Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

Cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

Indicateur 3.8.2 : Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé

Information institutionnelle

Organisation :

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Concepts et définitions

Définition :

Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé.

Deux seuils sont utilisés pour définir les dépenses importantes des ménages en matière de santé : supérieures à 10 % et supérieures à 25 % des dépenses ou des revenus totaux du ménage.

Concepts :

L'indicateur 3.8.2 est défini comme étant la “proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus aux services de soins de santé”. En fait, il s'agit de vérifier si le ratio dépenses de santé des ménages (numérateur) sur dépenses totales de consommation des ménages ou, lorsqu'elles ne sont pas disponibles, le revenu total des ménages (dénominateur) dépasse un certain seuil.

Numérateur

Les dépenses de santé des ménages sont définies comme toute dépense engagée au moment de l'utilisation d'un service pour obtenir tout type de soins (promotionnels, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs ou de longue durée), y compris tous les médicaments, vaccins et autres préparations pharmaceutiques ainsi que tous les produits de santé, *de tout type de prestataire et pour tous les membres du ménage*. Ces dépenses de santé se caractérisent par des paiements directs qui sont financés par les revenus (y compris les envois de fonds), l'épargne ou les prêts d'un ménage **mais pour lesquels le ménage n'est pas remboursé par une tierce partie.** Ainsi, elles ne donnent accès qu'aux services et aux produits de santé que les individus peuvent payer, sans aucune solidarité entre les bien-portants et les malades au-delà du ménage[1] et uniquement sur la base de la volonté et de la capacité de payer du ménage. Les paiements directs de soins de santé sont appelés paiements directs pour soins médicaux (PDSM) dans la classification des systèmes de financement des soins de santé (HF) de la Classification internationale pour les comptes nationaux de la santé (ICHA). Les PDSM constituent la source de financement la plus inéquitable d'un système de santé.

Les composantes des dépenses de soins de santé d'un ménage ainsi définies doivent être cohérentes avec la section 06 portant sur la santé de la Classification des fonctions de consommation des ménages des ménages (COICOP) qui inclut les dépenses en médicaments et produits médicaux (06.1), les services de soins ambulatoires (06.2) et les services de soins hospitaliers (06.3) et qui est actuellement en processus de révision afin d'inclure davantage de catégories[2].

Les informations complémentaires sur les définitions et les classifications (par exemple par prestataire, par caractéristiques des bénéficiaires) des dépenses de santé doivent être cohérentes avec la ICHA et sa famille de classifications. La ICHA est le résultat d'une collaboration entre l'OCDE, Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé.

Dénominateur

Les dépenses de consommation et les revenus des ménages sont deux mesures de bien-être économique. La consommation des ménages est liée au revenu, une mesure de ressources économiques à long terme déterminant le niveau de vie d'un ménage. La consommation est généralement définie comme la somme des valeurs monétaires de tous les articles (biens et services) consommés par un ménage au cours d'une période de référence. Elle comprend les valeurs imputées des biens et services qui ne sont pas achetés mais acquis autrement pour être consommés. Les informations sur la consommation des ménages sont généralement collectées dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages qui peuvent utiliser différentes approches pour mesurer la ‘consommation’ selon que les articles soient des biens durables ou non durables et/ou soient directement produits par les ménages.

La mesure la plus pertinente du revenu est le revenu disponible, car il est similaire au revenu maximum dont dispose un ménage pour ses dépenses de consommation pendant la période de référence. Le revenu disponible est défini comme le revenu total moins les impôts directs (nets de remboursements), les frais obligatoires et les amendes. Le revenu total est généralement composé des revenus d'emploi et de propriété, de la production de services par le ménage pour sa propre consommation et des transferts reçus en espèces, en biens et en services[3].

Contrairement à la consommation, le revenu est plus difficile à mesurer avec précision en raison de sa plus grande variabilité dans le temps. Il est donc recommandé de privilégier l'utilisation des dépenses des ménages pour le calcul de cet indicateur (voir la section “Commentaires et limites” pour en savoir plus sur la sensibilité de cet indicateur au choix du dénominateur). Les statistiques relatives à l'indicateur 3.8.2 actuellement produites par l'OMS et la Banque mondiale reposent essentiellement sur les dépenses de consommation (voir la section Sources de données).

Seuils

Il est recommandé d'utiliser deux seuils pour identifier les dépenses importantes des ménages en matière de santé : **un seuil inférieur de 10 % (3.8.2_10) et un seuil supérieur de 25 % (3.8.2_25)**. Ces deux seuils permettent de bien mesurer les difficultés financières. (voir la section Commentaires et limites).

1

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en ↑;

2

Le point 3(l) de l'ordre du jour est disponible à :https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/ ; http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&;Lg=1&;Co=06.1 ↑;

3

http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf ↑;

Justification :

La cible 3.8 est définie comme suit : “Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable”. L'objectif est que toutes les personnes et les communautés reçoivent les services de santé de qualité dont elles ont besoin (y compris les médicaments et autres produits de santé), sans difficultés financières. Deux indicateurs ont été choisis pour suivre la cible 3.8 dans le cadre des ODD. L'indicateur 3.8.1 s'intéresse à la couverture des services de santé et utilise un indice combinant 16 indicateurs de couverture des services de santé liés à la santé reproductive, maternelle et infantile, aux maladies infectieuses, aux maladies non transmissibles, et à la capacité et l'accès aux services en une seule mesure sommaire. L'indicateur 3.8.2 s'intéresse quant à lui aux dépenses de santé par rapport aux budgets des ménages pour identifier les difficultés financières causées par les paiements directs de soins de santé. Pris ensembles, les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 visent à saisir les dimensions de la couverture des services et de la protection financière de la cible 3.8. Ces deux indicateurs devraient toujours être suivis conjointement.

L'indicateur 3.8.2 est issu de méthodologies remontant aux années 1990, élaborées en collaboration avec des chercheurs de la Banque mondiale et de l'OMS. Il vise à identifier les personnes qui doivent consacrer une part importante des dépenses ou revenus totaux de leur ménage aux soins de santé. L'accent est mis sur les paiements effectués directement par les ménages pour obtenir tout type de traitement, auprès de tout type de prestataire, pour tout type de maladie ou de problème de santé, déduction faite des remboursements, mais à l'exclusion des prépaiements pour les services de santé tels que les paiements sous la forme d'impôts ou de primes ou de cotisations d'assurance spécifiques. Les paiements directs effectués par les ménages sont le moyen le moins équitable de financer les systèmes de santé, car ils ont un impact direct sur l'étendue des soins reçus.

Le tout va clairement à l'encontre de l'esprit de la cible, qui vise à aligner l'accès aux services en fonction des besoins et non de la capacité d'un ménage à rassembler toutes les ressources financières pour répondre aux besoins de santé de ses membres. Les paiements directs sont parfois nécessaires, mais l'indicateur 3.8.2 est sous-tendu par la conviction que personne, quel que soit son niveau de revenu, ne devrait avoir à choisir entre les dépenses de santé et les dépenses consacrées à d'autres biens et services de base tels que les frais de scolarité, les produits alimentaires de première nécessité, le logement et les services publics. Une façon d'évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé entraînent des difficultés financières est de calculer la proportion des ménages ayant d'importantes dépenses de santé par rapport à leur consommation totale ou leur revenu total. Pour des informations détaillées sur la définition choisie pour suivre la dimension protection financière de la couverture-santé universelle dans le cadre du suivi des ODD (indicateur 3.8.2), il est possible de consulter Wagstaff et al. (2018) et le chapitre 2 du rapport de l'OMS et de la Banque mondiale “Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle”.

Commentaires et limites :

Il est possible de suivre l'indicateur 3.8.2 de manière régulière en utilisant les mêmes données d'enquête auprès des ménages que celles utilisées pour suivre les cibles 1.1 et 1.2, liées à la pauvreté[4]. Ces enquêtes sont généralement menées par les bureaux nationaux de statistique (BNS) et ce à d'autres fins, telles que le calcul des pondérations de l'indice des prix à la consommation. Ainsi, le suivi de la proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont importantes par rapport à la consommation totale ou au revenu total de leur ménage n'ajoute pas de fardeau supplémentaire en matière de collecte de données, à condition que la composante "dépenses de santé" puisse être identifiée. Bien que cela constitue un avantage, l'indicateur 3.8.2 souffre des mêmes problèmes d'actualité, de fréquence, de qualité des données et de comparabilité que l'indicateur 1.1.1. Toutefois, l'indicateur 3.8.2 a également ses propres limites conceptuelles et empiriques.

Premièrement, l'indicateur 3.8.2 tente d'identifier les difficultés financières auxquelles les individus sont confrontés lorsqu'ils utilisent leurs revenus, leurs économies ou contractent des prêts pour payer leurs soins de santé. Cependant, la plupart des enquêtes auprès des ménages ne parviennent pas à identifier la source de financement utilisée par les ménages. Dans les pays où il n'existe pas de remboursement rétroactif des dépenses de santé des ménages, cela ne pose pas de problème. Si un ménage déclare une dépense de santé, c'est parce qu'elle ne sera pas remboursée par une tierce partie. Le tout est donc conforme à la définition utilisée pour les paiements directs de soins de santé (le numérateur).

Pour les pays où il existe un remboursement rétroactif, par exemple via un régime d'assurance maladie contributif, le montant déclaré par un ménage pour les dépenses de santé peut être totalement ou partiellement remboursé à un moment ultérieur, parfois hors de la période de référence de l'enquête.

Du travail supplémentaire sera nécessaire afin d'assurer que les instruments d'enquête recueillent des informations sur les sources de financement utilisées par le ménage pour payer les soins de santé, ou que les instruments d'enquête auprès des ménages précisent toujours que les dépenses de santé doivent être nettes de tout remboursement.

Deuxièmement, selon la définition actuelle de l'indicateur 3.8.2, les dépenses de santé importantes peuvent être identifiées en fonction du revenu ou des dépenses totales des ménages. Il est généralement recommandé d'utiliser les dépenses pour mesurer les ressources des ménages (voir la section Concepts). Des travaux empiriques récents ont toutefois démontré que si les statistiques nationales pour l'indicateur 3.8.2 sont assez robustes lorsqu'on utilise les dépenses, on observe une certaine volatilité si l'on regarde le tout par groupe de revenu. Les mesures basées sur le revenu montrent une plus grande concentration de la proportion de la population ayant d'importantes dépenses de santé parmi les ménages plus pauvres que les mesures basées sur les dépenses (voir le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et de la Banque mondiale ainsi que Wagstaff et al 2018).

Troisièmement, l'indicateur 3.8.2 s'appuie sur des seuils pour identifier ce qui constitue ‘les dépenses de santé importantes en tant que part des dépenses ou revenus totaux des ménages’. Les personnes se situant juste en dessous de ces seuils ne sont pas prises en compte, ce qui est toujours le problème avec les mesures basées sur des seuils. On peut éviter simplement ce problème en calculant la distribution cumulative du ratio des dépenses de santé en fonction des dépenses totales ou du revenu total du ménage. Ainsi, il serait même possible d'identifier pour n'importe quel seuil la proportion de la population consacrant une part quelconque du budget de son ménage à la santé.

Quatrièmement, l'indicateur 3.8.2 est basé sur des mesures des dépenses de santé ex-post. De faibles niveaux de dépenses pourraient être attribuables à des erreurs de mesure dues à l'échantillonnage, telles qu'une période de référence trop courte qui ne permettrait pas la collecte d'informations sur les

soins de santé nécessitant une nuitée, ou à des erreurs d'échantillonnage telles qu'un suréchantillonnage de régions où la morbidité est particulièrement faible. L'absence de dépenses pourrait également être due au fait que les gens ne peuvent rien dépenser pour la santé, ce qui, au moins pour les services qui sont inclus à l'indicateur 3.8.1, devrait se traduire par de faibles niveaux de couverture.

Il existe d'autres indicateurs utilisés pour mesurer les difficultés financières. Par exemple, l'OMS utilise un cadre qui comprend, en plus de l'indicateur 3.8.2, une définition des grandes dépenses de santé par rapport aux dépenses de non-subsistance[5] [6] [7].

4

http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf ↑

5

Chapitre 2 de “Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle”, Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale; 2017; ↑

6

Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., et Evans, T. (2007), “Protecting Households From Catastrophic Health Spending,” *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., et Murray, C. (2003), “Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis,” *The Lancet*, 326, 111–117. ↑

7

http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection

http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1

http://apps.searo.who.int/uhc

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en

↑

Méthodologie

Méthode de calcul :

Nombre moyen pondéré de personnes dont les dépenses de santé de leur ménage sont importantes par rapport leurs dépenses ou revenus totaux

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1\left(\frac{health\ expenditure\ of\ the\ household\ i}{total\ expenditure\ of\ the\ household\ i} > \tau\right)}{\sum_i m_i\ \omega_i}$$

où *i* indique un ménage, *1( )* est la fonction d'indicateur qui prend la valeur de 1 si l'expression entre crochets est vraie, et de 0 sinon, m_i correspond au nombre de membres dans le ménage i_i, w_i correspond au poids d'échantillonnage du ménage *i*, et τ est un seuil identifiant les dépenses importantes des ménages en matière de santé en tant que part de la consommation ou du revenu total (par ex. 10 % et 25 %).

Les dépenses de santé et totales et les revenus totaux des ménages sont définis à la section Concepts. Pour plus d'informations sur la méthodologie, il est possible de consulter Wagstaff et al (2018) et le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et de la Banque mondiale.

Traitement des valeurs manquantes :

Au niveau des pays, aucune estimation n'est imputée. L'indicateur est estimé pour toutes les années pour lesquelles une enquête représentative au niveau national (par ex. enquête sur le budget des ménages, les revenus et dépenses des ménages, les conditions socio-économiques ou les niveaux de vie) est disponible et inclut de l'information sur les dépenses de santé. Lorsqu'il y a plusieurs enquêtes disponibles pour un même pays, une préférence est accordée aux enquêtes pouvant fournir des estimés sur plusieurs années. Une série de tests est effectuée pour sélectionner les meilleures séries de données (voir la section Processus de collecte).

Aggrégats régionaux :

Lorsque les données d'enquête ne sont pas disponibles pour les années de référence 2000, 2005 et 2010, les données relatives aux années intermédiaires sont “ajustées” en utilisant une combinaison d'interpolation, d'extrapolation, de modélisation économétrique et d'imputation basée sur les médianes régionales (Wagstaff et al.,2018 ; chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et de la Banque mondiale).

La Banque mondiale et l'OMS utilisent leurs propres groupements régionaux, en plus de la ventilation régionale proposée pour les ODD par la Division de la statistique des Nations unies.

Sources des divergences :

Les estimations au niveau des pays sont toutes basées sur des enquêtes représentatives au niveau national incluant des informations à la fois sur les dépenses ou les revenus totaux des ménages et sur les dépenses de santé des ménages (voir section Sources de données). Dans la plupart des cas, ces données proviennent d'enquêtes non standard auprès des ménages et des processus de normalisation ex-post peuvent être utilisés pour accroître le degré de comparabilité entre les pays. Par exemple, les équipes régionales de la Banque mondiale produisent des versions standardisées d'ensembles de

données brutes en suivant des procédures régionales communes : les bases de données harmonisées de l'ECAPOV sont basées sur les bases de données de l'étude de mesure des niveaux de vie[8] ou les enquêtes sur le budget des ménages (EBM) recueillies dans la région Europe et Asie centrale de la Banque mondiale ; la collection SHIP résulte d'un programme de lutte contre la pauvreté incluant des enquêtes harmonisées auprès des ménages dans la région Afrique de la Banque mondiale, tandis que la collection SHES a été développée par la Banque mondiale pour le programme de comparaison internationale[9]. Les données de l'Étude sur le revenu du Luxembourg (LIS) sont le résultat d'un effort d'harmonisation des données de nombreux pays à revenus moyens et élevés[10].

La disponibilité des données brutes et standardisées permettant de produire des estimés nationaux varie d'un pays à l'autre. Lorsque plusieurs versions des données d'une même enquête sont disponibles, celle répondant le mieux à une séries de tests d'assurance qualité est retenue (voir la section Processus de collecte). Lorsque les données provenant d'un instrument d'enquête conçu au niveau national sont sélectionnées, il existe généralement des différences entre les données brutes et les données harmonisées, ce qui peut entraîner des différences dans l'estimation de cet indicateur.

8

http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html ↑

9

Une documentation détaillée décrivant le processus d'harmonisation est disponible à partir des documents PDF connexes. ↑

10

http://www.lisdatacenter.org/ ↑

Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national :

Assurance de la qualité :

Sources de données

Description :

Les sources de données recommandées pour le suivi de cet indicateur sont les enquêtes auprès des ménages comportant de l'information à la fois sur les dépenses de santé et les dépenses totales de consommation, et qui sont menées régulièrement par les BNS. Les enquêtes sur les budgets des ménages et les enquêtes sur les revenus et les dépenses des ménages recueillent généralement ces informations car elles sont principalement menées pour fournir de l'information pour le calcul des indices des prix à la consommation ou la compilation des comptes nationaux. Les enquêtes socio-économiques et celles sur le niveau de vie constituent une autre source potentielle d'information pour cet indicateur. Toutefois, certaines de ces enquêtes peuvent ne pas recueillir d'informations sur les dépenses totales de consommation des ménages – par exemple, lorsqu'un pays mesure la pauvreté en utilisant le revenu comme mesure du bien-être[11]. Le critère le plus important pour le choix d'une source de données pour mesurer l'indicateur 3.8.2 est la disponibilité des dépenses de consommation des ménages en matière de santé et totales.

Lorsque des enquêtes socio-économiques ou sur le niveau de vie sont utilisées pour mesurer l'indicateur 3.8.2, toutes les difficultés de comparabilité entre pays identifiées pour l'indicateur 1.1.1 s'appliquent également. Considérant l'accent mis sur les dépenses de santé des ménages, il est nécessaire d'améliorer les instruments d'enquête actuels afin d'assurer la comparabilité entre les pays et ce pour tous les types d'enquête auprès des ménages. L'OMS collabore avec différentes agences des Nations unies et d'autres parties prenantes importantes pour y parvenir[12].

11

http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf ↑

12

Un exemple est l'engagement de l'OMS dans la révision en cours de la COICOP par la Division de statistique de l'ONU. https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp . Un autre exemple est un projet de la Fondation Bill-et-Melinda-Gates (FBMG) que l'OMS soutient pour améliorer la mesure des dépenses de santé des ménages. http://www.indepth-network.org/projects/ihope ↑

Processus de collecte :

L'OMS obtient les données des enquêtes auprès des ménages des BNS, où le dénominateur et le numérateur du ratio sont calculés selon leurs propres procédures, soit directement par eux, soit par des consultants de l'OMS. L'OMS travaille par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux ou nationaux pour obtenir l'accès aux données. Aucun ajustement systématique n'est effectué.

La Banque mondiale reçoit généralement les données directement des BNS. Dans certains cas, elle utilise des données reçues indirectement. Par exemple, elle reçoit des données d'Eurostat et de l'Étude sur le revenu du Luxembourg (LIS), qui lui fournissent les données qu'ils ont reçues / harmonisées. L'Universidad Nacional de La Plata, l'Argentine et la Banque mondiale gèrent conjointement la base de données SEDLAC (Socio-Economic Database for Latin American and Caribbean), qui comprend des statistiques harmonisées sur la pauvreté et d'autres variables distributionnelles et sociales de 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, basées sur des microdonnées provenant d'enquêtes auprès des ménages menées par les BNS. Les données sont obtenues dans le cadre de programmes spécifiques à chaque pays, notamment des programmes d'assistance technique et des activités conjointes d'analyse et de renforcement des capacités. La Banque mondiale entretient des relations avec les BNS sur des programmes de travail impliquant des systèmes statistiques et d'analyse de données. La Banque mondiale travaille généralement avec les BNS sur la mesure et l'analyse de la pauvreté dans le cadre des activités d'assistance technique.

L'OMS et la Banque mondiale calculent l'indicateur 3.8.2 en suivant la même approche (voir la section Méthodologie). Les deux institutions combinent les estimations au niveau méso. L'éligibilité des estimations incluses dans la base de données mondiale commune pour la production d'estimations régionales et mondiales est basée sur les contrôles de qualité suivants :

Pour le dénominateur

- Comparer le logarithme de la consommation totale par habitant de la source de référence avec le logarithme de la consommation totale par habitant estimée à partir de l'enquête. Les deux sont exprimés sur une base mensuelle en dollars internationaux (PPA) de 2011. La source de référence est tirée de Povcalnet[13] si disponible, ou sinon des Indicateurs du développement dans le monde (WDI)[14], et calculée comme les dépenses de consommation finale des ménages en PPA constants de 2011 divisés par la population totale. Lorsque la différence entre le logarithme de la consommation totale par habitant de la source de référence et celui de la valeur estimée à partir de l'enquête est supérieure à 10 % lorsque la comparaison est faite avec PovcalNet ou supérieure à 15 % lorsque la comparaison est faite avec les WDI, les données de l'enquête sont identifiées comme des valeurs aberrantes.
- Comparer le nombre de personnes vivant dans la pauvreté, estimé selon l'enquête en utilisant le seuil de pauvreté de 1,90 $ par jour en PPA de 2011, avec l'incidence de la pauvreté rapportée dans PovcalNet au même seuil de pauvreté (valeur de référence). Lorsque la différence absolue entre la valeur de référence et l'estimation de l'enquête dépasse 10 points de pourcentage, les données de l'enquête sont identifiées comme des valeurs aberrantes pour l'estimation de l'extrême pauvreté et signalées pour une éventuelle exclusion.
- Comparer le nombre de personnes vivant dans la pauvreté, estimé selon l'enquête en utilisant le seuil de pauvreté de 3,10 $ par jour en PPA de 2011, avec l'incidence de la pauvreté rapportée dans PovcalNet au même seuil de pauvreté (valeur de référence). Lorsque la différence absolue entre la valeur de référence et l'estimation de l'enquête dépasse 10 points de pourcentage, les données de l'enquête sont identifiées comme des valeurs aberrantes pour l'estimation de la pauvreté à 3,10 $ par jour et signalées pour une éventuelle exclusion.

Pour le numérateur

- Comparer le ratio moyen des dépenses de santé de l'enquête à une part budgétaire moyenne de référence construite comme le ratio de la mesure agrégée des dépenses personnelles des ménages en monnaie locale courante et des dépenses de consommation finale agrégées des ménages en monnaie locale courante. Lorsque la différence absolue dépasse 5 points de pourcentage, les données de l'enquête sont identifiées comme des valeurs aberrantes pour l'estimation de part du budget des ménages consacrée à la santé et signalées pour une éventuelle exclusion. Le macro-indicateur des dépenses des ménages est disponible sur la Base de données des dépenses de santé globale (GHED)[15] et sur la Base de données des indicateurs du développement dans le monde (WDI)[16]. Les informations sur les dépenses de consommation finale des ménages sont également extraites de la base de données WDI (code de la série : NE.CON.PRVT.CN).

Ces points de référence sont également utilisés pour décider entre deux estimations pour les pays et les années pour lesquelles les deux institutions ont la même source de données. Pour plus d'informations, il est possible de consulter le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et de la Banque mondiale ainsi que le rapport 2018 de Wagstaff et al.

À la fin du processus d'assurance qualité, l'OMS et la Banque mondiale rassemblent des estimations uniques pour cet indicateur, et ce pour chaque pays. L'OMS entreprend ensuite un processus de consultation des pays, en vertu de la résolution du Conseil exécutif de l'OMS (EB107.R8), avant de publier des estimations au niveau des pays au nom des États membres. Pour tous les indicateurs, ce processus commence par l'envoi aux ministères de la santé d'une demande officielle de l'OMS afin de désigner un point focal. Une fois que les États membres ont désigné les points focaux, l'OMS leur envoie des estimations provisoires et des descriptions méthodologiques. Le code STATA est également disponible pour reproduire les estimations. Les points focaux envoient ensuite à l'OMS leurs commentaires, qui comprennent souvent de nouvelles données ou des estimations nationales révisées qui sont utilisées pour mettre à jour les estimations nationales. Lors de la consultation des pays de 2017, 137 États membres de l'OMS ont désigné des points focaux, 100 d'entre eux ont reçu des estimations provisoires et des informations sur la méthodologie ; 37 n'ont reçu que des informations sur la méthodologie car aucune estimation provisoire n'a été produite. Des estimations sont disponibles pour 32 des 57 États membres de l'OMS sans point focal désigné.

Outre cette consultation, l'OMS et la Banque mondiale organisent régulièrement des formations sur la mesure de l'absence de protection financière, auxquelles participent des représentants des ministères de la santé et des BNS. L'OMS a plusieurs collaborations régionales et nationales en cours pour soutenir la production de l'indicateur 3.8.2, car il a été récemment adopté. Il n'est toutefois pas encore produit de manière systématique par les BNS malgré la disponibilité des données et la simplicité de la méthodologie. Les résultats de ces collaborations ne sont pas encore inclus dans la base de données créée par l'OMS et la Banque mondiale, mais les estimations produites seront soumises au même processus d'assurance qualité décrit ci-dessus.

13

http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx ↑

14

https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators ↑

15

http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/ ↑

16

https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators ↑

Disponibilité des données

Cet indicateur repose principalement sur les mêmes sources de données que celles utilisées pour le suivi de l'indicateur 1.1.1, à l'exception que les données sur les dépenses de santé sont également nécessaires. La Banque mondiale et l'OMS ont identifié 1 566 ensembles de données d'enquêtes auprès des ménages potentiellement appropriés et ce pour 155 pays. Certaines de ces enquêtes ont été exclues parce qu'elles sont soit inaccessibles, soit dépourvues des variables clés nécessaires à l'estimation de l'indicateur, soit parce qu'elles n'ont pas passé le processus d'assurance de la qualité ou soit parce qu'elles ne faisaient pas partie d'une série chronologique cohérente. En décembre 2017, un total de 553 points de données provenant de 132 pays ou territoires et couvrant la période 1984 à 2015 ont été utilisés pour produire des données pour cet indicateur.

La disponibilité des données, mesurée en termes de nombre de pays que l'OMS et la Banque mondiale ont actuellement examinés et retenus pour l'estimation de la “proportion de la population dont les dépenses de santé sont importantes par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux de leur

ménage" est la suivante pour l'année la plus récente :

		Retenu par l'OMS et la Banque mondiale pour l'estimation de la "proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé"					
Distribution régionale	Nombre d'États membres (Ém) de l'OMS	2005 ou avant		2006 à 2015		Total par région	
		(nb d'Ém)	(% par région)	(nb d'Ém)	(% par région)	(nb d'Ém)	(% par région)
Amérique du Nord (M49) et Europe (M49)	44	6	13,60 %	33	**75,00 %**	39	**88,60 %**
Amérique latine et Caraïbes (OMD=M49)	33	7	21,20 %	10	**30,30 %**	17	**51,50 %**
Asie centrale (M49) et Asie du Sud (OMD=M49)	14	0	0,00 %	11	**78,60 %**	11	**78,60 %**
Asie de l'Est (M49) et Asie du Sud-Est (OMD=M49)	16	2	12,50 %	10	**62,50 %**	12	**75,00 %**
Asie occidentale (M49) et Afrique du Nord (M49)	23	4	17,40 %	9	**39,10 %**	13	**56,50 %**
Afrique subsaharienne (M49)	48	16	33,30 %	21	**43,80 %**	37	**77,10 %**
Australie et Nouvelle-Zélande (M49)	2	0	0,00 %	1	**50,00 %**	1	**50,00 %**
Océanie (M49) excluant l'Australie et la Nouvelle-Zélande (M49)	14	1	7,10 %	0	**0,00 %**	1	**7,10 %**
	194	36	18,60 %	95	**49,00 %**	131	**67,50 %**

Globalement les données couvrent au moins 50 % des États membres de l'OMS dans toutes les régions, sauf l'Océanie (7,1 %). Pour plus d'information, il est possible de consulter le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et de la Banque mondiale et Wagstaff et al 2018.

Séries chronologiques :

La fréquence de ces données est similaire à celle des données utilisées pour l'indicateur 1.1.1. Elle varie d'un pays à l'autre, mais en moyenne, elle va de 1 an à 3 à 5 ans.

Désagrégations :

Les désagrégations suivantes sont possibles dans la mesure où l'enquête a été conçue pour fournir des estimations représentatives à ce niveau :

- Genre et âge du chef du ménage
- Emplacement géographique (rurale/urbaine)
- Quintiles du bien-être du ménage (dépenses totales ou revenu total). Voir la section Commentaires et limites pour les impacts de choisir l'une ou l'autre de ces mesures de bien-être.

Calendrier

Collecte de données :

La collecte des données est liée aux plans des différents pays en matière d'enquête auprès des ménages portant sur les dépenses de consommation, les budgets ou les revenus et dépenses.

Diffusion des données :

Les premiers estimés ont été diffusés en décembre 2017. Par la suite, les nouvelles données sont ajoutées au fur et à mesure qu'elles sont fournies par les points focaux (voir section Processus de collecte). Il est prévu d'effectuer des mises à jour aux estimés régionaux et mondiaux aux deux ans.

Fournisseurs de données

BNS en collaboration avec les ministères de la santé. Voir la section Sources de données pour plus de détails.

Compilateurs de données

L'OMS et la Banque mondiale.

Références

URL :

http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp ; http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage

Références :

- Chapitre 2 portant sur la protection financière du “Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle”, Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale; 2017;
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y/
- http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smitz, M-F., Chepynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. et Eozenou, P., (2018), “Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”, the Lancet Global Health, volume 6, issue 2, e169-e179. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1

Sur les approches sous-jacentes à la définition actuelle des grandes dépenses de santé en tant que part de la consommation ou du revenu total des ménages :

- Chapitre 18 de “Analysing health equity using household survey data”. Washington, DC: World Bank Group; 2008, http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data

Pour la définition de dépenses de santé :

- http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

Pour les composantes des dépenses de santé :

- Section 06 de la Classification des fonctions de consommation des ménages de l'ONU (COICOP) https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp; http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1

Indicateurs connexes en date de février 2020

Indicateurs : 1.1.1 et 1.2.1 et 3.8.1