

APPROCHE SYSTÉMIQUE POUR ANALYSER L'EFFICIENCE AU TRAVERS DES PROGRAMMES DE SANTÉ



Susan Sparkes
Antonio Durán
Joseph Kutzin



Organisation
mondiale de la Santé

DIAGNOSTIC ET ÉLÉMENTS D'ORIENTATION POUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ N°2

APPROCHE SYSTÉMIQUE POUR ANALYSER L'EFFICIENCE AU TRAVERS DES PROGRAMMES DE SANTÉ

**Susan Sparkes
Antonio Durán
Joseph Kutzin**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Approche systémique pour analyser l'efficacité des programmes de santé / Susan Sparkes, Antonio Durán, Joseph Kutzin

(diagnostic et élément d'orientation pour le financement de la santé N°2)

ISBN 978-92-4-251196-3

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Sparkes S., Durán A., Kutzin J. Approche systémique pour analyser l'efficacité dans les programmes de santé [A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017. Diagnostic et éléments d'orientation pour le financement de la santé n°2 [Health Financing Diagnostics & Guidance No 2] Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279651/9789242511963-fre.pdf>.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Imprimé en Suisse

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	1
1.1. Contexte et objectifs.....	1
1.2. Qu'est-ce qu'une approche systémique ?	2
1.3. Structure du document	6
2. Approche d'analyse de l'efficience	7
2.1. Phase 1. Sélection et évaluation rapide des programmes.....	7
2.2. Phase 2: Analyse et diagnostic diagnosis.....	9
2.3. Phase 3: formulation d'options	20
3. Conclusions	22
Références bibliographique.....	23
Liste des figures	
Figure 1: Cadre des systèmes de santé : des fonctions aux buts, par les objectifs intermédiaires intermédiaire.....	5
Figure 2: Description des sous-fonctions des programmes de santé.....	10
Figure 3: Financement de la santé pour le VIH, la Tuberculose et l'abus de substances psychoactives en Estonie 2016	13
Liste des encadrés	
Encadré 1: Les bases de l'approche systémique.....	3
Encadré 2: Questions directrices indicatives pour identifier les programmes à analyser	8
Encadré 3: Questions directrices indicatives pour procéder à une évaluation rapide ciblée et à une analyse des parties prenantes	9
Encadré 4: Questions directrices indicatives pour cartographier les fonctions et sous-fonctions de prestation de services to map service delivery functions and...	10
Encadré 5: Questions directrices indicatives pour cartographier les fonctions et sous-fonctions de financement	12
Encadré 6: Estonie – “suivre l'argent à la trace » pour identifier les doublons, chevauchements et mauvais alignements.....	14
Encadré 7: Questions directrices indicatives pour cartographier les fonctions et sous-fonctions de production de ressources physiques et matérielles.....	15
Encadré 8: « Suivre les médicaments à la trace » approche analytique des programmes liée aux ressources	16
Encadré 9: Exemples d'inefficiences de l'administration générale/la gouvernance gouvernance	17
Encadré 10: Questions directrices indicatives pour cartographier les fonctions et sous-fonctions d'administrations générales	18
Encadré 11: Exemples d'inefficiences au travers des programmes inefficiences.....	19
Encadré 12: Questions directrices indicatives pour la formulation d'options en matière de politique.....	21

REMERCIEMENTS

Le présent document est une composante d'un programme de travail général visant à identifier et à réduire les inefficiences dans les programmes du système de santé global. L'idée de ce programme de travail est née de l'analyse effectuée en Europe orientale par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au milieu des années 2000. La décision de définir clairement cette approche et d'étendre son application a été prise au cours de discussions menées lors de la réunion sur l'espace budgétaire, la gestion des finances publiques et le financement de la santé organisée par l'OMS du 9 au 11 décembre 2014. Les méthodes et les premiers résultats des programmes de pays pilotes ont été présentés et ont fait l'objet de débats approfondis, tant au sein de l'OMS que dans les pays et d'autres forums internationaux.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires et suggestions sur le document : Maryam Bigdeli (Département Gouvernance et financement des systèmes de santé de l'OMS), Michael Borowitz (Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme) et Matthew Jowett (Département Gouvernance et financement des systèmes de santé de l'OMS), ainsi que de nombreux collègues de l'OMS et les personnes ayant participé aux réunions susmentionnées.

Les travaux ont bénéficié du soutien financier du Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni dans le cadre du Programme – pays d'Amélioration du Financement des Systèmes de Santé pour accélérer la couverture-Santé universelle (CSU).

Pour de plus amples informations, voir :
[http:// www.who.int/health_financing/](http://www.who.int/health_financing/)

Illustration de couverture : Peinture à l'huile originale intitulée *Made in Japan* par Fabrice Sergent

REMERCIEMENTS

Messages- clés

- Les programmes de santé spécifiques se concentrent en grande partie sur les résultats pour une intervention ou une maladie particulière. Toutefois, même lorsque ces programmes spécifiques sont bien gérés, une duplication ou un défaut d'alignement des responsabilités et des rôles entre eux ou vis à vis du système de santé peuvent dans cette perspective plus large du système entraîner des coûts élevés.
- Lorsque les pays cherchent à élargir et consolider la couverture dans un contexte de baisse de l'aide extérieure et de de la demande pour améliorer l'efficacité, une approche holistique incorporant les programmes de santé dans le système plus large de santé permet d'identifier des domaines pour améliorer l'efficacité dans l'attribution et le déploiement des ressources.
- La désagrégation des programmes de santé selon les quatre fonctions principales du système de santé (prestation de services, financement, production de ressources humaines et matérielles et administration générale/gouvernance), permet d'identifier afin d'y remédier les duplications et défauts d'alignement.
- En Combinant cette approche avec le renforcement de la redevabilité pour les résultats, on peut mieux aligner les programmes de santé avec leurs objectifs ultimes.
- Cette approche peut également fournir de manière graduelle, un mécanisme consultatif (indemne de potentielle confrontation) pour favoriser le dialogue en vue d'élaborer une réponse politique aux sources d'inefficacité identifiées pour améliorer durablement la couverture effective selon un ordre de priorité des interventions.

Contexte : Les programmes de santé visent des interventions sanitaires pour des maladies spécifiques ou des populations cibles, et les pays ont toujours compté très souvent sur ces interventions pour la mise en œuvre de leurs priorités. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, cette approche institutionnelle a bénéficié du soutien des donateurs en particulier pour les domaines prioritaires qui souvent pilotent les programmes jusqu'à devenir largement autonomes les uns les autres dans leur objectif d'optimiser un résultat particulier.. Cette approche a des implications sur comment les interventions prioritaires sont mises en œuvre et consolidées, souvent d'ailleurs avec un

schéma organisationnel séparé, débouchant sur des duplications et défaut d'alignement, tous indicateurs d'inefficacité. Avec les changements de contexte, faisant porter la responsabilité de financer ces programmes par les ressources locales, il est insoutenable qu'un tel éventail de schémas parallèles avec autant de programmes distincts puisse perdurer dans un tel contexte.

Objectifs : Cette approche est conçue pour doter les pays d'un outil pour identifier et remédier aux inefficacités qui compromettent la capacité des gouvernements à améliorer ou au moins à maintenir la fourniture des services prioritaires de santé. Plus

spécifiquement, il s'agit d'examiner la panoplie des programmes de santé qui constituent l'architecture du système de santé de chaque pays en vue de détecter les duplications et défauts d'alignement entre les programmes (croisement programmatique). Une fois celles-ci identifiées, une base d'analyse est conçue sur mesure pour y remédier à travers des changements à apporter au sein des programmes spécifiques, notamment sur la manière de configurer et d'opérer ces programmes dans un contexte plus large du système national de santé

Cadre et approche : nous utilisons l'approche *fonctionnelle* pour les systèmes de santé comme base pour cette méthode. Tous les systèmes de santé accomplissent quatre ensembles d'activités de base (*fonctions*) – prestation de services, financement, production de ressource humaines et matérielles et administration générale/gouvernance – pour donner des

produits qui à leur tour donneront des résultats. Les programmes de santé incluent au moins une de ces fonctions, voire toutes. À l'aide de ce cadre et en prenant l'ensemble du système de santé comme unité d'analyse, nous décrivons un processus étape par étape afin de cartographier systématiquement les fonctions du système de santé pour les pays ainsi que les sous-fonctions connexes au sein et entre les programmes de santé afin d'identifier les éventuelles inefficiences. L'application de cette approche permet d'évaluer comment est structuré le système de santé d'un pays.. Cette analyse soutient l'identification des opportunités et options potentielles pour identifier les possibilités de renforcer ou d'améliorer la couverture grâce aux ressources disponibles en procédant à une reconfiguration, avec éventuellement de nouveaux investissements dans des aspects transversaux sous-jacents le cas échéant.

1 INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis davantage en évidence ces dernières années l'importance de l'efficacité pour maximiser la rentabilité des ressources du secteur de la santé [2, 3]. Il faut éviter les éventuels doublons, chevauchements, défaut d'alignements ainsi que les inefficiences générales dans la façon dont les ressources sont attribuées et utilisées et d'y remédier une fois identifiés. C'est un impératif inévitable pour atteindre les *objectifs de développement durable*,¹ qui mettent en avant à la fois la réalisation des cibles et la capacité à pérenniser les progrès dans le temps.

Cet accent sur la durabilité permet de définir les problèmes auxquels sont actuellement confrontés de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire en ce qui concerne les objectifs de leur système de santé [4]. Ces pays sont confrontés à deux types de problèmes qui nécessitent de repenser la façon dont les systèmes de santé sont financés et organisés pour la prestation de services. Premièrement, leur profil épidémiologique commence à se rapprocher de celui des pays à revenu élevé, avec une augmentation de la prévalence de maladies chroniques, non transmissibles dont le cancer, le diabète et de maladies cardiovasculaires, et des coûts associés [5]. Alors que leur système de santé devra s'attaquer

aux facteurs de risque tels que l'obésité, le tabagisme et les modes de vie sédentaires, il doit aussi continuer à répondre aux demandes relatives aux maladies transmissibles et aux conditions liées à la santé des enfants et des femmes en âge de procréer.

Deuxièmement, la récente crise financière et le climat économique mondial, associés à l'épidémie à virus Ebola, ont modifié l'approche des donateurs en matière d'aide au développement [6]. Du point de vue du financement, avec la baisse des allocations, on observe une tendance à soutenir le développement de l'ensemble du système de santé d'un pays et à garantir la durabilité des interventions axées sur les maladies [7, 8]. En outre, l'épidémie à virus Ebola a montré que l'argent ne constituait pas nécessairement une entrave pour une réponse durable aux besoins sanitaires des populations, résistant aux chocs sanitaires et économiques [9]. Le Liberia, la Guinée et la Sierra Leone, par exemple ont reçu au total US \$787 millions (en PPA actuelle) de donateurs extérieurs rien qu'en 2013 [10]. Certains examens ont mis en évidence que malgré ces investissements, les pays dans lesquels le système de santé était fragmenté et les institutions, lois et stratégies spécifiques ne fonctionnaient pas de manière adéquate n'apportaient aucune aide face à la crise [11]. Cela a également permis aux donateurs de réexaminer la façon d'apporter leur soutien à mobiliser des capacités adéquates afin d'identifier, interrompre et prévenir de futures menaces sanitaires. [12].

Le soutien aux systèmes de santé résilients et solides ainsi que le changement du profil

1 En particulier l'objectif 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 ».

épidémiologique des pays à revenu faible ou intermédiaire, a des implications pour le financement et l'organisation des systèmes de santé. Pendant des décennies, les pays ont ciblé les interventions pour des maladies ou groupes spécifiques, principalement par des *programmes de santé* définis par un patient, une maladie ou une cible prioritaire, ou une technologie disponible, dans le but de mettre en œuvre des activités spécifiques. Cette approche organisationnelle a été amplifiée par l'aide des donateurs pour les domaines prioritaires qui a souvent accentué la « verticalisation » des systèmes de santé : des programmes puissants fonctionnant en grande partie indépendamment les uns des autres pour chercher à optimiser la réalisation de leurs objectifs spécifiques « distincts », sans chercher à se connecter à d'autres objectifs [13, 14].

Cette évolution du programme au niveau mondial et au niveau des pays nécessite une perspective systémique [15] qui cherche à étendre et maintenir la couverture pour les interventions prioritaires par une allocation et une utilisation efficaces des ressources dans l'ensemble du système de santé et pas uniquement dans un programme particulier ou un ensemble d'interventions, comme expliqué dans l'encadré 1.

Il est important de noter que les causes des inefficiences étant spécifiques aux pays, il y a lieu d'adapter la réforme aux programmes de santé tel qu'élaborés dans chaque système de santé. Cette approche n'a pas vocation à promouvoir un système de santé totalement intégré. La séparation des fonctions programmatiques peut être clairement justifiée dans certains cas, toutefois il est également nécessaire de déterminer les fonctions à consolider tout en précisant la responsabilisation concernant responsabilité et résultats.

1.2. QU'EST CE QU'UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE ?

Le point de départ pour cette approche est la définition d'un système de santé et de ses limites. Comme indiqué dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, on entend par système de santé la totalité des organisations, personnes et institutions consacrées à la production d'actions dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou consolider la santé [17]. Si cette définition exclut les facteurs pouvant avoir une incidence sur la santé, comme l'éducation, le logement ou le système d'approvisionnement en eau et d'assainissement, entre autres, elle autorise un espace d'expression des systèmes de santé qui varie selon des caractéristiques, et selon les contextes et les pays [18-20]. Une fois ces limites fixées, le cadre indique que chaque société doit élaborer systématiquement des ensembles d'activités et de tâches (« fonctions ») spécifiques et répétées en vue d'atteindre les objectifs souhaités du système de santé. Cette caractérisation fonctionnelle décrite dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* a en commun avec d'autres cadres du système de santé, notamment ceux des « éléments constitutifs » et des « boutons de contrôle », la notion selon laquelle un système de santé se résume essentiellement à des activités qui visent à maximiser la réalisation d'un ensemble d'objectifs [21-23].² Cette approche fondée sur les fonctions et les objectifs pour conceptualiser un système de santé, combinée à l'unité d'analyse systémique, constitue le fondement de l'approche décrite dans ce document.

2 Ces différences de terminologie n'ont pas d'incidence sur la logique de cette approche ou le cadre sous-jacent des systèmes de santé. Il en est de même pour les noms des fonctions spécifiques qui peuvent varier selon les cadres (par ex. gestion contre gouvernance).

Encadré 1 : Les bases de l'approche systémique

Cette approche repose sur les principes suivants :

- a) Prendre le système de santé dans son ensemble et ses objectifs comme **unité d'analyse**. Les responsables nationaux de la santé publique sont de plus en plus préoccupés par la performance globale du système de santé. Le « succès » d'un programme donné doit être évalué également en termes de sa contribution aux progrès du système global vers la couverture sanitaire universelle, en prenant entièrement en considération ses implications (positives ou négatives) pour d'autres programmes et pour le système de santé au sens large. Ainsi, l'analyse de l'efficacité des programmes doit être intégrée dans le système de santé.
- b) Examiner en détail la question « **qu'est-ce qu'un programme de santé ?** ». La simple référence à des « programmes de santé » instaure un débat horizontal-vertical potentiellement conflictuel qui ne favorise pas un dialogue constructif sur les sources d'inefficacités et les solutions potentielles. En effet, la composition des programmes varie. Ils peuvent inclure une stratégie ciblée associée à la surveillance des services utiles et des résultats d'intérêt ou, à l'autre extrême, leurs propres dispositions pour la prestation de services, le financement, les ressources humaines, les établissements, les systèmes d'information et les approvisionnements. Ainsi, pour envisager des réformes pour un programme dans un pays donné, il convient de détailler ses composants pour établir un diagnostic efficace. Cela permet de basculer le débat, de « programmes contre systèmes » à une discussion plus utile sur les éléments spécifiques (par exemple systèmes d'informations ou d'approvisionnement) qui peuvent être dupliqués ou mal alignés entre les programmes ou avec le système au sens plus large. Cela peut également ouvrir le dialogue sur les possibilités de synergies par la consolidation ou la coordination de certains éléments. Cela correspond à ce qui a été labellisé « l'approche diagonale »(16).
- c) Garantir la **responsabilisation concernant les résultats**. Améliorer l'efficacité ne signifie pas simplement réduire les coûts ou faire des économies. Cela consiste à obtenir de meilleurs résultats à partir des ressources disponibles. Dans le contexte des programmes de santé, le « résultat » peut être considéré comme une augmentation de la couverture effective – atteindre un plus grand nombre de personnes qui ont besoin de l'intervention financée par le programme et/ou améliorer la qualité de cette intervention. Cet accent sur les résultats permettra un dialogue plus constructif avec les programmes de santé et le reste du système de santé.

On peut considérer que le système de santé, et donc les programmes de santé, entrent globalement dans trois catégories : (i) progresser dans le domaine de la santé, de façon équitable ; (ii) protéger financièrement les personnes contre l'appauvrissement dû aux frais de santé et répartir équitablement le fardeau de financement ; et (iii) répondre aux attentes des personnes sur la façon dont elles devraient être traitées [17, 22].

L'un des principaux moyens de progresser vers l'atteinte des objectifs des systèmes de santé consiste à renforcer la *couverture effective*, qui est donc un objectif intermédiaire du cadre d'interventions. La couverture effective fait référence à la probabilité qu'une personne bénéficie d'une intervention dont elle aurait besoin, avec pour conséquence une amélioration de son état de santé [24]. Elle vise à réduire l'écart entre besoin et

utilisation des services ainsi qu'améliorer la qualité de ces services – qui à leur tour incorporent (avec la protection financière) les objectifs qui composent la définition de la couverture sanitaire universelle [15]. Une utilisation plus efficace des ressources permet d'atteindre un niveau plus élevé dans l'atteinte des objectifs. De ce fait, l'amélioration de l'efficacité est un autre objectif intermédiaire vers l'amélioration de la performance du système de santé (y compris les progrès vers la couverture sanitaire universelle).

L'amélioration de l'efficacité et l'augmentation de la couverture effective sont au cœur de l'approche que nous préconisons dans ce document. En fait, la question essentielle est la suivante : comment expliquer les carences dans la couverture effective à partir des inefficiences dans la façon dont sont organisées les fonctions du système de santé ? Ou en termes plus positifs, à quelles inefficiences faut-il remédier pour maintenir une augmentation de la couverture effective avec des interventions prioritaires ? La distinction conceptuelle essentielle effectuée dans cette approche consiste à décortiquer les composantes fonctionnelles des programmes de santé, pour les intégrer

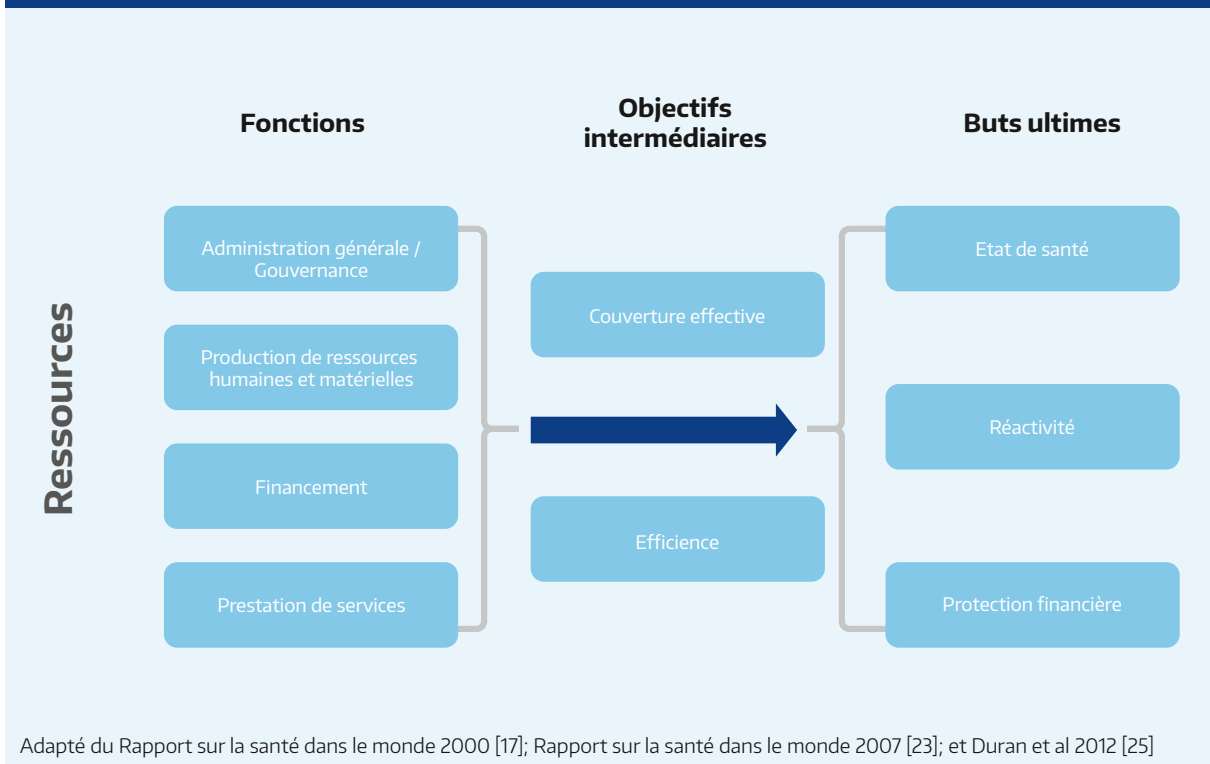
dans le système de santé global, puis en analysant leur organisation et leur fonctionnement au sein du système entier plutôt que seulement dans le programme. C'est l'approche de ministère national de la santé plutôt que d'« administrateur de programme » qui est le plus important pour la prise de décision au niveau national. Cette approche permet d'identifier les doublons et chevauchements entre les programmes (par exemple systèmes d'informations distincts pour chaque programme) qui risquent de limiter le niveau de couverture effective potentiellement atteignable par le système

de santé et nuire à la couverture effective par la fragmentation des mesures (par exemple manque de coordination des mesures entre les différents programmes pour un patient ayant des besoins sanitaires multiples).

En particulier, tous les systèmes de santé assument quatre *fonctions* élémentaires, comptant chacune plusieurs sous-fonctions interdépendantes :

- 1. Prestation de services** : comment les ressources spécifiques sont combinées pour dispenser des services aux personnes (services de soins de santé personnels) et aux groupes (services pour la population). Cela comprend également le mode et lieu de prestation des services, ainsi que leur gestion et modalités d'organisation.
- 2. Financement** : comment les fonds sont levés, mis en commun et attribués aux prestataires. Cela implique également la définition (explicitement ou implicitement) des droits et des obligations de la population, souvent désignés comme paquet de prestations.
- 3. Production de ressources humaines et matérielles** : comment produire les principales ressources comme le personnel, l'équipement, les technologies, les connaissances en matière de technique et de gestion, les ressources matérielles et les locaux, les chaînes d'approvisionnement ainsi que les informations, entre autres et comment les mettre à disposition.
- 4. Administration générale/gouvernance** : Comment le système de santé est géré et comment les institutions publiques et privées qui le composent, sont supervisées. Cela comprend (i) définir, planifier et surveiller l'orientation donnée au système

Figure 1 : Cadre des systèmes de santé : des fonctions aux buts, en passant par les objectifs intermédiaires



de santé ;(ii) régler le système et les acteurs en son sein ; et (iii) collecter et utiliser les informations et renseignements connexes.

Le cadre d'analyse décrit ici et présenté au schéma 1 peut servir à comprendre comment le système de santé global avec les programmes qui le constituent, est organisé pour agir sur les buts ultimes fixés. En désagréant les programmes de santé selon leurs composantes fonctionnelles, il est possible d'identifier d'éventuelles incohérences pouvant impacter l'atteinte des objectifs ultimes des programmes et du système.

En ce faisant, à travers plusieurs programmes de santé dans un pays, les domaines de duplication programmatiques et de chevauchement, ainsi que les défauts

d'alignement peuvent être identifiés. Important aussi d'indiquer comme précédemment qu'un programme de santé en soi n'existe pas dans le néant, isolé du reste du système de santé, et que cette perspective de l'étendue du système décrite dans l'Encadré 1 signifie que l'analyse du diagnostic d'efficacité doit être menée entre et au sein des programmes. Par exemple, si chaque programme dispose de son propre système de contrats ou d'information, ou de son propre plan et budget ou encore de son propre mode de gestion des ressources humaines, tout ceci ne faisant pas l'objet de coordination ou même juste de concertation entre un programme et un autre, ferait peser un énorme fardeau sur le système. Au-delà de l'impact qu'une telle fragmentation pourrait avoir sur le patient, de tels arrangements institutionnels empêchent tout avantage qui pourrait naître des économies d'échelle

au sein du système. Le présent document présente donc la démarche conceptuelle à suivre pour une analyse de l'efficacité au sein et au travers de divers programmes.

1.3. STRUCTURE DU DOCUMENT

Après cette introduction, ce document est structuré de façon à aider les analystes à identifier pour y remédier les inefficiences au travers des programmes, en trois phases :

- *Phase 1 : Sélection et évaluation rapide des programmes*, afin de choisir les programmes à évaluer et d'analyser leurs performances quant aux buts ultimes (voir Figure 1) ainsi que celles du reste du système de santé ;
- *Phase 2 : Analyse et diagnostic* pour identifier les zones de chevauchement, doublons et défaut d'alignement et qui constituent des sources avérées d'inefficacité, et qui pourraient être cible d'un programme de réforme ;
- *Phase 3 : Formulation des scénarios* pour définir les options politiques dont disposent les responsables du secteur et les autorités par rapport aux inefficiences identifiées.

Plusieurs étapes indicatives sont décrites comme composante de chaque phase afin de pouvoir appliquer cette approche du système de santé global dans le style d'un pays « typique ». Le présent document n'a pas pour but de définir en détail les produits spécifiques de chacune de ces phases et étapes, car chacune implique une analyse qualitative portant sur les nuances des politiques et des programmes qui varient considérablement d'un pays à l'autre.

Il importe de noter que ce document n'a pas vocation à être un « outil » qui s'applique de lui-même, mais plutôt à fournir le cadre conceptuel et technique visant à favoriser une réflexion dans une approche d'analyse de l'efficacité technique entre les programmes de santé, en utilisant le système de santé global comme unité d'analyse. Cette approche a été expérimentée en mode pilote dans deux pays (Afrique du Sud et Estonie) en 2016. L'expérience et les résultats obtenus serviront de base pour un manuel d'orientation mieux élaboré sur comment diagnostiquer les inefficiences, ainsi que pour des orientations sur la façon d'élaborer des options pour y remédier.

2 APPROCHE D'ANALYSE DE L'EFFICIENCE

Il est essentiel pour les décideurs de diagnostiquer les inefficiences dans la prestation d'interventions prioritaires associées aux programmes de santé ainsi que leurs causes probables. Les autorités financières et sanitaires doivent comprendre comment tirer le meilleur profit de l'argent dépensé pour les divers programmes de santé. S'il est possible d'effectuer une analyse distincte pour chaque sous-fonction, les questions indicatives ou directrices suivantes sont pertinentes à travers les différentes sous-fonctions :

- Où se situent les doublons, chevauchements et défaut d'alignement dans les fonctions et sous-fonctions spécifiques des programmes de santé ? Quelles en sont les principales raisons ?
- En quoi ces doublons, chevauchements et défaut d'alignement ont une incidence sur la capacité des programmes de santé à atteindre leurs populations cibles avec leurs produits, et donc sur la réalisation des buts ultimes ?
- Y a-t-il des programmes qui ont plus de chevauchements que d'autres ? Dans quelles fonctions et sous-fonctions ? Quelle forme prennent-ils, et avec quelles conséquences ?
- Qui sont les décideurs pour chacun des programmes où il y a doublons et chevauchements ?
- Est-ce que certains problèmes ressortent clairement de l'analyse (par exemple, plusieurs dispositifs d'achat des médicaments ou systèmes d'information parallèles ou utilisation de ressources inutilement coûteuses) ?
- Du point de vue systémique, quelles sont les principales inefficiences dans l'organisation et le fonctionnement des programmes de santé qui pourraient être au cœur d'un programme de réforme ? Quel serait le meilleur « point d'entrée » concernant ce qui est le plus accessible ? Est-ce que cela nécessiterait un nouvel investissement, par exemple renforcer un système national d'information qui pourrait répondre aux besoins de tous les programmes de santé ?

Cette approche diagnostique pour répondre aux questions susmentionnées repose sur une série d'étapes qui sont présentées en trois phases. Le document présente également des questions directrices indicatives pour faciliter l'analyse. La suite est décrite dans le reste de cette section, avec notamment pour chaque fonction des exemples de problèmes pertinents pouvant résulter d'une approche programmatique trop fragmentée et expliquer le résultat possible de chacune des étapes.

2.1. PHASE 1. SÉLECTION ET ÉVALUATION RAPIDE DES PROGRAMMES

Pour commencer le processus analytique, il convient de déterminer la portée de l'analyse globale fondée sur les besoins, les capacités et la demande dans le pays. Cela implique l'identification des « programmes de santé fragmentés » qui sont partiellement ou totalement « séparés » du reste du système de santé dans ce qui concerne

Encadré 2 : Questions directrices indicatives pour identifier les programmes à analyser

- Quels sont les programmes de santé prioritaires à discuter en vue de la réforme du secteur santé pour les leaders politiques (et pourquoi) ?
- Quelle est l'envergure de ces programmes les uns par rapport aux autres et par rapport au système de santé global ? Quelle part du budget public est consacrée à chaque programme ?
- Quels programmes reçoivent d'importants financements par les donateurs ?
- Quels programmes de santé connaissent une possible baisse de l'aide extérieure comme source de financement ?
- Quels programmes de santé ne sont pas suffisamment performants en termes de résultats et d'impacts sanitaires ?

leur financement, personnel, équipements, réglementations ainsi que d'autres caractéristiques. Ce processus d'identification doit être effectué en collaboration avec les acteurs impliqués dans le programme, ainsi que les parties intéressées pour les questions plus larges concernant la réforme au niveau du système. Par exemple, les administrateurs de programmes et les hauts responsables du Ministère de la santé devraient être impliqués.

L'encadré 2 fournit un ensemble de questions pouvant être utiles pour guider ce processus d'identification.

La seconde étape dans la phase préparatoire consiste à **analyser les produits et résultats à la fois du système de santé global et des programmes de santé concernés par rapport aux buts et objectifs énoncés**. Cette étape est nécessaire pour procéder ensuite à l'analyse des objectifs des programmes. Comme indiqué dans la Figure 1, toute modification potentielle apportée aux fonctions du système de santé aura une incidence sur les résultats. Par conséquent, les réformes proposées à l'issue de l'analyse d'efficacité entre les programmes devraient faire en sorte de renforcer, ou au moins

maintenir, les performances de ces produits.

Une évaluation rapide ciblée permet d'identifier et de décrire les objectifs et buts de chaque programme de santé (résultats sanitaires, populations cibles/ groupes à risque à desservir, accès financiers aux services, qualité des services, réactivité aux besoins et attentes des patients, etc.). Idéalement, cette étape devrait inclure une analyse quantitative comparative des principaux produits, résultats et dépenses en matière de santé à la fois par rapport aux revenus dans les pays et les régions et avec une certaine historicité. Il est possible de trouver un exemple de ce genre d'évaluation rapide dans le profil de statistiques sanitaires de l'OMS (Observatoire mondial de la santé que l'on trouve sur la page de chaque pays par le lien suivant pour la version Anglaise : <http://www.who.int/gho/countries/en/>).

Cette étape implique également l'identification des **principales parties prenantes ayant un pouvoir de décision quant au financement, à l'organisation et à la gestion des fonctions, à la fois dans les programmes et dans le système de santé global**. Il ne s'agit pas d'effectuer une analyse exhaustive des

Encadré 3 : Questions directrices indicatives pour procéder à une évaluation rapide ciblée et à une analyse des parties prenantes

- Comment peut-on évaluer les performances du système de santé global par rapport à ses trois principaux buts (niveau de l'état de santé et équité dans l'état de santé, protection financière, réactivité)?
- Quels sont les buts et objectifs énoncés de chaque programme? Sont-ils clairement formulés?
- Comment évaluer la performance de ces programmes vis-à-vis des objectifs énoncés? Notamment, par rapport aux autres résultats dans le système de santé et aux pays/régions de comparaison?
- Quelles sont les populations cibles censées être desservies par chaque programme? Quelle est la nature des prestations liées à chaque programme? Ont-elles des caractéristiques spécifiques, distinctes (par exemple groupes marginalisés)? Avec quelle rigueur sont-elles appliquées? Les différents programmes sont-ils axés sur les mêmes groupes de population, au moins en partie?
- Qui sont les acteurs ayant un pouvoir de décision dans chaque programme? Quels sont leur position et leur pouvoir relatif par rapport à la réforme potentielle et au système de santé global? S'agit-il d'acteurs du Gouvernement, du privé, d'ONG, ou de donateurs extérieurs, etc?

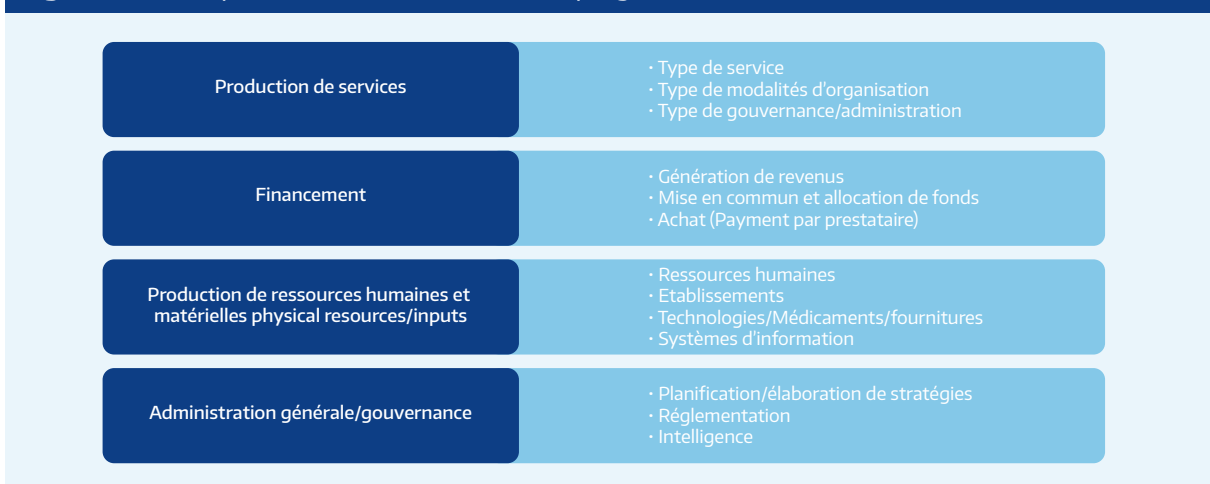
parties prenantes, mais plutôt de procéder à une évaluation qualitative des principaux individus, organismes et groupes d'intérêts qui interviennent dans chacun des programmes, ainsi que de leur rôle dans le système de santé/programme, leur position par rapport à toute réforme éventuelle du système actuel et leur pouvoir ou influence dans le système de santé [26]. L'encadré 3 recense un ensemble de questions pour faciliter à la fois l'évaluation rapide et l'analyse des parties prenantes.

2.2. PHASE 2 : ANALYSE ET DIAGNOSTIC

Cette phase constitue le cœur de l'analyse, car c'est à ce stade que les incohérences, chevauchements et doublons au sein et entre les programmes doivent être

identifiés. Il convient dans un premier temps de décrire et cartographier les quatre principales fonctions du système de santé à la fois pour le système de santé global, et à l'intersection des programmes concernés. Ce processus permettra de savoir si les diverses responsabilités fonctionnelles dans chaque programme sont séparées de celles des autres programmes ou du reste du système, ou sont plutôt intégrées. L'évaluation ne doit pas nécessairement être exhaustive, mais doit faire en sorte que chaque sous-fonction (voir ci-dessous pour les détails) soit examinée en vue d'identifier des zones de doublons, chevauchements et/ou incohérence potentiels. Pour faciliter cette tâche, chaque fonction et sous-fonction associée (voir liste sur la Figure 2) est décrite ci-dessous, avec des questions indicatives sur comment effectuer cette cartographie et cette analyse.

Figure 2 : Description des sous-fonctions des programmes de santé



Encadré 4 : Questions directrices indicatives pour cartographier les fonctions et sous-fonctions de prestation de services

- À qui sont dispensés les services ?
 - À des groupes ou à l'ensemble de la population (par exemple lutte anti-vectorielle, panneaux d'affichage)
 - À des individus /clients/patients uniques (par exemple traitement médicamenteux, conseils personnels sur les modes de vie)
- Caractéristiques des prestations
 - Les prestations profitent en grande partie aux personnes qui reçoivent les services (« biens privés », par exemple opération chirurgicale)
 - Les prestations profitent à tous (« biens publics », par exemple lutte contre la pollution atmosphérique)
 - Les prestations s'étendent au-delà de l'individu qui reçoit le service mais pas à toute la société (services avec des « externalités positives », par exemple traitement des maladies transmissibles)
- Modalités d'organisation
 - Établissements et prestataires séparés : l'établissement et le prestataire sont spécialisés dans les soins pour une maladie, un groupe de population ou une intervention spécifique (par exemple, établissements et prestataires séparés pour les services associés au programme)
 - Établissements et prestataires intégrés : l'établissement et le prestataire traitent plus qu'une maladie, fournissent plus qu'une intervention ou ciblent plus qu'un groupe de population donnée (par exemple, fourniture de services intégrés, englobant les services associés au programme ainsi que d'autres services de santé)
 - Unités mixtes : unités spécialisées hébergées dans un établissement ou un réseau coordonné/intégré.

PRESTATION DE SERVICES

La première étape pour cartographier la fonction et les sous-fonctions de prestation de services d'un programme consiste à identifier le type de services dispensés. L'encadré 4 fournit une classification des sous-fonctions de la prestation de services, avec des questions indicatives sur l'analyse. Aux fins de la cartographie, le « type de services » doit être caractérisé selon deux dimensions : a) les services sont dispensés à des individus (services de santé personnels) ou à des populations entières (services pour la population), et b) les services dispensés profitent uniquement aux personnes qui en bénéficient (« biens privés » en langage économique) ou s'étendent aux autres (services avec « externalités ») ou à toute la population (« biens publics ») [27]. Par exemple, certains services dispensés dans le cadre des programmes de santé sont des biens publics pour la population (par exemple traitements des eaux polluées, programmes sur l'éducation sanitaire par les médias ou programmes sur l'élimination des vecteurs de maladie) mais la majeure partie d'entre eux sont des services individuels avec des externalités positives, c'est-à-dire qu'ils ne profitent pas uniquement à la personne qui en bénéficie (par exemple vaccination ou traitement des maladies infectieuses) [27].

Il est particulièrement important de distinguer ces deux dimensions pour examiner en détail les programmes de santé. L'étendue des bénéfices liés aux services – qu'ils aient de larges externalités ou qu'il s'agisse de biens publics – a des implications pour la politique concernant le niveau des subventions nécessaires pour garantir leur utilisation [28]. C'est un motif courant pour exclure tout paiement par l'utilisateur pour l'accès au traitement de la tuberculose ou des infections sexuellement transmissibles de, par exemple. Cependant, l'ampleur des externalités ne

justifie pas en soi un motif pour des prestations de services séparées (ou autres modalités parallèles). C'est plutôt la distinction entre les caractéristiques de la fourniture de services individuels et de services pour la population qui devrait motiver les décisions relatives à leur organisation. La mise en place de modalités de prestations de services séparées pour différents types de services individuels peut entraîner des problèmes de coordination des soins. Par exemple, lorsqu'il existe des établissements différents pour la tuberculose et pour le VIH, un patient doit chercher des soins dans plusieurs endroits, auprès de plusieurs médecins, qui ne communiquent pas ou ne coordonnent pas leurs approches thérapeutiques.

La fonction de prestation de services porte également sur la façon dont les services sont produits. Cette classification renvoie à des questions liées aux modalités et à la « taille » de l'établissement, au « modèle opérationnel » et à la façon dont sont organisés et dispensés les services en ce qui concerne la concentration de technologies, la spécialisation de l'établissement ou le niveau de soins auxquels les services programmés sont dispensés. Préciser à quel niveau de soins ont lieu les mesures de prévention et de traitement (par exemple soins primaires/soins secondaires) et si des spécialistes interviennent indiquera de l'utilité de l'organisation globale du programme.

FINANCEMENT

Le financement de la santé se définit comme le processus par lequel s'effectuent la génération et la mise en commun de fonds, ainsi que leur attribution aux prestataires de service. La responsabilité pour la mise en œuvre de ces trois sous-fonctions du financement (levée de fonds, mise en commun des fonds et

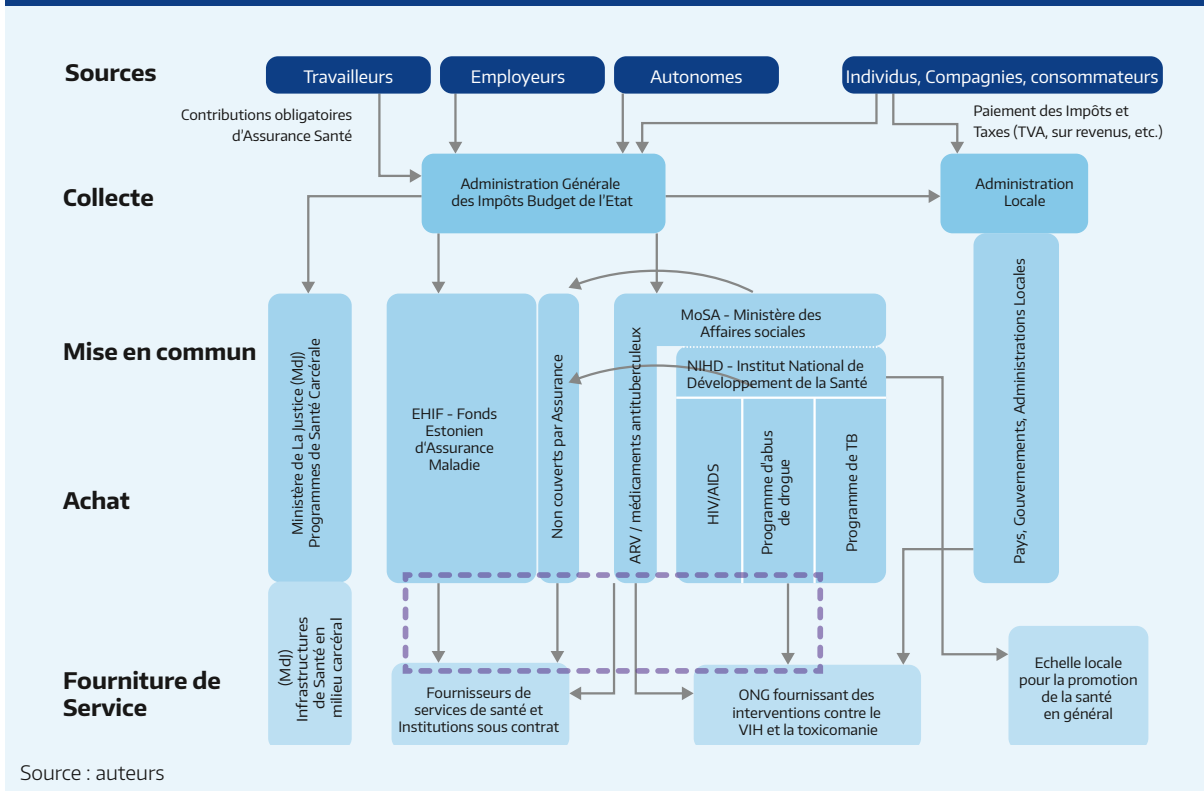
Encadré 5 : Questions directrices pour cartographier les fonctions et sous-fonctions de financement

- Génération de revenus
 - Quelles sont les sources de fonds pour le système de santé ? Est-ce que certains programmes ont des sources distinctes, spécifiques ?
 - Existe-t-il des programmes disposant de leurs propres mécanisme de collecter des revenus ?
 - Est-ce que les paiements directs par les ménages jouent un rôle important pour certains services financés par les programmes de santé ?
 - Est-ce que certaines sources de revenus (surtout l'aide des donateurs extérieurs) sont limitées dans le temps ? Ou est-ce que la durée est incertaine ?
- Mise en commun des ressources
 - Quelles sont les dispositions globales pour mettre en commun les fonds prépayés pour la santé pour le compte de l'ensemble ou d'une partie de la population ?
 - Les fonds pour les services financés par chaque programme sont-ils regroupés séparément ou sont-ils fusionnés aux fonds destinés à d'autres services de santé ?
 - Les fonds pour toutes les ressources nécessaires à la fourniture de services financés par des programmes de santé spécifiques sont-ils regroupés séparément, ou est-ce que certains postes (par exemple salaires du personnel) sont fusionnés alors que d'autres (par exemple médicaments) sont séparés ?
- Achat de services/d'interventions
 - Quels sont les moyens et méthodes utilisés pour allouer aux prestataires les ressources prépayées mises en commun ? En quoi sont-ils différents selon les programmes ?
 - Quelles sont les incitations des prestataires pour la fourniture de services pour un objectif de programme particulier ? Est-ce que ces incitations diffèrent selon les programmes ? Quelle est la situation par rapport à l'ensemble du système de santé ? Les incitations financières pour les prestataires (par exemples les centres de soins de santé primaires) sont-elles différentes en fonction des programmes ?
 - De quel niveau d'autonomie disposent les prestataires pour réagir à l'évolution des incitations ?
 - Les services liés aux programmes font-ils partie d'un ensemble de prestations commun ? Ou sont-ils considérés dans la pratique séparément d'un ensemble de services de base ?

allocation/achats) peut incomber à un seul organisme ou séparément par plusieurs. Il peut également exister différents dispositifs (« régimes ») de financement pour divers groupes de population dans un pays. En outre, il est fréquent que les programmes de santé disposent de leurs propres flux financiers qui sont souvent, mais pas toujours, liés à des modalités séparées de prestation de services.

Si le financement de la santé cherche réduire la fragmentation dans la mise en commun des fonds pour améliorer la redistribution et la protection contre le risque financier, il reste établi que la fragmentation dans les flux de fonds (de la mise en commun/l'achat aux prestataires de services) soit également une importante source d'inefficience à travers les programmes. L'encadré 5 décrit les trois

Figure 3 : Financement de la santé pour le VIH, la tuberculose et l'abus de substance psychoactives en Estonie, 2016



sous-fonctions de financement de la santé et les questions connexes qui permettent de mieux comprendre la façon dont elles sont articulées dans chaque programme de santé afin d'identifier les inefficiences.

Généralement, les problèmes d'efficience à travers les programmes liés au financement découlent davantage de la mise en commun des fonds, des achats et du flux global des fonds que de la génération des fonds. Cependant, des sources de financement séparées pour chaque programme qui ne sont pas coordonnées/intégrées avec le budget global du secteur de la santé peuvent mettre en péril la durabilité des activités du programmes en cas de modification ou de substitution des sources de financement, notamment par rapport à l'aide des donateurs. Et lorsque ces différentes

sources sont liées à des caisses et des prestataires différents, cela peut également entraîner des distorsions, comme un surplus de traitement salarial en faveur du personnel de certains programmes par rapport à celui du système de santé « général ».

La duplication dans les caisses et flux de fonds fragmentés entraîne non seulement des inefficiences par la duplication des fonctions administratives, mais cela peut également entraîner des distorsions dans l'attribution des ressources et des services ainsi que du gaspillage dans l'ensemble du système de santé. Par exemple, une étude menée en 2006 sur le financement pour les programmes de lutte contre le VIH/sida et l'abus de substances psychoactives en Estonie a révélé que chaque programme disposait de contrats distincts

Encadré 6 : Estonie – « suivre l'argent à la trace » pour identifier les doublons, chevauchements et mauvais alignements

La figure ci-dessus présente le flux de fonds pour les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH/sida et l'abus de substances psychoactives en Estonie en 2016 [30]. Le cadre en violet met en évidence les doublons et les incohérences pour la fonction d'achat de services de VIH et de tuberculose. L'Institut national pour le développement de la santé qui siège au Ministère des affaires sociales reçoit des fonds pour sous-traiter directement avec des spécialistes et des ONG chargés de dispenser les services spécifiques des programmes (notamment DOTS en ambulatoire, conseil et dépistage volontaire et prise en charge des cas). Il ne fournit pas de fonds aux médecins de soins de santé primaires, qui reçoivent des paiements forfaitaires du fonds estonien de l'assurance-maladie couvrant 95% de la population. En raison de cette dynamique, les incitations pour prévenir et traiter les affections liées à la tuberculose et au VIH sont axées aux niveaux secondaire et tertiaire ou avec les ONG. Cela entraîne une incohérence entre les politiques sur le rôle important des soins primaires dans ces affections et le remboursement réel des frais.

Cette fragmentation entraîne également des doublons dans les procédures d'achat dans certains cas entre l'Institut national pour le développement de la santé et le fonds estonien de l'assurance maladie. Le premier a fait des efforts ces dernières années pour regrouper ses contrats avec les prestataires, mais pareil effort n'a été consenti pour coordonner les contrats entre ces deux entités. Par conséquent, si le Fonds estonien de l'assurance maladie finance une grande partie des services liés au VIH et à la tuberculose en tant que payeur pour les services hospitaliers, ce financement ne bénéficie d'aucun suivi ni de coordination avec le Ministère des affaires sociales ou l'Institut national pour le développement de la santé. Ce qui impacte négativement sur la redevabilité en ce qui concerne le traitement des patients et les résultats sanitaires ultimes, et ce en raison d'un manque de coordination entre les prestataires.

avec des prestataires pour leurs services respectifs. En effet, le système était conçu pour financer les programmes dans l'espoir qu'ils atteignent les clients, plutôt que d'être axé plus précisément sur les clients à atteindre. Par conséquent, plutôt que de regrouper leurs fonds et leurs connaissances pour atteindre les clients communs, les programmes de lutte contre le VIH et ceux contre l'abus de substances psychoactives utilisaient leurs budgets verticaux pour recourir séparément aux services de prestataires [29]. Si à court terme, la séparation des ressources permet de diriger de façon fiable les fonds vers un programme, une maladie ou une intervention spécifique, elle peut avoir des conséquences néfastes sur la coordination des

services pour les personnes ayant besoin de plusieurs types d'intervention (comme dans le cas de l'Estonie), et altérer à long terme le financement et les opérations globales du secteur de la santé en introduisant des rigidités qui empêchent la souplesse voulue des ressources face à l'évolution des besoins sanitaires des populations.

Pour identifier les sources potentielles de doublons ou d'incohérence par rapport aux fonctions de financement, une approche utile consiste à « suivre l'argent à la trace ». Cela consiste à retracer le flux des fonds, de la collecte des ressources aux prestataires des services associés aux programmes en passant par les organismes chargés de la mise commun

et des achats. Cela peut être fait pour les programmes qui desservent des populations cibles similaires ou qui se chevauchent et également avec les principaux flux de fonds dans le système de santé plus large, le cas échéant. Cela permet à l'administrateur du programme d'identifier les principaux points faibles qui n'ont pas été pris en compte, ou précédemment mentionné, ou qui se sont dégradés au fil du temps (voir encadré 6 pour l'exemple 2016 de l'Estonie).

PRODUCTION DE RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES/ RESSOURCES

Les agents de santé, la technologie, les informations, fournitures, médicaments, établissements/locaux et autres ressources ou groupes de ressources comme les systèmes d'achat et les chaînes d'approvisionnement

sont vitales et nécessaires comme ressources au fonctionnement d'un programme de santé. La façon dont ces ressources sont créées, déployées et organisées a des répercussions importantes sur la production et l'utilisation des services de santé, aujourd'hui et dans le futur. L'encadré 7 contient une liste de questions qui peuvent aider à concevoir l'analyse des doublons et défaut d'alignement entre les ressources.

Par exemple, en ce qui concerne les ressources humaines, le ministère de la santé devra assurer un équilibre entre disposer d'un personnel compétent pour répondre aux priorités du programme et garantir la viabilité d'autres services. Étant donné que les programmes dits verticaux disposent souvent de plus de ressources grâce à une certaine popularité politique ou au soutien des donateurs, ils peuvent proposer des modalités

Encadré 7 : Questions directrices pour cartographier les fonctions et sous-fonctions de production de ressources physiques et matérielles

- Comment sont formées, retenues, réparties, utilisés et rémunérées les ressources humaines ? Le nombre de professionnels de santé est-il suffisant pour couvrir les principaux besoins sanitaires ? Existe-t-il des différences de paiement entre les programmes et avec d'autres parties du système de santé ?
- La qualité des établissements disponibles est-elle suffisante pour répondre aux besoins des patients quel que soit le programme ? Existe-t-il des établissements qui ne fonctionnent pas à pleine capacité ?
- Dans quelle mesure la prestation de services dans les programmes et entre les programmes est-elle affectée par la segmentation des outils technologiques et des fournitures/équipements ?
- Jusqu'où la coordination des systèmes d'information utilisés pour/par le programme est-elle en phase avec d'autres systèmes d'information ? Est-ce que leurs résultats facilitent la prise de décision par rapport à d'autres fonctions (prestation de services, financement, administration générale/gouvernance) ? Ou dans les groupes de maladies ou de populations ? Quelle est la situation comparativement à d'autres parties du système ?
- Combien de chaînes d'approvisionnement y a-t-il ? (par ex. achat, stockage, distribution de consommables, produits pharmaceutiques) dans et entre les programmes de santé ?

de services attractives qui entraînent des disparités avec celles proposées ailleurs dans le secteur public. Certaines expériences en Amérique centrale ou en Afrique ont montré que des modalités de services différentes proposées par des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose financés par le Fonds mondial rendaient difficile l'intégration de leurs agents de santé au sein du personnel de santé plus large et mettaient également en cause la pérennité même des services financés par ces programmes après le retrait du soutien des donateurs. [31]. Du fait de cette surspécialisation fondée sur les objectifs des programmes, les agents risquent de fournir uniquement des interventions spécifiques aux programmes, en négligeant la prévention, la détection ou le traitement des comorbidités. Cette dynamique peut se traduire également par des préférences et des disparités entre les maladies. Par exemple, des données empiriques d'Afrique du Sud ont mis en évidence le fait qu'un patient peut bénéficier de meilleurs soins s'il est atteint à la fois par le VIH et par le cancer que s'il souffre uniquement du cancer car le programme de lutte contre le VIH dispose de meilleures ressources et de personnel spécialisé pour ses patients. La logique est la même pour l'infrastructure physique. Le fait

que des programmes de santé fonctionnent dans des locaux existants ou en construisent de nouveaux a des répercussions à long terme sur comment leurs ressources sont orientées, coordonnées et intégrées avec le reste du système de santé. La durabilité du financement des établissements peut être mise en cause par le caractère cyclique du financement des programmes, en particulier par les donateurs.

Du point de vue des ressources, le fait de disposer de systèmes d'information, d'approvisionnement et d'achats multiples et fragmentés, chacun pour une maladie ou intervention spécifique, est particulièrement nocif. Ces doublons peuvent être coûteux pour le système qui doit financer et gérer des mécanismes différents. Tout comme le principe de « suivre l'argent à la trace » décrit ci-dessus il est possible de « suivre les médicaments à la trace » afin d'identifier les inefficiences comme décrit dans l'encadré 8.

En général, la façon dont les programmes de santé produisent et organisent les ressources entraîne les mêmes problèmes d'efficacité, qu'il s'agisse de médicaments et matériel, de locaux ou de systèmes d'achat ou d'information. Par exemple, en Afrique du Sud,

Encadré 8 : « Suivre les médicaments à la trace » : approche analytique des programmes liée aux ressources

« Suivre les médicaments à la trace » en cartographiant le flux des médicaments met en évidence la fragmentation dans le système. La première étape consiste à prendre en considération les médicaments qui sont les plus importants pour un programme particulier (par exemple antirétroviraux pour le VIH, Malarone pour le paludisme ou Isoniazide pour la tuberculose). On peut ensuite cartographier la source de financement, le système d'achat, la chaîne d'approvisionnement et finalement comment et où les médicaments sont délivrés au patient. Identique à la cartographie pour le financement, ce processus permet d'obtenir des informations essentielles sur les points de divergence des systèmes de gestion des médicaments et les éventuels doublons dans les fonctions [32].

il existe des systèmes d'information distincts pour la tuberculose et le VIH. En pratique, cela signifie que les informations pour un patient touché par le VIH et la tuberculose sont entrées séparément dans deux systèmes puis sont analysées et surveillées par des personnes différentes, en l'absence de toute coordination. L'affectation de ressources à une utilisation précise peut se justifier à court terme pour déployer rapidement et cibler des interventions prioritaires. Cependant, à long terme, la séparation des structures entraîne souvent d'importantes inefficiences sous la forme de chevauchements et des doublons et risque de détourner des ressources d'autres priorités de santé en faveur des populations.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE/ GOUVERNANCE

La façon dont les programmes de santé sont gérés détermine leur place dans le système de santé global et aussi en grande partie l'efficacité d'atteindre leurs principaux objectifs. Les trois autres fonctions du système de santé seront directement impactées par la dynamique de l'administration générale et de la gouvernance notamment, (i) si les plans

du programme sont intégrés/coordonnés avec les plans et politiques plus larges du secteur de la santé, (ii) si l'environnement réglementaire des programmes est distinct de celui du reste du système de santé, et (iii) si les informations essentielles conservent un caractère privé ou sont séparées des autres informations du système. Ces trois points peuvent soit faciliter les choses pour le secteur public soit les compliquer en ce qui concerne la coordination ou le suivi des activités, en particulier lorsque la responsabilisation concernant les résultats et l'utilisation efficiente des ressources s'inscrivent dans le cadre étroit du programme sans aucune référence au reste du système de santé (voir exemples dans l'encadré 9).

L'autonomie des programmes en matière de gouvernance peut être le résultat de priorités établies au niveau mondial. Par exemple, les programmes mondiaux pour éradiquer des maladies spécifiques, comme la poliomyélite [33, 34], sont souvent reproduits au niveau national et comportent des structures administratives et des budgets distincts. Cette approche fragmentée peut constituer un obstacle à l'échange d'informations.

Encadré 9 : Exemples d'inefficiences de l'administration générale/ gouvernance

- Un plan stratégique pour le VIH qui n'est pas intégré ou coordonné avec les plans pour les systèmes de santé global risque de ne pas prendre en compte les questions de comorbidités, comme les soins du diabète ou du cancer, et de ce fait le programme n'a pas les moyens nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des patients.
- Un cadre réglementaire axé uniquement sur la prévention et le traitement de la tuberculose et qui n'est pas coordonné avec le cadre réglementaire du système de santé globale peut entraîner des défaut d'alignement ou des inadéquations si les normes sont appliquées différemment.
- Un manque de cohérence entre les cadres de responsabilisation peut se traduire par des incitations financières encourageant un prestataire à consacrer beaucoup plus de temps au traitement de routine du VIH qu'à celui du diabète.

Encadré 10 : Questions directrices pour cartographier les fonctions et sous-fonctions d'administration générale/de gouvernance

- Comment les données sont-elles produites, gérées et utilisées par les programmes ? Est-ce que les prestataires remplissent des formulaires distincts pour chaque programme, ou est-ce que les informations sont regroupées dans un outil de collecte de données plus intégré ? Les données relatives au programme sont-elles conservées séparément par le programme, ou simplement mises à disposition des administrateurs de programmes par l'unité qui gère le système national d'informations sanitaires ?
- Les données du programmes sont-elles largement accessibles au public et de manière transparente ? Sont-elles disponibles sur demande ou publiées sur le web ?
- Comment est coordonnée la planification des programmes avec celle du système de santé global ? À quel niveau et comment les plans du programme et ceux du système de santé se rejoignent ? Qui élabore les plans pour les programmes ? Est-ce le système de santé ?
- Quels sont les principaux types de gouvernance pour les établissements/prestataires de santé dans et entre les programmes, notamment :
 - « organisation hiérarchique » avec contrôle rigoureux et liberté de décision limitée au niveau des prestataires, ou
 - « approche de marché direct » avec une interaction relativement peu réglementée entre les patients et les prestataires et peu de conseil ou contrôle externe, ou
 - gouvernance autonome, impliquant souvent des relations contractuelles avec les prestataires privés ou publics.
- Quel type de réglementation est utilisé pour contrôler les programmes de santé (lois étatiques, règlements, décrets et règles locales, etc.) ? Existe-t-il des différences importantes avec le reste du système de santé ?
- Quels sont les mécanismes de responsabilisation en place pour garantir des résultats à chaque programme (audit, rapports annuels, distributions confidentielles, etc.) ? Comment sont utilisés ces mécanismes de responsabilisation ? Existe-t-il des différences importantes avec le reste du système de santé ?

Conscients de ce problème, les organismes internationaux ont récemment demandé que les informations issues des programmes de lutte contre des maladies spécifiques soient intégrées dans l'ensemble du système de santé [35]. L'encadré 10 donne un ensemble de questions pour faciliter la cartographie et mieux comprendre comment la fonction d'administration générale/gouvernance est articulée dans et entre les programmes et dans le système de santé pris dans son ensemble.

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'INEFFICIENCE DANS LES PROGRAMMES

La cartographie fonctionnelle constitue le point de départ pour **identifier les principales zones de défaut d'alignement, de doublons et de chevauchements entre les programmes et avec le système de santé global**. Il faut pour cela déterminer « ce qui est réellement important » en termes d'inefficiences fonctionnelles entre

Encadré 11 : Exemples d'inefficiencies dans les programmes

- L'analyse du parcours du patient constitue un moyen efficace pour détecter des inefficiencies au travers des programmes. Par exemple, dans le cas de comorbidités (tuberculose et VIH ou VIH et diabète), un patient peut dans certains cas avoir besoin de plusieurs visites pour faire une série de tests en laboratoire, visuels ou autres, ou pour aller récupérer certains médicaments en raison de la fragmentation de la prestation des services par le programme. Ces multiples visites pourraient être coûteuses pour le patient, en temps et en argent, ainsi que du point de vue de l'efficacité dans le cas de soins non coordonnés entre les prestataires. Autres exemples :
 - Les établissements traitant spécifiquement la tuberculose où les patients contournent les services au niveau des soins de santé primaires et consultent directement des spécialistes de la tuberculose pour obtenir un traitement peuvent entraîner des inefficiencies dues à un recours excessif à des services coûteux et à une mauvaise coordination entre les prestataires et les comorbidités.
 - Des compléments de salaires pour le personnel qui travaille uniquement sur les interventions de lutte contre la tuberculose ou le VIH peuvent entraîner une insuffisance de services autres que ceux liés à ces deux maladies pour les patients traités dans cet établissement.
 - Des services de soins maternels et infantiles trop fragmentés, non reliés aux activités pour la santé des adolescents reconnues comme faisant partie des soins de santé primaires peuvent entraîner une prestation insuffisante de services pour cette population.
 - Des systèmes d'informations spécifiques aux programmes sans coordination avec les prestataires peuvent entraîner un défaut de suivi ou d'utilisation efficace des données du patient pour établir un traitement cohérent et coordonné.

les programmes et les conséquences pour la performance du système de santé global. Quelques exemples d'inefficiencies entre les programmes et des répercussions possibles sur les soins des patients figurent dans l'encadré 11. Chaque fonction et sous-fonction devrait être analysée de manière globale dans l'ensemble des programmes de santé prioritaires et du système de santé. La question essentielle est de savoir si l'organisation des responsabilités pour la mise en œuvre de la fonction aide le programme de santé et le système de santé à maximiser les résultats escomptés, en tenant compte des pertes potentielles dues au chevauchement entre les programmes. La cartographie vise à mettre en évidence les sources potentielles

d'inefficience, en particulier celles dues au défaut d'alignement des fonctions et sous-fonctions dans et entre les programmes. Ce processus d'identification repose sur le principe selon lequel une population a plus de chances de progresser vers la couverture sanitaire universelle si l'on réorganise la mise en œuvre de certaines sous-fonctions, améliore la coordination et renforce la redevabilité des résultats.

Cette analyse inter-programmes consistera à « **effectuer un zoom extérieur** » à partir de **l'analyse au niveau micro présentée dans l'étape précédente pour examiner comment chacune des sous-fonctions s'intègre dans chaque programme et dans**

le système global. La liste de questions indicatives au début de la section 2 du présent document (page 7) devrait servir de guide pour procéder à cette analyse inter-programmes. Des données doivent être fournies sur comment les fonctions et sous-fonctions s'intègrent et s'articulent entre elles. La principale tâche consiste à **identifier en priorité les principales zones de doublons, chevauchements et au défaut d'alignement qui ont une incidence sur la capacité d'un programme à atteindre ses objectifs, au sein du système de santé.** Cette étape regroupe toutes les informations fonctionnelles collectées dans les étapes précédentes pour analyser au niveau du système l'efficacité dans l'organisation et le fonctionnement des programmes de santé identifiés.

En résumé, cet exercice est censé fournir une vision transversale ou « horizontale » des programmes de santé concernés du système de santé fonction par fonction. **Cette analyse permettra d'établir une liste des principales zones de doublons et chevauchements entre les programmes de santé concernés, ainsi qu'avec le reste du système de santé.** Ces problèmes doivent être hiérarchisés en fonction de l'ampleur et de la portée de l'inefficacité induite, ainsi que de la possibilité d'y remédier par une mesure politique ciblée (voir ci-dessous).

2.3. PHASE 3 : FORMULATION D'OPTIONS

La dernière phase consiste à **formuler des options politiques ciblées et applicables pour traiter les sources des inefficacités identifiées dans les programmes et garantir la redevabilité des résultats.** Elle a pour but

de reprendre tout le processus analytique en formulant un ensemble d'options politiques et de recommandations sur comment initier le traitement des sources d'inefficacité identifiées. L'analyse fonctionnelle globale vise à détecter les inefficacités à un niveau de détail suffisant permettant de définir les mesures concrètes à prendre pour la réforme. Il convient de procéder à une hiérarchisation permettant de classer les interventions potentielles en fonction de la faisabilité technique et politique. Globalement, les options devraient être formulées sous l'angle des fonctions transversales plutôt que des programmes.

Par exemple, l'intégration de systèmes d'achats et d'information autrefois parallèles pourrait être une option politique particulièrement utile dans le cas de programmes qui ne bénéficieront plus de l'aide des donateurs. En outre, il est possible d'agir pour renforcer les capacités dans les soins primaires afin de tester, traiter et prévenir les maladies transmissibles dans le cadre d'un effort global de réforme des soins primaires. Ou de suggérer la fusion/réorganisation de programmes d'achat de médicaments parallèles en une seule chaîne d'approvisionnement afin d'économiser de l'argent. Là encore, un ensemble de questions indicatives figure dans l'encadré 12 pour orienter ce processus de formulation d'options et hiérarchiser les interventions.

Il est essentiel à cette étape que les options identifiées soient **ciblées et faisables.** L'intégralité de l'analyse devant être effectuée avec des acteurs des différents programmes de santé et du reste du système de santé, ces options doivent découler d'un processus consultatif global. **Chaque option politique devrait également préciser clairement la source d'inefficacité ciblée, l'impact escompté sur les résultats, les parties**

prenantes impliquées (et en particulier celles chargées de la mise en œuvre des politiques proposées), et le processus proposé pour le changement afin de garantir qu'aucune consolidation des responsabilités fonctionnelles ne « porte préjudice » à l'objectif d'amélioration de la couverture effective des interventions prioritaires. Tout cela devrait permettre de garantir l'adhésion et le soutien pour toutes les propositions formulées.

Cette approche débouchera sur un ensemble d'interventions politiques prioritaires ciblées, faisables et

applicables, visant à améliorer tant l'efficacité que l'efficacité des programmes de santé, en utilisant le système de santé global comme unité d'analyse. La mise en œuvre de ces options politiques et recommandations devrait permettre d'élargir la couverture effective pour les services de santé prioritaires des ressources disponibles au système de santé et d'améliorer l'efficacité globale. Les interventions proposées peuvent nécessiter de nouveaux investissements, ou pas, mais surtout, elles doivent pouvoir être raisonnablement acceptées par la plupart des principaux acteurs au travers de discussions politiques et de négociations.

Encadré 12 : Questions directrices pour l'élaboration d'options politiques Quelle source d'inefficacité cibler ?

- Quels programmes acteurs/organismes du système de santé global sont concernés ?
- Pourquoi cette source et la riposte politique connexe constituent-elles une priorité pour le secteur de la santé ?
- Quelle est la riposte politique spécifique attendue ? Par quels moyens le changement fera-t-il effet ?
- Quel est le niveau de faisabilité des changements concernés en termes politiques et opérationnels ?
- Quelles parties prenantes seront directement et indirectement touchées par la réforme proposée ? Quelle est leur position par rapport à la réforme proposée et de quel pouvoir disposent-elles pour la soutenir ou la bloquer ?
- Quels mécanismes de responsabilisation sont proposés pour garantir le maintien, ou de préférence l'amélioration, de la couverture des services prioritaires ?
- Compte tenu de l'effet hypothétique de la réforme, sur quels produits/résultats la réforme proposée devrait-elle avoir un effet bénéfique ?
- Comment les gains d'efficacité seront-ils mis en évidence ? Sera-t-il possible de faire des économies ou d'améliorer les produits ?

3 CONCLUSIONS

Ce document décrit une approche pour conceptualiser et traiter les inefficiences dues au mode de fonctionnement des programmes de santé dans le contexte du système de santé global. Il met en évidence l'interconnectivité des activités programmatiques par les fonctions du système de santé. Notre approche permet aux pays de détecter et d'analyser les doublons, chevauchements et défaut d'alignement dans et entre les activités programmatiques et de définir des réformes permettant de gagner en efficacité dans la réalisation des objectifs des programmes au sein du système de santé..

Pour mettre en œuvre cette approche, les pays doivent cartographier l'organisation de

chacune des fonctions du système de santé dans chaque programme identifié, puis les examiner dans les programmes et dans le reste du système de santé, afin d'identifier les possibilités d'améliorer l'efficacité. En maintenant parallèlement des mécanismes essentiels de mise en œuvre, les programmes de santé, et par conséquent les systèmes de santé dans leur ensemble, peuvent s'aligner sur leurs objectifs ultimes et disposer d'un processus graduel, sans confronter les approches vers la réponse politique tout en garantissant que leurs efforts contribuent à des progrès durables vers la couverture sanitaire universelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd edition. Washington, DC : World Bank; 2006.
2. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé – le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
3. Chisolm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Geneva : World Health Organization, 2010.
4. Schmidt H, Gostin LO, Emanuel EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals : can they coexist? *The Lancet*. 2015;386(9996):928-30.
5. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
6. Horton R. The global financial crisis: an acute threat to health. *The Lancet*. 2009;373(9661):355-6.
7. Leach-Kemon K, Chou DP, Schneider MT, Tardif A, Dieleman JL, Brooks BPC, et al. The global financial crisis has led to a slowdown in growth of funding to improve health in many developing countries. *Health Affairs*. 2012;31(1):228-35.
8. World Health Organization and World Bank. Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report. Geneva: World Health Organization, 2015.
9. Kutzin J, Sparkes SP. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;94(2).
10. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. Geneva: World Health Organization, 2015.
11. Gostin LO, Friedman EA. A retrospective and prospective analysis of the west African ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*. 2015;385(9980):1902-9.
12. Frieden TR, Damon I, Bell BP, Kenyon T, Nichol S. Ebola 2014—new challenges, new global response and responsibility. *New England Journal of Medicine*. 2014;371(13):1177-80.

13. Oliviera-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*. 2003;15:67-86.
14. Atun R, Bennett S, Duran A, editors. Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ? Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, 2008, Tallin, Estonie, Organisation mondiale de la Santé. World Health Organization.
15. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(8):602-11.
16. Sepúlveda J. Foreword. In: Jamison DT BJ, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, editor. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC: World Bank; 2006. p. xiv-xv.
17. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
18. Dubos R. *Mirage of Health: Utopias, progress, and biological change*. New York: Harper & Row; 1959.
19. McKeown T. *The modern rise of the population*. Oxford: Blackwell; 1966.
20. Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*. 1975;29(2):231-48.
21. Drucker PF. *Managing for the future*. New York: Routledge; 1993.
22. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich MR. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press; 2004.
23. World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2007.
24. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine*. 2005;61(1):97-109.
25. Durán A, Kutzin J, Martin-Moreno JM, Travis P. Understanding health systems: scope, functions, and objectives. In: Figueras J, McKee M, editors. *Health systems health, wealth, and societal well-being*. New York: McGraw Open University Press; 2012.

26. Gilson L, Erasmus E, Borghi J, Macha J, Kamuzora P, Mtei G. Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project. *Health Policy Plan.* 2012;27 Suppl 1:i64-76.
27. Duran A, Kutzin J. Financing of public health services and programmes: time to look into the black box. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. *Implementing health financing reform.* Copenhagen: World Health Organization, 2010.
28. Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? *Health policy.* 1999;47(3):207-23.
29. Alban A, Kutzin J. Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
30. Duran A, Sparkes S. Analysing efficiency across HIV/AIDS, TB and drug abuse programmes in Estonia. Geneva: World Health Organization, forthcoming.
31. Bowser D, Sparkes SP, Mitchell A, Bossert TJ, Bärnighausen T, Gedik G, et al. Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health policy and planning.* 2013:czt080.
32. République du Burundi et Organisation mondiale de la Santé. *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé au Burundi.* Ministère de la Santé Publique, 2007.
33. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science & Medicine.* 1983;17(24):1971-81.
34. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health affairs.* 2004;23(3):167-76.
35. Chan M, Kazatchkine M, Lob-Levyt J, Obaid T, Schweizer J, Sidibe M, et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies. *PLoS Med.* 2010;7(1):e1000223.



For additional information, please contact:

Department of Health Systems Governance and Financing
Health Systems & Innovation Cluster
World Health Organization
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Email: healthfinancing@who.int
Website: http://www.who.int/health_financing

ISBN: 978-92-4-251196-3

