche en santé publique | X | X | X | X | X |
| 11. Réduction de l'impact des urgences et des catastrophes sur la santé | X | X | X | | X |



VII. ENJEUX DU RENFORCEMENT DU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE

Les pays de la Région des Amériques ont pris des mesures importantes pour renforcer le rôle de fonction directrice. Toutefois, au vu de son contexte et de ses opportunités, chaque pays devrait entreprendre un exercice d'auto-évaluation pour analyser la performance de sa capacité d'assumer son rôle de fonction directrice, ainsi que pour définir des actions possibles pour son renforcement. Dans cette perspective, les pays devraient considérer les enseignements qui commencent à émerger de l'expérience au niveau des pays, parmi ceux-ci: (I) *L'établissement des priorités et objectifs sanitaires nécessite d'une information précise, fiable et ponctuelle,* (II) *L'élaboration des politiques et stratégies de santé devrait être suivie par des efforts d'évaluation,* (III) *Le cadre juridique qui appuie l'Autorité sanitaire dans ses responsabilités devrait être conforme à sa capacité à diriger le secteur,* (IV) *Pour être efficace, le rôle régulateur devrait également inclure le suivi et l'application des régulations,* (V) *L'Autorité sanitaire devrait intervenir dans la négociation, la coordination et l'évaluation de la coopération technique afin d'assurer qu'elle sera efficace et réactive aux besoins identifiés et durable,* (VI) *Des ressources humaines qualifiées sont cruciales à l'exécution du rôle de fonction directrice.*

ENCADRÉ 3 :

CAPACITÉ DU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU COSTA RICA

Au début des années quatre-vingt-dix, un débat national a été entamé sur la façon d'affronter les défis qui affectaient le Ministère de la Santé et le Fonds de sécurité sociale (CCSS) du Costa Rica. Des problèmes tels que le déficit budgétaire, la dette externe et interne, la centralisation excessive, l'inefficience et une réduction de la contribution de l'État au financement du secteur de la santé affectaient la performance de ce dernier. En 1994, d'importantes réformes structurelles dans l'organisation, le financement et la prestation des services de santé ont été mises en œuvre, renforçant les principes de base de la couverture universelle et du financement public de la CCSS. Le Projet sur le rôle de fonction directrice et le renforcement du Ministère de la Santé a été formulé pour appuyer le MS à exercer effectivement le rôle de fonction directrice en santé, transférant à la CCSS les fonctions liées à la prestation et au financement des services de santé alors que la régulation et la gestion devaient être développées par le Ministère de la Santé. Le but était d'éliminer les duplications en termes de ressources humaines et d'infrastructure. La redéfinition des rôles institutionnels dans le système de santé, produite par les réformes, exigeait une capacité plus grande du Ministère de la Santé pour s'acquitter du rôle de fonction directrice qui englobe la direction du secteur, la régulation des biens et des services en santé, la mesure de la performance des fonctions essentielles de la santé publique (FESP), l'orientation du financement du secteur, le suivi de l'assurance et l'harmonisation de la prestation des services. Les réalisations depuis le début du projet en 1994 à ce jour sont nombreuses. En 2002, le Ministère de la Santé a pris des mesures additionnelles pour réorganiser son rôle afin de mieux répondre à la demande croissante qui exigeait un exercice efficace du rôle de fonction directrice pour le secteur.



Le grand défi est de considérer le rôle de fonction directrice comme une responsabilité gouvernementale et comme une fonction de haut niveau; et de diriger les efforts de renforcement sur le développement des fonctions de planification, financement, allocation et développement des ressources, production du savoir et gestion publique.



VIII. DIRECTIVES MÉTHODOLOGIQUES

8.1 INSTRUCTIONS

8.1.1 OBJECTIF

Générer une discussion centrée sur l'analyse et l'évaluation de la façon dont l'Autorité sanitaire nationale (ASN) s'acquitte de son rôle de fonction directrice. Cet exercice contribuera à l'identification des forces et des faiblesses dans la performance du rôle de fonction directrice, dans le but de produire des propositions concrètes en vue du renforcement du rôle de fonction directrice de l'ASN.

8.1.2 MÉTHODOLOGIE DU TRAVAIL

1. Organisation des participants en groupes de travail. Sélection d'un modérateur et d'un rapporteur. Chaque groupe aura un animateur.
2. Discussion de groupe des questions liées aux Dimensions 1 (Conduction/Direction) et 2 (Régulation). Réponses individuelles à chaque question.
3. Discussion de groupe des questions liées aux Dimensions 3 (Orientation du financement), 4 (Garantie d'assurance) et 5 (Harmonisation de la prestation des services). Le groupe devrait se mettre d'accord sur les réponses, s'il y a des différences d'opinion, elles devraient être notées.
4. Évaluation des questionnaires et classification des résultats.
5. Présentation des résultats.
6. Réflexions sur les forces et les faiblesses du rôle de fonction directrice de l'ASN.
7. Génération de propositions pour renforcer le rôle de fonction directrice de l'ASN.
8. Évaluation de l'Atelier.



8.1.3 STRUCTURE

L'évaluation de la performance du rôle de fonction directrice de l'ASN comporte deux stades : (1) la cartographie de l'Autorité sanitaire nationale, et (2) l'application de l'instrument pour l'évaluation de la performance du rôle de fonction directrice de l'ASN.

8.1.3.1 PREMIER STADE: **Directives pour la cartographie de l'ASN**

Qui s'en charge? – Caractérisation de l'Autorité sanitaire nationale

- Définition du cadre légal
- Identification des organisations / entités / agences légalement responsables du rôle de fonction directrice
- Identification des organisations / entités / agences qui s'acquittent actuellement du rôle de fonction directrice avec ou sans un cadre légal.

8.1.3.2 DEUXIÈME STADE: **Instrument pour l'évaluation de la performance et le renforcement du rôle de fonction directrice de l'ASN**

Que font-ils? –Performance du rôle de fonction directrice par les organisations / entités / agences qui forment l'ASN.

Le questionnaire est organisé en cinq sections. Chaque section correspond à une dimension du rôle de fonction directrice, et inclut les composantes de chaque dimension.¹ Les deux premières sections contiennent des questions fermées; les trois dernières sections ont des questions ouvertes.

8.1.3.2.1 Questions fermées

Les réponses sont fournies comme indiqué dans le tableau de scores (voir prochaine section). Des espaces pour les réponses aux questions ouvertes sont également inclus dans le cas où des observations supplémentaires sont requises.

1. Conduction/Direction
2. Régulation

1. La seule dimension qui n'est pas formellement inclus est l'Exécution des Fonctions Essentielles de Santé Publique (FESP)- référez-vous au tableau d'accord entre les FESP et les dimensions de la fonction directrice (page 20).



8.1.3.2.2 Questions ouvertes

Les questions sont concrètes et spécifiques. Elles sont discutées en groupe et les réponses sont convenues en groupe. Un rapporteur est désigné pour prendre des notes. Il n'est pas nécessaire que toutes les parties soient d'accord; quand il y a une différence d'opinion, elle devrait être indiquée.

3. Orientation du financement

4. Garantie d'assurance

5. Harmonisation de la prestation des services

8.1.4 TABLEAU DE SCORES POUR LES QUESTIONS FERMÉES

Le tableau suivant présente le classement pour les scores qui peuvent être attribués en réponses aux questions des sections 1 et 2, Conduction/Direction et Régulation. Dans tous les cas, les scores devraient être attribués entre 0 et 5. À un extrême, un score de « 0 » signifie que l'activité analysée n'est pas du tout exercée. À l'autre extrême, un score de « 5 » dénote que l'activité est exercée avec un degré élevé de satisfaction. Les scores entre 1 et 4 dénotent des niveaux intermédiaires de performance de l'activité.

| Score | Équivalence | Classement |
|-------|-------------|-------------|
| 0 | 0% | Nul |
| 1 | 20% | Très faible |
| 2 | 40% | Faible |
| 3 | 60% | Normal |
| 4 | 80% | Élevé |
| 5 | 100% | Très élevé |

8.1.5 COMMENTAIRES ET RÉPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES

Dans les deux premières sections, il y a plusieurs cas où il est possible de faire des observations ou des commentaires dans un espace vide fourni à cet effet, de sorte que les participants puissent développer leurs réponses ou ajouter des points qu'ils considèrent importants. Cela ne veut pas dire que chacun de ces espaces vides doit être rempli, mais il s'agit plutôt d'une possibilité d'information au cas où elle serait jugée nécessaire.

Le but des trois dernières sections, qui contiennent les questions ouvertes, est de réaliser une discussion centrée sur les thèmes posés dans chaque question. Il y aura un modérateur qui guidera la discussion pour assurer qu'il y a réponse à toutes les questions et que les limites de temps sont respectées, et pour éviter des discussions sur des



questions qui n'ont rien à voir. Les réponses de chaque groupe de travail seront transcrites et présentées avec les réponses aux questionnaires des deux premières sections, afin d'être traitées et classées.

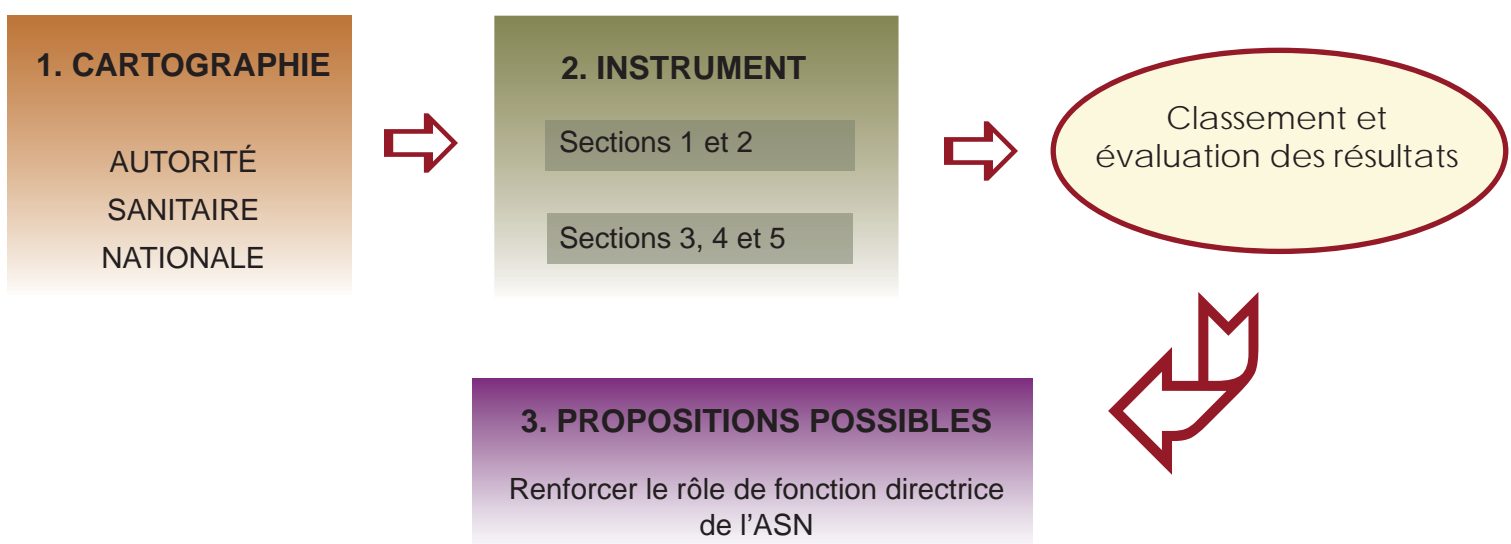
8.1.6 GÉNÉRATION DE PROPOSITIONS POUR LE RENFORCEMENT DU RÔLE DE FONCTION DIRECTRICE DE L'ANS

Une fois que les groupes de travail ont terminé leurs enquêtes et leurs réponses, celles-ci seront soumises. Les données seront traitées, classées et présentées aux groupes de travail sous une forme préliminaire servant d'apport à la phase suivante: *l'identification de propositions pour renforcer le rôle de fonction directrice.*

Les groupes de travail se réuniront à nouveau pour identifier des options possibles pour le renforcement du rôle de fonction directrice de l'ASN. Il est important que les options proposées puissent se traduire des actions concrètes.

Produit final: Chaque groupe de travail soumettra sa proposition de stratégies et d'actions pour renforcer le rôle de fonction directrice de l'Autorité sanitaire nationale, utilisant comme fondement de l'analyse des résultats de l'application de l'outil de cartographie et de l'instrument d'évaluation de la performance. Ils soumettront également un calendrier provisoire pour l'application de l'outil de cartographie et l'instrument d'évaluation de la performance dans leurs pays respectifs.

CHEMIN CRITIQUE : ÉTAPES À SUIVRE



Confidentialité

L'information fournie est strictement confidentielle et ne sera disponible qu'une fois qu'elle aura été traitée, de façon à pouvoir garantir la confidentialité absolue des réponses individuelles des participants.



8.2 CARTOGRAPHIE DE L'AUTORITÉ SANITAIRE NATIONALE

Le processus de cartographie est exécuté en trois stades successifs. Le *premier stade* comprend l'identification du cadre légal pour chaque dimension du rôle de fonction directrice. Le but du *deuxième stade* consiste à déterminer les organisations / entités / agences qui sont légalement responsables de l'accomplissement du rôle de fonction directrice. Enfin, le *troisième stade* se rapporte aux organisations / entités / agences qui assument actuellement les activités qui correspondent au rôle de fonction directrice avec ou sans le mandat légal pour ce faire. Il est recommandé que les trois stades soient réalisés au niveau national ; au niveau régional, provincial ou départemental ; et au niveau local. Veuillez utiliser les directives suivantes lorsque vous remplissez le tableau pour chaque stade et à chacun des trois niveaux :

8.2.1 CADRE LÉGAL

Identifier l'instrument légal / les instrument(s) légaux qui caractérisent le champ et les responsabilités accordés aux organisations / entités / agences pour assumer le rôle de fonction directrice. Si possible, indiquer la loi qui définit les responsabilités (une copie de la loi devrait être jointe dans l'Annexe). Au cas où il n'existe pas de mandat légal pour appuyer une activité, tirer une ligne horizontale pour indiquer qu'il n'y en a pas.

8.2.2 ORGANISATION(S) LÉGALEMENT RESPONSABLE(S)

Identifier les mandats légaux du pays pour les organisations / entités / agences qui sont légalement responsables d'assumer le rôle de fonction directrice. Quand il n'y a pas de mandat légal, tirer une ligne horizontale.

8.2.3 ORGANISATION D'EXÉCUTION

Identifier l'organisation / les organisations qui assument ces activités actuellement.



DOMAINE FONCTIONNEL : CONDUCTION / DIRECTION

| ACTIVITÉS | NIVEAU CENTRAL | | | NIVEAU INTERMÉDIAIRE / RÉGIONAL | | | NIVEAU LOCAL | | |
|---|----------------|--|-------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|--------------|--|-------------------------|
| | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution |
| Analyse de l'état de la santé | | | | | | | | | |
| Définition des priorités et des objectifs en santé | | | | | | | | | |
| Formulation des politiques, plans, programmes et stratégies de la santé | | | | | | | | | |
| Gestion, dégagement de consensus et mobilisation des acteurs et des ressources | | | | | | | | | |
| Promotion de la santé et participation sociale à la santé | | | | | | | | | |
| Coordination politique et technique de la coopération internationale en santé | | | | | | | | | |
| Participation politique et technique aux agences d'intégration économique aux niveaux régional et sous-régional | | | | | | | | | |
| Évaluation de la performance du système de santé | | | | | | | | | |
| Suivi et évaluation | | | | | | | | | |



DOMAINE FONCTIONNEL : RÉGULATION

| ACTIVITÉS | NIVEAU CENTRAL | | | NIVEAU INTERMÉDIAIRE / RÉGIONAL | | | NIVEAU LOCAL | | |
|---|----------------|--|-------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|--------------|--|-------------------------|
| | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution |
| Développement et amélioration de la législation sanitaire nationale | | | | | | | | | |
| Régulation des systèmes / sous-systèmes d'assurance de santé publique | | | | | | | | | |
| Régulation des régimes d'assurance maladie privés | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle de la prestation des services de santé publics et privés | | | | | | | | | |
| Accréditation des institutions de la santé publiques et privées | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle des fournitures médicales | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle de la technologie en santé | | | | | | | | | |
| Évaluation de la performance du système de santé | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle des biens et fournitures de consommation de base | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle sanitaire des établissements publics | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle sanitaire de l'environnement | | | | | | | | | |
| Régulation et certification des ressources humaines en santé | | | | | | | | | |
| Régulation et contrôle des programmes initiaux et d'éducation continue dans les sciences de la santé | | | | | | | | | |
| Harmonisation de la législation en santé sur celle des pays participant aux processus d'intégration régionale | | | | | | | | | |



DOMAINE FONCTIONNEL : EXÉCUTION DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

| ACTIVITÉS | NIVEAU CENTRAL | | | NIVEAU INTERMÉDIAIRE/ RÉGIONAL | | | NIVEAU LOCAL | | |
|--|----------------|--|-------------------------|--------------------------------|--|-------------------------|--------------|--|-------------------------|
| | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution |
| FESP 1 Suivi, évaluation et analyse de l'état de santé | | | | | | | | | |
| FESP 2 Surveillance de la santé publique, recherche, et contrôle des risques et des menaces à la santé publique | | | | | | | | | |
| FESP 3 Promotion de la santé | | | | | | | | | |
| FESP 4 Participation sociale en santé | | | | | | | | | |
| FESP 5 Développement de politiques et de capacité institutionnelle pour la planification et la gestion en santé publique | | | | | | | | | |
| FESP 6 Renforcement de la capacité institutionnelle en matière de régulation et de son application en santé publique | | | | | | | | | |
| FESP 7 Évaluation et promotion de l'accès équitable aux s | | | | | | | | | |
| FESP 8 Développement des ressources humaines et formation en santé publique | | | | | | | | | |
| FESP 9 Assurance de qualité des services de santé individuels et basés sur la population | | | | | | | | | |
| FESP 10 Recherche en santé publique | | | | | | | | | |
| FESP 11 Réduction de l'impact des urgences et des catastrophes sur la santé | | | | | | | | | |



| DOMAINE FONCTIONNEL : ORIENTATION DU FINANCEMENT | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|--|-------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|--------------|--|-------------------------|--|--|--|
| ACTIVITÉS | NIVEAU CENTRAL | | | NIVEAU INTERMÉDIAIRE / RÉGIONAL | | | NIVEAU LOCAL | | | | | |
| | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | | | |
| Formuler des politiques pour orienter et corriger les distorsions dans le financement sectoriel | | | | | | | | | | | | |
| Suivre le processus du financement sectoriel | | | | | | | | | | | | |
| Concevoir des mécanismes redistributifs pour les coûts d'exploitation et d'investissement, afin de compenser les inégalités qui peuvent être produites par les processus de décentralisation | | | | | | | | | | | | |
| Influencer la distribution budgétaire | | | | | | | | | | | | |



| DOMAINE FONCTIONNEL : GARANTIE D'ASSURANCE | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|-------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|
| ACTIVITÉS | NIVEAU CENTRAL | | | NIVEAU INTERMÉDIAIRE / RÉGIONAL | | | NIVEAU LOCAL | | |
| | Cadre légal qui la contient | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal qui la contient | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal qui la contient | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution |
| Définir le contenu du portefeuille garanti des droits | | | | | | | | | |
| Suivre la conformité de la couverture des plans, garantissant qu'aucun citoyen n'est exclu | | | | | | | | | |
| Identifier le groupe de population, le territoire et les mécanismes de surveillance qui garantiront la couverture de l'assurance pour la population | | | | | | | | | |



| DOMAINE FONCTIONNEL : HARMONISATION DE LA PRESTATION DES SERVICES | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|--|-------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|
| ACTIVITÉS | NIVEAU CENTRAL | | | NIVEAU INTERMÉDIAIRE/RÉGIONAL | | | NIVEAU LOCAL | | |
| | Cadre légal qui la confient | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal qui la confient | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution | Cadre légal qui la confient | Institution(s) légalement responsable(s) | Institution d'exécution |
| Organiser des plans d'action et des réseaux de service d'institutions publiques et privées pour éviter la duplication des services de santé dans le pays | | | | | | | | | |
| Établir des critères pour les contrats de gestion de services qui servent de base à l'allocation des ressources | | | | | | | | | |
| Définir des critères pour la qualité des soins de santé | | | | | | | | | |
| Définir des critères pour l'accréditation d'institutions prestataires | | | | | | | | | |
| Établir des critères pour l'incorporation de la technologie de la santé | | | | | | | | | |



8.3 INSTRUMENT

CONDUITE/DIRECTION

CAPACITÉ DE GUIDER LES INSTITUTIONS DU SECTEUR ET DE MOBILISER LES INSTITUTIONS ET LES GROUPES SOCIAUX AFIN D'APPUYER LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

| 1. | ANALYSE DE L'ÉTAT DE SANTÉ | SCORE |
|-----|--|-------|
| 1.1 | Collecte et disponibilité de l'information | |
| a. | Les sources d'information sur l'état de santé sont facilement identifiées et accessibles dans le système national de la santé. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale mène des évaluations périodiques des systèmes d'information et des besoins stratégiques de l'information, et facilite l'accès à ces évaluations. | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale garantit la disponibilité d'indicateurs de morbidité et de mortalité pour les niveaux national, départemental et/ou local. | |
| d. | L'Autorité sanitaire nationale favorise et garantit la disponibilité d'une information actualisée sur l'accès aux services de santé par groupe socioéconomique, distribution géographique, groupe ethnique et genre. | |
| e. | L'Autorité sanitaire nationale favorise et garantit la disponibilité d'une information actualisée sur les comportements de vie et les risques pour la santé. | |
| f. | L'Autorité sanitaire nationale favorise et garantit la disponibilité d'une information sur les risques environnementaux. | |
| g. | L'Autorité sanitaire nationale a des mécanismes de coordination efficaces pour l'échange d'information entre les niveaux national et sous-national. | |



| | | |
|------------|--|--|
| 1.2 | Contrôle de la qualité de l'information | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale est dotée d'instruments et de processus pour contrôler la qualité de l'information. | |
| b. | Il existe une systématisation claire des statistiques démographiques. | |
| c. | Les statistiques démographiques offrent une information de qualité. | |
| d. | L'information rassemblée sur la santé est ponctuelle et pertinente. | |
| e. | L'information rassemblée sur la morbidité et la mortalité est de qualité et actualisée, en termes de couverture et de précision. | |
| 1.3 | Capacité institutionnelle pour effectuer des analyses de situation de la santé | |
| a. | L'information rassemblée est analysée et sert de ressource pour produire des renseignements sur la santé (capacité technique). | |
| b. | Les décisions sont prises en fonction de l'information rassemblée et analysée. | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale a les ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles requises pour réaliser l'analyse de la situation de la santé. | |
| d. | L'Autorité sanitaire nationale dissémine l'information sur l'état de la santé de la population au moyen de plusieurs mécanismes. | |



| | | |
|------------|--|--|
| 2. | DÉFINITION DES PRIORITÉS ET DES OBJECTIFS EN SANTÉ | |
| 2.1 | Élaboration de diagnostics focalisés sur des problèmes clés | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale identifie les insuffisances existantes dans les besoins de santé et l'offre actuelle des services de santé. | |
| b. | Les <i>objectifs nationaux de la santé</i> ont été définis. | |
| c. | Les priorités en santé déterminées par le pays sont utilisées comme apports à la définition des <i>objectifs nationaux de la santé</i> . | |
| d. | Le profil actuel de l'état de santé sert de base à la définition des <i>objectifs nationaux de la santé</i> . | |
| e. | Les priorités de la santé définies par le pays sont conformes aux <i>Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM)</i> . | |
| 2.2 | Capacité institutionnelle à établir les priorités et les objectifs nationaux de la santé | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale est responsable de l'établissement des priorités de la santé. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale a des fonds et les alloue pour que les processus menant à la définition des priorités et des <i>objectifs nationaux de la santé</i> soient viables. | |
| c. | La structure organisationnelle de l'Autorité sanitaire nationale facilite la définition des priorités et des <i>objectifs nationaux de la santé</i> . | |



| | | |
|-----|---|--|
| 3. | FORMULATION DES POLITIQUES, PLANS, PROGRAMMES ET STRATÉGIES DE LA SANTÉ | |
| 3.1 | Préparation et développement des politiques, plans, programmes et stratégies de la santé | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale assume le leadership dans le développement de l' <i>Agenda national de politique de santé publique</i> . | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale définit et met en œuvre les politiques de la santé. | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale prépare et met à jour périodiquement la <i>Politique nationale de la santé</i> du pays. | |
| d. | La <i>Politique nationale de la santé</i> définit les acteurs et leurs responsabilités spécifiques pour atteindre les <i>objectifs nationaux de la santé</i> . | |
| 3.2 | Dissémination des politiques, plans, programmes et stratégies de la santé | |
| a. | Les entités qui forment l'Autorité nationale de la santé; les autres secteurs gouvernementaux; et la société civile ont un accès facile au document <i>Politique nationale de la santé</i> du pays. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale dissémine/discute l' <i>Agenda national de politique de santé publique</i> avec les <i>Syndicats</i> . | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale dissémine/discute l' <i>Agenda national de politique de santé publique</i> avec les <i>institutions du secteur privé</i> . | |
| d. | L'Autorité sanitaire nationale dissémine/discute l' <i>Agenda national de politique de santé publique</i> avec les <i>Municipalités</i> ou les <i>niveaux décentralisés</i> . | |



| | | |
|------------|---|--|
| e. | L'Autorité sanitaire nationale dissémine/discute systématiquement l' <i>Agenda national de politique de santé publique</i> avec les <i>organisations non gouvernementales</i> . | |
| f. | L'Autorité sanitaire nationale dissémine/discute l' <i>Agenda national de politique de santé publique</i> avec les <i>organisations communautaires</i> . | |
| 3.3 | Suivi et évaluation des politiques, plans, programmes et stratégies de la santé | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale dispose d'un système de suivi et évaluation pour mesurer l'impact des politiques de la santé. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale promeut des mécanismes de suivi et évaluation qui sont indépendants de l'exécution des politiques de la santé. | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale rassemble, analyse, intègre et évalue l'information de sources multiples. | |
| d. | L'Autorité sanitaire nationale utilise l'information de l'exercice d'évaluation pour définir et mettre en œuvre les politiques de santé publique. | |
| 4. | GESTION, DÉGAGEMENT DE CONSENSUS, MOBILISATION DES ACTEURS ET DES RESSOURCES | |
| 4.1 | Dégagement de consensus et leadership | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale promeut la réalisation de consensus avec les multiples acteurs dans le secteur de la santé pour que la définition de la <i>politique nationale de santé</i> soit viable. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale dirige le processus national qui conduit à la formulation des objectifs de santé et des politiques nationales et sous-nationales de la santé. | |



| | |
|---|--|
| c. L'Autorité sanitaire nationale construit des coalitions et des partenariats dans le processus de formulation de la <i>politique nationale de la santé</i> . | |
| d. Le système de communication interne de l'Autorité nationale de la santé dissémine l'information sur la performance du rôle de fonction directrice (destinée au personnel institutionnel à tous les niveaux). | |
| e. Le système de communication externe de l'Autorité nationale de la santé dissémine l'information sur la performance du rôle de fonction directrice à toutes les parties intéressées en dehors du secteur de la santé. | |
| f. L'Autorité sanitaire nationale a une définition formelle de sa vision et de sa mission. | |
| g. L'Autorité sanitaire nationale dissémine largement sa mission et sa vision. | |
| 4.2 Mobilisation des ressources | |
| a. L'Autorité sanitaire nationale mobilise les ressources du secteur de la santé (matérielles, humaines, financières et organisationnelles) pour se conformer à la <i>politique nationale de la santé</i> . | |
| b. L'Autorité sanitaire nationale réalise des résultats concrets avec le processus de mobilisation des ressources. | |
| c. L'Autorité sanitaire nationale coordonne et collabore avec les institutions académiques et les sociétés scientifiques en matière de développement humain pour le secteur de la santé. | |



| | | |
|------------|--|--|
| 5. | PROMOTION DE LA SANTÉ, PARTICIPATION SOCIALE ET CONTRÔLE EN SANTÉ | |
| 5.1 | Conception et promotion des politiques de santé publique | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale dirige la préparation de normes et d'interventions destinées à promouvoir des comportements et des environnements sains. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale définit et exécute des actions pour renforcer les niveaux sous-nationaux dans leurs activités de promotion de la santé. | |
| 5.2 | Promotion de la participation active de la société civile à l'identification des problèmes, la planification et l'exécution des actions en santé | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale stimule et encourage le développement de la participation de la société civile à l'identification des problèmes, la planification et l'exécution des actions dans le domaine de la santé. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale demande des contributions de la société civile/des communautés pour la définition des <i>objectifs nationaux de la santé</i> . | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale a la capacité de conseiller et d'appuyer les niveaux sous-nationaux dans le développement et le renforcement des mécanismes de participation sociale aux décisions en santé publique. | |
| 5.3 | Promotion de la coordination intersectorielle | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale réunit périodiquement des représentants des organisations communautaires, du secteur privé et d'autres secteurs publics dans le but de planifier des actions destinées à la réalisation d'objectifs de promotion de la santé. | |



| | | |
|------------|--|--|
| 6. | HARMONISATION DE LA COOPÉRATION TECHNIQUE INTERNATIONALE EN SANTÉ | |
| 6.1 | Négociation avec donateurs et autres organismes de coopération internationale | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale initie, dirige et mène à bien des processus de négociation avec les organismes de coopération internationale dans le domaine de la santé. | |
| 6.2 | Coordination de la coopération internationale en santé | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale développe des projets de santé pour les soumettre à la considération des organismes de coopération internationale. | |
| b. | Impact de récents projets de coopération sur le développement et la formulation de politiques dans le secteur de la santé. | |
| 6.3 | Suivi et évaluation des contreparties dans les projets de coopération internationale | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale assure le suivi de la/les contrepartie(s) internationale(s) dans les projets de coopération. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale dispose de professionnels formés au suivi systématique des projets de coopération internationale. | |



| | | |
|------------|--|--|
| 7. | PARTICIPATION (ENTITÉS POLITIQUES ET TECHNIQUES) DANS LES FORUMS INTERNATIONAUX, RÉGIONAUX ET SOUS-RÉGIONAUX | |
| 7.1 | Articulation politique et technique avec les organisations internationales, régionales et sous-régionales | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale participe activement en tant que porte-parole et représentant du secteur de la santé dans les organisations internationales, régionales et sous-régionales. | |
| 7.2 | Exécution d'accords sous-régionaux, régionaux et mondiaux | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale coordonne, supervise et exécute les accords et les engagements sous-régionaux, régionaux et mondiaux dans le pays. | |
| 8. | ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ | |
| 8.1 | Mesure de la réalisation des objectifs | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale définit des objectifs qui servent de points de référence pour l'évaluation de la performance du système de santé. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale dispose de mécanismes pour mesurer la réalisation des objectifs établis. | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale a la capacité technique et organisationnelle de déterminer le montant des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs. | |



| | | |
|------------|---|--|
| 8.2 | Mesure des ressources utilisées et estimation de l'efficacité du système de santé | |
| a. | L'ASN alloue des ressources techniques et financières pour mesurer les ressources du système de santé qui sont investies dans la réalisation des objectifs. | |
| b. | L'ASN alloue des ressources techniques et financières pour déterminer l'information qui est requise pour estimer l'efficacité du système. | |
| c. | L'ASN détermine le niveau d'efficacité en ce qui concerne l'utilisation des ressources investies pour réaliser les objectifs. | |
| 8.3 | Évaluation de la performance | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale identifie ses faiblesses dans la performance du rôle de fonction directrice. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale identifie les goulets d'étranglement opérationnels dans le secteur de la santé qui peuvent entraver la performance du rôle de fonction directrice. | |
| c. | L'ASN est responsable de l'évaluation de la performance du système de santé. | |
| d. | L'ASN prépare et exécute les politiques afin d'améliorer les réalisations et l'efficacité du système de santé en fonction de l'évaluation de la performance. | |



RÉGULATION

CONCEPTION DU CADRE RÉGULATEUR DE LA SANTÉ QUI PROTÈGE ET PROMEUT LA SANTÉ ET GARANTIT LA CONFORMITÉ

| 1. | CADRE INSTITUTIONNEL ET LÉGAL POUR LA PERFORMANCE DE LA FONCTION DE RÉGULATION | SCORE |
|-----|--|-------|
| 1.1 | Développement et amélioration du cadre légal | |
| a. | Le cadre légal confère à l'ASN la performance de la fonction de régulation soit directement soit à travers des organismes spécialisés. | |
| b. | Le cadre régulateur existant, soit directement soit à travers des organismes de régulation, promeut l'équité dans l'accès aux biens, produits et services de la santé. | |
| c. | Le cadre régulateur existant, soit directement soit à travers des organismes de régulation, promeut la participation des différents secteurs impliqués. | |
| d. | Le cadre régulateur existant, soit directement soit à travers des organismes de régulation, promeut la transparence en termes de responsabilisation. | |
| e. | L'Autorité sanitaire nationale impacte la formulation des régulations en santé. | |
| f. | Le cadre régulateur dans le secteur des services de santé est complet, pertinent et à jour. | |
| g. | Le cadre régulateur dans le secteur des technologies de la santé est complet, pertinent et à jour. | |
| h. | Le cadre régulateur dans le secteur de l'alimentation est complet, pertinent et à jour. | |
| i. | Le cadre régulateur dans le secteur des médicaments et des fournitures médicales est complet, pertinent et à jour. | |



| | | |
|------------|---|--|
| | j. Le cadre régulateur dans le secteur de l'environnement est complet, pertinent et à jour. | |
| | k. Il y a des lois qui manquent d'application dans la sphère de la santé, ou dans d'autres domaines qui influencent la santé. | |
| | l. L'ASN met à jour les régulations destinées à protéger la santé et la sécurité de la population, dans l'objectif de mieux répondre à l'évolution des besoins. | |
| 1.2 | Efficacité du cadre légal | |
| | a. Le cadre légal existant est efficace dans la performance de la fonction de régulation. | |
| | b. La performance de la fonction de régulation s'est avérée positive en termes de sa contribution à l'amélioration des conditions de santé de la population. | |
| | c. L'Autorité sanitaire nationale assure la coordination intersectorielle afin de s'acquitter de la fonction de régulation. | |
| 1.3 | Capacité institutionnelle à assumer la fonction de régulation | |
| | a. Les entités dépendantes qui forment l'Autorité nationale de la santé connaissent les régulations. | |
| | b. L'Autorité sanitaire nationale assume la fonction de régulation. | |
| | c. L'Autorité sanitaire nationale est autonome en ce qui concerne les pressions politiques et économiques sur la formulation des régulations. | |
| | d. L'Autorité sanitaire nationale s'acquitte de la fonction de régulation efficacement en ce qui concerne les ressources humaines formées. | |
| | e. L'Autorité sanitaire nationale s'acquitte de la fonction de régulation efficacement en ce qui concerne les ressources humaines suffisantes et disponibles. | |



| | | |
|------------|---|--|
| f. | L'Autorité sanitaire nationale s'acquitte de la fonction de régulation efficacement en ce qui concerne les ressources financières disponibles. | |
| g. | L'Autorité sanitaire nationale s'acquitte de la fonction de régulation efficacement en ce qui concerne les installations. | |
| h. | L'Autorité sanitaire nationale s'acquitte de la fonction de régulation efficacement en ce qui concerne les fournitures et les technologies. | |
| 2. | APPLICATION ET CONTRÔLE | |
| 2.1 | Capacité de l'Autorité nationale de la santé à faire appliquer les régulations | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale fait appliquer les régulations au moyen de mandats et de procédures claires établis dans les régulations applicables. | |
| b. | L'Autorité sanitaire nationale fait appliquer les régulations à travers l'existence de sanctions efficaces en ce qui concerne l'ampleur des dommages occasionnés à la santé individuelle ou collective. | |
| c. | L'Autorité sanitaire nationale est reconnue comme « l'autorité » par les divers acteurs impliqués. | |
| d. | L'Autorité sanitaire nationale fait appliquer les régulations au moyen d'un niveau d'interaction acceptable avec les organismes régulés en ce qui concerne la dissémination de normes et de procédures applicables. | |
| e. | Les procédures de suivi et évaluation existent pour le secteur des services de santé. | |
| f. | Les procédures de suivi et évaluation existent pour le secteur de la technologie. | |
| g. | Les procédures de suivi et évaluation existent pour le secteur alimentaire. | |



| | |
|---|--|
| h. Les procédures de suivi et évaluation existent pour le secteur des médicaments. | |
| i. Les procédures de suivi et évaluation existent pour le secteur de l'environnement. | |
| j. L'Autorité sanitaire nationale partage sa fonction d'application des régulations avec d'autres institutions. | |
| k. L'Autorité sanitaire nationale assume efficacement sa fonction d'application et de contrôle en ce qui concerne les ressources humaines formées. | |
| l. L'Autorité sanitaire nationale assume efficacement sa fonction d'application et de contrôle en ce qui concerne les ressources humaines suffisantes et disponibles. | |
| m. L'Autorité sanitaire nationale assume efficacement sa fonction d'application et de contrôle en ce qui concerne les ressources financières suffisantes. | |
| n. L'Autorité sanitaire nationale assume efficacement sa fonction d'application et de contrôle en ce qui concerne les installations. | |
| o. L'Autorité sanitaire nationale assume efficacement sa fonction d'application et de contrôle en ce qui concerne les fournitures et la technologie. | |



| | | |
|-------------|--|--|
| 2. 2 | Coordination et transparence | |
| a. | L'Autorité sanitaire nationale exerce les fonctions d'application et de contrôle avec transparence. | |
| b. | Les différents secteurs impliqués estiment que l'Autorité nationale de la santé exerce sa fonction d'application avec un niveau élevé de transparence. | |
| c. | Les entités centrales assistent les niveaux sous-nationaux en ce qui concerne la fonction d'application et de contrôle. | |
| d. | La performance globale de la fonction d'application est positive en termes de la relation mutuelle entre la régulation et les fonctions de contrôle. | |
| 3. | RÉGULATION ET CONTRÔLE DES FOURNITURES MÉDICALES (MÉDICAMENTS, ÉQUIPEMENT ET APPAREILS) ET TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ | |
| 3.1 | Régulation du secteur pharmaceutique | |
| a. | L'ASN maintient et met à jour les relevés de médicaments dispensés au public, en fonction de principes de sécurité et d'efficacité. | |
| b. | Il existe des normes pour l'importation, la commercialisation, la publicité, la distribution et la consommation de médicaments. | |
| c. | L'ASN joue un rôle actif dans l'évaluation ou la supervision de l'évaluation des médicaments génériques. | |
| d. | L'ASN applique des mesures de contrôle des prix pour garantir la disponibilité des médicaments et l'accès pour la population. | |



| | | |
|------------|---|--|
| 3.2 | Régulation et contrôle de l'équipement médical et des fournitures médicales | |
| a. | L'ASN maintient et met à jour les relevés de l'équipement médical et des fournitures médicales, en fonction de principes de sécurité et d'efficacité. | |
| b. | Il existe des normes pour l'importation, la commercialisation, la publicité, la distribution et l'utilisation de l'équipement médical et des fournitures médicales. | |
| c. | L'ASN applique des mesures de contrôle des prix pour garantir la disponibilité et l'accès à l'équipement médical et aux fournitures médicales pour la population. | |
| 3.3 | Régulation et évaluation de la technologie de la santé | |
| a. | Il y a des normes pour l'évaluation des technologies de la santé. | |
| b. | Il existe des organismes publics ou privés consacrés à l'évaluation des technologies de la santé. | |
| c. | L'ASN utilise l'information produite dans les évaluations pour développer des recommandations efficaces concernant la technologie disponible ou concernant les fournisseurs et les usagers. | |
| 4. | RÉGULATION DE LA SANTÉ ET CONTRÔLE DES BIENS ET DES SERVICES | |
| 4.1 | Normes sur les biens de consommation | |
| a. | Il y a des normes sanitaires pour l'importation, la commercialisation, la distribution et l'utilisation des biens de consommation. | |
| b. | L'ASN fait appliquer la conformité à ces normes. | |
| c. | L'ASN dispose de mécanismes institutionnels et de ressources pour exercer efficacement cette fonction. | |



| | | |
|------------|---|--|
| 4.2 | Licences sanitaires pour les établissements publics | |
| a. | Il y a des normes sanitaires pour l'exploitation des établissements publics. | |
| b. | Les normes sanitaires pour l'exploitation des établissements publics sont complètes, pertinentes et à jour. | |
| c. | L'ASN fait appliquer le respect de ces normes. | |
| d. | L'ASN dispose de mécanismes institutionnels et de ressources pour exercer efficacement cette fonction. | |
| 5. | NORMES POUR LE CONTRÔLE SANITAIRE DE L'ENVIRONNEMENT | |
| a. | L'ASN montre un degré élevé d'implication dans la régulation de l'environnement. | |
| b. | Il y a des normes complètes, pertinentes et à jour pour la protection contre les risques environnementaux. | |
| c. | L'ASN fait appliquer la conformité aux régulations environnementales qui affectent la santé. | |
| d. | L'ASN montre un degré élevé de coordination et de collaboration avec les autorités environnementales pour réduire les facteurs de risque pour la santé. | |



| | | |
|------------|--|--|
| 6. | RÉGULATION ET CERTIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ | |
| 6.1 | Caractérisation des agents de santé dans le pays | |
| a. | L'ASN caractérise les agents de santé du pays, identifiant les lacunes à combler en termes de composition et de disponibilité conformément aux profils épidémiologique et démographique. | |
| b. | L'ASN montre un degré élevé de coordination avec les autres secteurs et niveaux impliqués. | |
| 6.2 | Établissement de normes et de critères pour l'accréditation et la certification des professionnels de la santé | |
| a. | L'ASN détermine les procédures de certification pour les professionnels de la santé. | |
| b. | L'ASN emploie des mécanismes efficaces pour garantir la qualité des ressources humaines pour la santé. | |
| 6.3 | Établissement de normes et de critères pour l'accréditation des institutions qui forment les professionnels de la santé | |
| a. | Les institutions qui forment les professionnels de la santé disposent de procédures d'accréditation qu'elles appliquent. | |
| b. | Les mécanismes utilisés pour garantir la qualité des programmes de formation pour les professionnels de la santé sont efficaces. | |



ORIENTATION DU FINANCEMENT

POUR GARANTIR, SUIVRE ET MODULER LA COMPLÉMENTARITÉ DES RESSOURCES DE DIVERSES SOURCES AFIN D'ASSURER UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES DE SANTÉ POUR LA POPULATION

| | |
|-----------|--|
| 1. | FORMULATION DE POLITIQUES QUI PERMETTENT D'ORIENTER ET DE CORRIGER LES DISTORSIONS DANS LE FINANCEMENT SECTORIEL ET D'ACCROÎTRE L'ÉQUITÉ |
| a. | L'ASN formule-t-elle et établit-elle des politiques destinées à favoriser l'équité à travers des mécanismes de redistribution financière ? |
| b. | Dans quelle mesure l'ASN réussit-elle à influencer l'allocation des ressources dans le secteur, avec pour but ultime l'accroissement de l'équité ? Ceci inclut des efforts pour assurer que le financement est progressif, suffisant et synergique. |
| c. | De quels mécanismes dispose l'ASN pour influencer le financement sectoriel afin de réaliser l'équité ? Analyser s'ils sont régulateurs, de gestion, de supervision, de retour d'information ou d'autres types de processus, et s'ils sont liés à des politiques spécifiques. |
| d. | L'ASN a-t-elle récemment atteint l'objectif d'orienter le financement du secteur à travers le développement de politiques ? |
| 2. | SUIVI DU PROCESSUS DE FINANCEMENT SECTORIEL |
| a. | L'ASN a-t-elle la capacité d'assurer le suivi étroit et systématique du processus de financement sectoriel et des dépenses des fonds affectés ? |
| b. | Quels mécanismes l'ASN utilise-t-elle pour assurer le suivi du financement sectoriel de la perspective de la qualité, l'efficacité et la transparence ? Par exemple, cartographie des fonds, comptes nationaux de la santé, études d'efficacité et de qualité. |
| c. | L'ASN apporte-t-elle un appui ou un retour d'information aux institutions sectorielles en ce qui concerne le savoir/l'expertise acquis dans le processus de suivi du financement sectoriel ? |



| | |
|------------|---|
| 3. | NÉGOCIATION AVEC LES PRINCIPAUX PRESTATAIRES |
| 3.1 | Négociation et coordination avec le Trésor |
| a. | Évaluer l'ASN en termes de sa capacité à négocier et coordonner les ressources financières avec le Trésor. |
| b. | Y a-t-il des circuits de communication ouverts et fluides ? Y a-t-il une volonté de dialogue entre l'ASN et le Trésor ? |
| c. | L'ASN est-elle formée et équipée pour exprimer efficacement ses besoins aux Trésor et aux autorités budgétaires nationales ? |
| d. | Quel est le potentiel effectif de l'ASN pour influencer l'origine et la macro-allocation des ressources financières pour le secteur de la santé ? |
| 3.2 | Coopération internationale |
| a. | Quel est le poids relatif de la coopération internationale dans le secteur de la santé, en termes de sa contribution financière réelle aux dépenses et aux investissements sectoriels ? |
| b. | Évaluer l'ASN en termes de sa capacité à négocier et coordonner les ressources financières avec les acteurs de la coopération internationale, prêteurs et donateurs. |
| c. | L'ASN est-elle formée et équipée pour articuler efficacement ses besoins auprès des acteurs de la coopération internationale ? |
| d. | L'ASN est-elle consciente et agit-elle pour assurer que les différentes sources alternatives de financement extérieur n'affectent pas la viabilité du système ? |
| e. | Quel est le potentiel effectif de l'ASN pour influencer l'allocation des ressources de la coopération internationale dans le secteur de la santé ? |



| | |
|------------|--|
| 4. | REDISTRIBUTION DES FONDS POUR COMPENSER LES ASYMÉTRIES DU MARCHÉ |
| 4.1 | Redistribution de fonds entre systèmes/régimes d'assurance |
| a. | Quels mécanismes financiers l'ASN peut-elle utiliser pour réaliser une redistribution efficace des fonds entre différents systèmes/régimes d'assurance afin de garantir un accès équitable ? <i>Par exemple, le transfert de subventions entre différents régimes (cotisés et subventionnés), ou la création de fonds de solidarité nationale ou de fonds de compensation de risque.</i> |
| b. | Évaluer la performance de l'ASN dans la redistribution des fonds entre systèmes/régimes d'assurance. |
| 4.2 | Redistribution de fonds entre niveaux régionaux |
| a. | Quels mécanismes financiers l'ASN peut-elle utiliser pour réaliser une redistribution efficace des fonds entre différents niveaux régionaux afin de garantir un accès équitable ? |
| b. | L'ANS a-t-elle développé des mécanismes de distribution des dépenses afin de compenser les inégalités qui peuvent être produites par les processus de décentralisation ? |
| c. | Évaluer la performance de l'ASN dans la redistribution de fonds entre niveaux régionaux afin de promouvoir l'équité. |
| 5. | DÉFINITION DE CRITÈRES POUR L'ALLOCATION DES RESSOURCES |
| a. | Quel est le rôle de l'ASN dans la définition de critères pour l'allocation des ressources ? (Ceci signifie le développement de critères pour sélectionner les interventions et les services qui devraient être garantis et priorisés, et ensuite l'allocation des ressources requises pour leur exécution en bonne et due forme.) |
| b. | Évaluer le rôle de l'ASN dans la définition et la promotion de l'usage de critères pour l'allocation de ressources à des installations de santé publique décentralisées ou déconcentrées, en fonction des besoins, de la performance et de l'impact. |
| c. | Quel a été le rôle de l'ASN dans l'achat de services de santé, de la perspective représentant les intérêts des populations les plus vulnérables ? |



GARANTIE D'ASSURANCE

GARANTIE D'ACCÈS À UN PORTEFEUILLE DE DROITS POUR TOUS LES HABITANTS, OU DES PLANS SPÉCIFIQUES POUR CERTAINS GROUPES DE POPULATION

| | |
|------------|--|
| 1. | DÉFINITION D'UN PORTEFEUILLE GARANTI DE DROITS |
| a. | L'ASN informe-t-elle tous les habitants ou certain(s) groupe(s) de population, selon les cas, des biens et services de santé auxquels ils ont droit dans le cadre d'un portefeuille garanti de droits ? |
| b. | L'information qui définit le champ des biens et des services de santé garantis est-elle publiquement disponible et accessible ? Est-il clairement stipulé que les biens et les services devraient faire état d'un niveau de qualité acceptable ? |
| c. | Lorsque le portefeuille garanti de droits est mis à jour ou modifié — par exemple, avec l'incorporation de nouveaux traitements du VIH/SIDA — l'ASN informe-t-elle la population et les parties prenantes sur ces changements dans leurs droits à certains bénéficiaires ? |
| 2. | IDENTIFICATIONS DE POPULATIONS ET DE TERRITOIRES QUI SERONT COUVERTS PAR LE PORTEFEUILLE GARANTI DE DROITS |
| 2.1 | Protection des droits des usagers |
| a. | Les droits des usagers concernant le portefeuille garanti de droits qui leur reviennent sont-ils complets et accessibles ? |
| b. | Y a-t-il un organisme formel chargé de la protection des droits des usagers ? Y a-t-il des mécanismes spécifiques établis pour relayer les plaintes et régler les doléances ? Ce processus est-il appuyé par une allocation budgétaire adéquate à cette fin ? |
| c. | L'ASN évalue-t-elle des enquêtes périodiques de satisfaction, menées directement ou indirectement, au titre des mécanismes pour évaluer les assureurs et les prestataires de services ? |



| | |
|------------|--|
| 2.2 | Dissémination des droits |
| | <p>Analyser le degré de dissémination de l'information sur les droits des usagers en ce qui concerne le portefeuille garanti de droits qui leur reviennent. L'information sur ces droits est-elle largement disponible et accessible dans les installations de santé que les usagers utilisent ? Est-elle disponible et accessible dans différentes zones géographiques, pour différents groupes de population, et dans un format qui est compréhensible et qui transmet effectivement le message ?</p> <p>a.</p> |
| | <p>b. L'ASN promeut-elle et dissémine-t-elle le concept selon lequel l'utilisateur qui est informé de ses droits est un agent d'application supplémentaire ?</p> |
| 3. | Régulation et contrôle de la conformité publique et privée aux plans d'assurance |
| 1.1 | Définition des normes de prestation des services |
| | <p>a. Existe-t-il des normes et sont-elles appliquées pour réguler la qualité des services fournis par l'ASN ?</p> |
| 3.2 | Suivi de la conformité publique et privée aux plans d'assurance |
| | <p>Le suivi de la conformité publique et privée aux plans d'assurance est une partie clé de la régulation du marché de l'assurance maladie. Ceci implique qu'une fois que les règles du jeu ont été définies, l'ASN devrait assurer la conformité aux plans de couverture par les entités publiques et les assureurs privés. Par exemple :</p> <p>a. Garantissent-ils des mécanismes de suivi de sorte qu'aucun bénéficiaire ne soit exclu des régimes d'assurance pour des questions de risque lié à l'âge ou des conditions préexistantes ?</p> <p>b. L'activité et la performance des assureurs d'assurance maladie est-elle régulée et appliquée (directement ou par l'intermédiaire de superintendances ou d'agences similaires ?).</p> <p>Décrire le rôle de l'ASN dans l'exécution de la fonction d'application, concrètement en ce qui concerne les activités suivantes :</p> <p>c. Formulation, dissémination et suivi de stratégies et de normes concernant les plans de services de santé, ainsi que les mécanismes de souscription à l'assurance et le contenu des polices d'assurance maladie.</p> <p>d. Achèvement d'études sur le marché de l'assurance maladie qui caractérisent les mécanismes de contrats, les systèmes de contrôle de qualité, les relations avec les prestataires de services de santé, la couverture et la distribution géographique.</p> |

**3.3 Suivi de la liquidité et de la solvabilité financière des assureurs**

- L'ASN suit-elle la solvabilité financière des assureurs dans le but de protéger les consommateurs de
- a. problèmes éventuels de solvabilité qui pourraient affecter la disponibilité et la qualité des services qu'ils reçoivent ?
 - b. L'ASN suit-elle l'appropriation illicite et la fraude ?
 - c. Quels mécanismes l'ASN utilise-t-elle pour s'acquitter des activités décrites sous a. et b., et quel type d'action prend-elle pour intervenir ? Qu'y a-t-il de plus courant, les sanctions ou les incitations ?
 - d. En général, l'ASN encourage-t-elle des transactions transparentes et efficaces ?



HARMONISATION DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

CAPACITÉ DE PROMOUVOIR LA COMPLÉMENTARITÉ DES DIVERS PRESTATAIRES ET GROUPES D'USAGERS AFIN D'ÉTENDRE LA COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ ÉQUITABLEMENT ET EFFICACEMENT

L'harmonisation de la prestation des services de santé est réalisée dans les systèmes de santé avec de multiples acteurs, tant publics que privés, dont les efforts doivent être orientés afin de réaliser des objectifs communs.

| | |
|------------|--|
| 1. | PLANIFICATION DES SERVICES AVEC DES CRITÈRES RÉGIONAUX OU FONCTIONNELS |
| a. | Évaluer le travail de l'ASN dans le processus d'harmonisation de plans d'action et de modèles de gestion pour les différentes agences de prestation des services de santé publique décentralisées ou déconcentrées dans le pays. |
| b. | Décrire le rôle de l'ASN dans l'évaluation des mécanismes de recours et de contre-recours et dans le développement de stratégies pour assurer l'accès aux recours et contre-recours. |
| c. | Décrire le rôle de l'ASN dans l'évaluation de la duplication des services, en mettant particulièrement l'accent sur la formulation de stratégies destinées à éviter la fragmentation des services et à promouvoir l'équité et l'accès. |
| 2. | DÉVELOPPEMENT DE MÉCANISMES RÉGULATEURS POUR LA PROTECTION DU PUBLIC ET POUR GARANTIR DES NORMES DE QUALITÉ MINIMUMS DANS LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ |
| 2.1 | Établissement de normes de soins de santé de base |
| a. | Évaluer la gestion et la fonction de régulation de l'ASN en termes de l'établissement de normes de soins de santé de base, ou de normes de prestation des services, aux niveaux extrahospitalier et intra-hospitalier. |
| b. | Ces normes de soins de santé de base servent-elles d'indicateurs et de guides pour le développement de programmes de qualité, d'accréditation, d'évaluation de la performance et d'autres ? |
| c. | Quels mécanismes l'ASN utilise-t-elle pour appliquer la conformité ? |



| | |
|------------|--|
| 2.2 | Développement de programmes de qualité |
| a. | L'ASN a-t-elle facilité le développement de programmes d'amélioration de la qualité pour les services de santé ? Quels mécanismes utilise l'ASN — licence, certification, accréditation — pour protéger le public et garantir les normes de qualité minimums ? |
| b. | Le développement d'indicateurs pour évaluer la qualité suit deux étapes : le développement d'indicateurs à usage interne sur l'auto-évaluation et la gouvernance, et le développement d'indicateurs pour évaluation externe, accréditation et contrôle. Lesquels de ces types d'indicateurs ont été développés ou sont en cours de développement ? |
| c. | Un programme d'amélioration de la qualité est-il reconnu formellement et légalement ? Comment est-il lié à l'ASN en termes de sa gestion, de son financement, de ses auspices et de son autonomie ? |
| d. | Pour que les instruments d'évaluation de la qualité des services de santé soient effectifs, ils devraient faire partie d'un cycle de normes, d'évaluation et de changement. Dans quelle mesure l'ASN est-elle engagée dans ce cycle, qui va au-delà du développement de normes et qui comprend l'évaluation périodique et la rétroinformation pour le changement ? |
| 2.3 | Accréditation des institutions de santé publiques et privées |
| a. | Considérant l'accréditation comme un outil d'évaluation externe, dans quelle mesure les critères et les procédures existent pour accréditer les institutions de santé ? |
| b. | Quel est le degré d'efficacité et d'application de ces normes ? Et le degré de mise à jour de ces normes ? |
| c. | Y a-t-il une entité pour l'accréditation et l'évaluation de ces normes ? Déterminer le degré d'autonomie avec laquelle elle agit. |



| | |
|------------|--|
| 2.4 | Mesure de la performance des services en ce qui concerne la conformité à des normes établies |
| a. | Qualifier l'existence d'instruments pour mesurer la performance des services de santé en ce qui concerne la conformité à des normes établies. |
| b. | L'ASN évalue-t-elle périodiquement la qualité des services de santé avec ces instruments ? |
| c. | Décrire les résultats obtenus dans la mesure et l'évaluation de la performance des services de santé. |
| 3. | PROMOTION DE COALITIONS ET FOURNITURE D'INCITATIONS À L'AUTO-RÉGULATION |
| a. | L'ASN promeut-elle le concept « d'autorégulation », entendu comme la promotion d'une conduite responsable par tous les acteurs du secteur ? |
| b. | Qualifier l'existence et la dissémination de mesures qui encouragent positivement la conduite responsable par les acteurs du secteur, à la fois en termes d'éthique et d'efficacité. |
| c. | Qualifier l'existence de partenariats de l'ASN avec des groupes de parties prenantes (groupes de professionnels de la santé, prestataires de services et consommateurs, entre autres) pour la promotion de l'autorégulation professionnelle, tel que : appui aux bonnes pratiques, certification des conditions d'affiliation, et partage des expériences. |
| 4. | MÉDIATION ENTRE PAYEURS, FOURNISSEURS ET USAGERS POUR GARANTIR LA PROTECTION DES USAGERS |
| a. | Quel rôle l'ASN remplit dans la médiation entre payeurs, fournisseurs et usagers, afin de protéger les droits des usagers ? Y a-t-il une entité formelle responsable de s'acquitter de ce rôle ? |
| b. | Y a-t-il des mécanismes spécifiques établis pour relayer les plaintes et régler les doléances ? |



| | |
|----|---|
| 5. | RÉGULATION DE L'INTÉGRATION TECHNOLOGIQUE POUR LA PLANIFICATION ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES |
| a. | Évaluer la capacité de l'ASN à émettre des régulations sur l'intégration technologique pour l'utilisation de la technologie dans la planification et l'allocation des ressources. |
| b. | L'ASN maintient-elle des régulations à jour pour l'intégration technologique en termes des évaluations des technologies de la santé et d'autres fournitures ? |
| 6. | CAPACITÉ INSTITUTIONNELLE POUR L'APPLICATION ET LE CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ |
| a. | De quelles capacités institutionnelles l'ASN dispose-t-elle pour gérer la responsabilité d'harmoniser la gestion des différentes agences de prestation publique des services décentralisées ou déconcentrées ? |
| b. | Qualifier la capacité de l'ASN à appliquer les normes pour la mesure de la performance des services de santé en termes de : <ul style="list-style-type: none">• Ressources humaines formées• Ressources humaines suffisantes• Ressources financières suffisantes• Fournitures et technologie appropriées• Suivi et évaluation périodiques |



Bibliographie

Banque mondiale, *World Development Report 2006* (Washington, D.C.: The World Bank, 2006).

Barillas, E. *Armonización de la provisión de servicios de salud* (draft document). Washington, DC: PAHO/WHO, 2001.

Bolis, M. "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional." Présentation faite à la réunion d'experts *Steering Role in Health Sector Reform Processes*, Washington, D.C., June 14-15, 2004.

Bolis, M. "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria." Document présenté à l'atelier de formation : *Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico*, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005).

Brito, P. "Rectoría Sectorial en Salud: Desafíos Actuales." Présentation faite à la réunion d'experts *Steering Role in Health Sector Reform Processes*, Washington, D.C., June 14-15, 2004.

Cañón Ortegón, Leonardo. *La práctica de rectoría de los ministerios de salud de los países del área andina*. OPS. Colombia. 1999.

Cañón, L. "El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a cargo de los Ministerios de Salud." *Series Organization and Management of Health Systems and Services*, No. 7. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.

Cañón, L. *La Práctica de Rectoría de los Ministerios de Salud de los Países del Área Andina*. Colombia: OPS/OMS, 1999.

Cercone, James. *Opciones de Política para la Integración de los Sistemas y Servicios de Salud Washington. D.C.:* OPS/OMS, à paraître.

Clark, M. "Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system." Document présenté à *Woodrow Wilson Center Workshops on Education and Health Reforms*. Washington, D.C., 2002.

Crocco, Pedro. "Estructura de las Dimensiones de Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios." Présentation faite à l'atelier de formation *Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico*, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005.

Ferreiro Yazigi, A. and L.A. Sierra. *Papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2000.

Fukuyama, F. *State-Building: Governance and World Order in the 21st Century*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.

García-Concheso, Tarina. "Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional." Présentation faite à l'atelier de formation *Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico*, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005.

Green, A. *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*. 3rd edition. Oxford, UK: Oxford University Press, 2007.



- Hurtado, M. "La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Papel de los Ministerios de Salud en el contexto de la Reforma. Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 8. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.
- Jaramillo Pérez, I. "Macrocondicionantes al ejercicio de la rectoría de salud. Hacia el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios de salud." *Series Organization and Management of Health Systems and Services*, No. 5. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.
- Jaramillo Pérez, Iván. *Macrotendencias en el Proceso de Reforma Sectorial de Salud en Latinoamérica: Hacia la Redefinición del Papel del Estado en la Prestación y Aseguramiento de los Servicios de Salud*. Managua, Nicaragua: Fundación Friedrich Ebert, 2000.
- Levcovitz, Eduardo. "Estructura de la Dimensión de Conducción como uno de los Ejes Fundamentales de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria." *Présentation faite à l'atelier de formation: Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico*, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005.
- Levcovitz, E. "Estructura, Organización y Políticas del Sector." In Chapter 3 of *Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud*. Washington, D.C.: Area of Health Systems Strengthening, Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), à paraître.
- Levcovitz E. "Riesgos y consecuencias de la segmentación/fragmentación de los sistemas de salud." *Presentation in the forum on Health Systems Development and Social Security*, San José, Costa Rica, August 2005.
- Londoño, JL, Frenk, J. "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America." *Health Policy* 41, no. 1, Jul, 1997: 1-36.
- Lopez-Acuña, Daniel. *The Nature of Health Reform in the Americas and its Significance for PAHO's Technical Cooperation*. Document de référence pour la retraite annuelle des managers de l'OPS, Washington, D.C., 23-24 octobre 2000.
- López-Acuña, D. "Marco Conceptual de la Función Rectora de los Sistemas de Salud." *Présentation faite à la réunion d'experts Performance Evaluation of the Steering Role*, Washington, D.C., OPS/OMS, 2004.
- Marín, J. "Fortalecimiento de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias en las reformas del sector salud." *Revista Panamericana de Salud Pública* 8 (1/2), 2000.
- Marín, J. *Desarrollo institucional de la capacidad de rectoría sectorial en salud*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Medici, André C. *Financing Health Policies in Brazil: Achievements, Challenges and Proposals*. Washington, D.C.: IADB, 2002.
- Ministry of Health of Costa Rica (MINSA). *Health Sector Analysis of Costa Rica*. San Jose, Costa Rica: Ministry of Health, 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=142.
- Muñoz, F. et al. "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud." *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8 (1/2), 2000.
- Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS). "Análisis de la Evolución de los Modelos de Gestión de los Servicios de Salud en Centroamérica." *Series Organization and Management of Health Systems and Services*, No. 11. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.
- OPS/OMS. *Analysis of Health Sector Reforms in the Andean Sub-Region*. Special Edition 11. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.
- OPS/OMS. *Analysis of Health Sector Reforms in the English Speaking Caribbean Sub-Region*. Washington, D.C.:



- OPS/OMS Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.
- OPS/OMS. *Analysis of Health Sector Reforms in the Sub-Region of Central America and the Dominican Republic*. 2nd ed. Washington, D.C., OPS/OMS, 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.
- OPS/OMS. "Consideraciones sobre la Rectoría de los Ministerios de Salud en Centroamérica y República Dominicana". *Series Organization and Management of Health Systems and Services*, No. 4. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.
- OPS/OMS. *Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud: una propuesta operacional*, Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 6. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services; 1998.
- OPS/OMS. *Desarrollo Nacional de Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud y sus Implicaciones para la Cooperación Enfocada a los Países*. Washington D.C., OPS/OMS, 2004.
- OPS/OMS. "El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a cargo de los Ministerios de Salud". *Series Organization and Management of Health Systems and Services*. Washington, D.C.: OPS/OMS, Health Policies and Systems Development Division, 1998.
- OPS/OMS. "Essential Public Health Functions." *XLII Meeting of the PAHO Directing Council*. Resolution CD42. R14, Washington, DC, September 25-29, 2000.
- OPS/OMS. *Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: OPS/OMS Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2004.
- OPS/OMS. *Guía para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional*. Washington, D.C.: OPS/OMS Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2005.
- OPS/OMS. *Instrument for the Performance Evaluation and Strengthening of the Steering Role Function of the National Health Authority*. Washington, D.C.: OPS/OMS Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), forthcoming.
- OPS/OMS. "La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Papel de los Ministerios de Salud en el Contexto de la reforma." *Series Organization and Management of Health Systems and Services*, No. 8. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.
- OPS/OMS. *Legislation on Antibiotics in Latin America*. Washington D.C.: OPS/OMS, 2004.
- OPS/OMS. "Macro Condicionantes Externos al Ejercicio de la rectoría Sectorial de Salud: Hacia el fortalecimiento de la Rectoría de los Ministerios de Salud". *Series Organization and Management of Health Systems and Services*, No. 5. Washington, D.C.: OPS/OMS, Division des systèmes de santé et de développement des services, 1998.
- OPS/OMS. *Marco Ordenador para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional*. Washington, D.C.: OPS/OMS Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2005.
- OPS/OMS. *Organizing Matrix for the Mapping of the Health Authority*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2005.
- OPS/OMS. *Proyecto de Fortalecimiento de la capacidad gerencial de los titulares estatales de salud y mandos medios*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1998.
- OPS/OMS. "Rapport final." Réunion d'experts: *Développement de la capacité institutionnelle des ANS de s'acquitter du rôle de fonction directrice*, Washington D.C., 18-20 juin 2001.
- OPS/OMS. "Rapport final." Réunion d'experts: *Le rôle de fonction directrice du secteur de la santé dans les processus de réforme*, Washington DC 14-15 juin 2004.



- OPS/OMS. "Rapport final." *Sub-regional Meeting on Sectoral Steering Role and the Leadership of the Ministry of Health*. Guatemala, April 23-24, 1998.
- OPS/OMS. *Résolution CD42.R14*. XLII réunion du Conseil directeur de l'OPS. Washington, D.C., 25-29 septembre 2000.
- OPS/OMS. *Résolution CD40.R12: The steering role of the Ministries of Health in sectoral reform processes*. XL Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Washington, D.C.: OPS/OMS, septembre 1997.
- OPS/OMS. *Résolution CSP26/12: Extension de la protection sociale en santé: Initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du travail*. 26e Conférence sanitaire panaméricaine, 54e session du Comité régional. Washington, D.C.: OPS/OMS, septembre 2002.
- OPS/OMS. *Reunión Especial sobre reforma del sector salud*. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington DC: OPS/OMS, 1996.
- OPS/OMS. *Réunion Sector Salud en Procesos de Reforma*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 14-15 juin 2004.
- OPS/OMS. *Santé publique dans les Amériques*. Washington D.C.: OPS/OMS, 2002.
- OPS/OMS. "Steering Role of Ministers of Health in the process of Health Sector Reform." *Réunion annuelle des managers de l'OPS*. Washington DC., 23-27 octobre 2000).
- OPS/OMS. "The Steering Role in Health and Institutional Strengthening of the National and Subnational Health Authorities." Chapitre dans *Santé publique dans les Amériques*. Washington DC: OPS/OMS, 2002: 7-14.
- OPS/OMS. "The steering role of the Ministries of Health in sectoral reform processes". XL Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization, XLIX Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization, Washington D.C., September 1997.
- Travis, P, D. Egger D, P. Davies and A. Mechbal. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Geneva, Switzerland: WHO, 2002. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 – Pour un système de santé plus performant* (Genève, Suisse : OMS, 2000).
- OMS. *Report on the WHO experts meeting on the stewardship function of health systems*. Geneva, Switzerland, September 10-11, 2001.
- Oswaldo Cruz Foundation. *Report of the workshop on health systems performance: The World Health Report 2000*. Rio de Janeiro, RJ, 14-15 December, 2000.
- Oyarzo, C. and M. Vergara. *Desarrollo de la capacidad de rectoría de la Autoridad Sanitaria en materia de fi nanciamiento sectorial*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2000.
- PAHO Today. PAHO Boosts Health Steering Role. Washington DC: OPS/OMS, 2004.
- Rosés, Mirta. "Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century." Allocution thématique à l'Atelier Rôle de fonction directrice des Ministères de la Santé: Gouvernance hospitalière, pour les Ministres de la Santé et Secrétaires permanents de l'Organisation des États des Caraïbes orientales, Bridgetown, Barbade, 5-6 novembre 2003.
- Rivas-Loría, P. "Performance Evaluation of the Steering Role Function of the National Health Authority." Présentation faite à l'atelier de formation *Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico*, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005.
- Rivas-Loria, P. and Kelly Saldaña. *Health Sector Reform Trends in the Region of the Americas*. (forthcoming). Washington, D.C.: OPS/OMS, 2005.



Rullán, J. "La Rectoría en Acción." Présentation faite à l'atelier de formation *Évaluation de la performance et renforcement du rôle de fonction directrice de l'Autorité nationale de la santé pour la Sous-région d'Amérique centrale, la République dominicaine et Puerto Rico*, San Salvador, El Salvador, 2-4 mars 2005.

Rullán, J. "La Función Rectora: Perspectivas de Tres Países Hipotéticos." Pilot Application in workshop on *Performance Evaluation and Strengthening of the National Health Authority Steering Role Function*, Santo Domingo, Dominican Republic, April 12-14, 2005.

Saltman, RB and O. Ferroussier-Davis. "The concept of stewardship in health policy." *Bulletin of the World Health Organization*, No. 78 (2000):732-739.

