

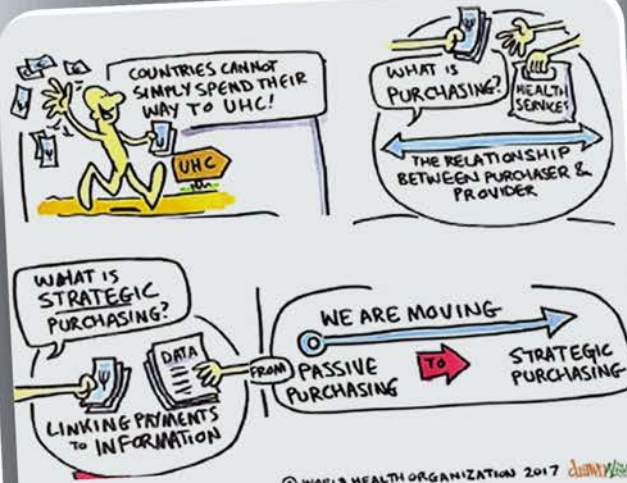
GUIDE ANALYTIQUE POUR L'ÉVALUATION D'UN SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES



ACHAT STRATÉGIQUE

Gouvernance

Méthodes de paiement



Panier de soins

Gestion de l'information



FINANCEMENT DE LA SANTÉ. ORIENTATIONS NO. 5

GUIDE ANALYTIQUE POUR L'ÉVALUATION D'UN SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Inke Mathauer
Fahdi Dkhimi



**Organisation
mondiale de la Santé**

Guide analytique pour l'évaluation d'un système mixte de paiement des prestataires [Analytical guide to assess a mixed provider payment system] / Inke Mathauer, Fahdi Dkhimi

(Financement de la santé. Orientations No. 5)

ISBN 978-92-4-001952-2 (version électronique)

ISBN 978-92-4-001953-9 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2021

Certains droits réservés. La présente œuvre 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/deed.fr>).

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 du logo 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 (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Mathauer I, Dkhimi F. Guide analytique pour l'évaluation d'un système mixte de paiement des prestataires [Analytical guide to assess a mixed provider payment system]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (Financement de la santé. Orientations No. 5). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

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 <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/publishing-policies/copyright>.

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'OMS 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 pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

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

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Liste des abréviations	4
OBJET ET CONTENU	5
PARTIE 1. ORIENTATIONS ANALYTIQUES	7
Achat stratégique des services de santé	7
Système mixte de paiement des prestataires et incitations influant sur le comportement des prestataires	8
Lien entre un système mixte des méthodes de paiement des prestations de santé et les objectifs de la CSU	13
Méthodologie d'évaluation d'un système mixte de paiement des prestataires	18
PARTIE 2. QUESTIONS D'ORIENTATION	20
Étape 1 Cartographie : contexte général, acheteurs, prestataires et méthodes de paiement	20
A. Contexte général	20
B. Aperçu du marché des prestataires de services de santé	20
C. Aperçu du marché des acheteurs	21
D. Aperçu des méthodes de paiement	22
Étape 2 Évaluation des incitations induites par le système mixte de paiement et de leur influence sur le comportement des prestataires et sur les objectifs de la CSU	25
A. Évaluation du degré d'autonomie des prestataires en matière d'utilisation des souplesses de paiement	25
B. Évaluation des incitations créées par la combinaison de méthodes de paiement au regard du degré d'autonomie des prestataires	26
C. Cohérence entre les méthodes de paiement des prestataires et les dispositifs de partage des coûts	27
D. Évaluation des effets des incitations sur le comportement des prestataires	27
E. Évaluation des répercussions des comportements des prestataires sur les objectifs de la CSU	30
Étape 3. Évaluation des autres effets sur le système de santé	32
Étape 4 Évaluation des modalités de gouvernance et de leurs effets sur le système mixte de paiement des prestataires	34
Étape 5. Définition d'options stratégiques	36
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
ANNEXE 1 : PRINCIPALES MÉTHODES DE PAIEMENT UTILISÉES PAR LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET INCITATIONS ANTICIPÉES	39

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Susan Sparkes, Matthew Jowett, Lluís Vinals, Ann-Lise Guisset, Aurélie Klein, Julius Murke et Jong Hye Rha pour leurs commentaires, leurs relectures et leurs suggestions précieuses. Nous remercions également nos collègues du Département du financement des systèmes de santé au siège de l’OMS à Genève, pour leurs commentaires et leurs suggestions lors d’une réunion départementale d’examen critique collégial. Enfin, nous remercions Winnie Yip pour ses orientations pendant la phase initiale de ce projet. David Bramley nous a fourni une aide rédactionnelle précieuse.

Nous apprécions tout particulièrement les commentaires de Kara Hanson, Edwine Barasa et Ayako Honda du Consortium RESYST.

Nous remercions Joe Kutzin pour son inspiration, son orientation et ses commentaires en tout point.

Enfin l’Organisation mondiale de Santé remercie également la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) qui, à travers son projet « Couverture Universelle en Santé », a apporté l’appui financier pour la traduction de ce document.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

GHM	Groupe homogène de malades (DRG en anglais)
GHED	Base de données globale sur les dépenses de santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
RESYST	Consortium international de recherche pour des systèmes de santé résilients et adaptés
SCS	Systèmes des comptes nationaux de santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
OMS/HGF	Département Gouvernance et financement des systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé

OBJET ET CONTENU

La publication de l'OMS *Health financing country diagnostic* (McIntyre & Kutzin, 2016) fournit de la guidance pour mener une analyse de situation et un diagnostic d'un système de financement de la santé dans un pays donné en relation avec les objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU). En tant que fonction essentielle du financement de la santé, l'achat de services de santé – y compris

le système de paiement des prestataires – reçoit une attention croissante dans le processus de réformes du financement de la santé. En conséquence, une évaluation approfondie des méthodes d'achat et de paiement pourrait être complémentaire à la conduite d'un diagnostic global de l'état du financement de la santé dans un contexte donné.

Le présent document est un guide analytique dont les questions visent à évaluer dans le détail le système de paiement des prestataires d'un pays, afin d'identifier des solutions pour améliorer son alignement sur les objectifs de la CSU. Cette analyse a vocation à éclairer et améliorer le dialogue national relatifs aux politiques en matière d'achat de services de santé. Elle aidera à attirer l'attention sur la nécessité d'aligner les méthodes de paiement utilisées par les différents acheteurs pour progresser vers un achat de services de santé plus stratégique, et à plaider en ce sens.

Ce guide s'adresse en premier lieu aux spécialistes du financement de la santé et de l'achat de services de santé qui travaillent au niveau national à améliorer ou de réformer le système de paiement des prestataires.

Plusieurs guides et manuels d'évaluation des systèmes de paiement des prestataires ont été publiés (JLN, 2016; Langenbrunner, Cashin & O'Dougherty, 2009; WHO OASIS approach/modules on purchasing and provider payment methods, 2011). Les pays peuvent s'appuyer sur ces documents pour évaluer, revoir ou définir les tarifs d'une méthode de paiement des prestataires spécifique.

Même s'il s'appuie sur ces publications, **le présent guide adopte explicitement une**

perspective systémique et s'intéresse à la combinaison de toutes les méthodes de paiement des prestataires qui, envisagées comme un ensemble, constituent un système mixte de paiement des prestataires. Il tient également compte des études et éléments de preuve récents sur les systèmes de paiement volontairement alignés (par ex. OCDE, 2016) et d'études de cas de pays qui soulignent les difficultés résultant de systèmes de paiement non alignés (OMS/GoM, 2017 ; OMS/GoB, 2017 ; OMS/GoT, Nguyen et al., 2015).

Le présent document comporte deux parties.

La première partie vise à définir les concepts clés et présente la démarche analytique sous-jacente à ce guide. Les notions

d'achat stratégique et de système mixte de paiement des prestataires sont brièvement présentées, suivies d'une explication plus détaillée des composantes conceptuelles fondamentales. Dernièrement cette partie fournit des orientations méthodologiques afin de réaliser une telle évaluation.

La deuxième partie du document présente un ensemble de questions détaillées visant à orienter l'évaluation du système mixte de paiement des prestataires d'un pays en cinq étapes, comme indiqué ci-après.

- **Étape 1:** Cartographie du système mixte de méthodes de paiement (SMMP) : le contexte de réforme du financement de la santé, les acheteurs, les différents prestataires (par niveau de soins et secteur), et une description détaillée des méthodes de paiement en place ;
- **Étape 2:** Évaluation des incitations induites par le système mixte de paiement ; et évaluation de leur influence sur le comportement des prestataires et sur les objectifs de la CSU ;
- **Étape 3:** Évaluation des autres effets du système mixte de paiement des prestataires sur le système de santé dans son ensemble ;
- **Étape 4 (réalisée en parallèle des étapes 2 et 3) :** Évaluation des modalités de gouvernance et de leurs effets sur le système mixte de paiement des prestataires ;
- **Étape 5:** Développement d'options politiques pour mieux aligner le système mixte de paiement des prestataires.

L'étape 1 est déjà très complète et importante, et pourrait constituer une évaluation succincte en soi. Les étapes 2 et 3 contiennent les éléments principaux d'une évaluation de cette nature. La quatrième étape doit être réalisée en parallèle des étapes 2 et 3, mais peut également être menée séparément à une date ultérieure, en fonction des attentes et des réflexions.

Cette évaluation se traduira en un rapport qui servira de base pour éclairer et alimenter les concertations sur l'achat stratégique et l'alignement des systèmes de paiement.

Le présent guide se veut le plus complet possible, mais aspire également à être focalisé et concis, rendant impossible la prise en compte de tous les détails relatifs à l'achat stratégique et aux méthodes de paiement. L'OMS met à disposition d'autres cadres d'évaluation ou d'orientation en lien avec d'autres questions relatives à l'achat des services de santé, notamment les méthodes de paiement taillées sur mesure pour une maladie ou une intervention spécifique, la gestion de l'information, les modalités de gouvernance de l'achat stratégique, ou encore l'efficacité inter-programme de santé et la budgétisation. Chacun de ces documents renvoie vers les autres et permet un examen minutieux d'une composante spécifique de l'achat stratégique.

(voir aussi www.who.int/health_financing/tools/fr)

PARTIE 1. ORIENTATIONS ANALYTIQUES

ACHAT STRATÉGIQUE DES SERVICES DE SANTÉ

L'achat de services de santé (encadré 1.1) constitue l'une des trois fonctions fondamentales du financement de la santé. Ce terme réfère à l'allocation de ressources

par une ou plusieurs agences d'achat à des prestataires de soins de santé publics et/ou privés pour la prestation de services (OMS, 2010).

Encadré 1.1 : Qu'est-ce qu'un acheteur de services de santé ?

Un acheteur de services de santé désigne l'organisation ou l'unité au sein d'une organisation qui transfère des fonds à des prestataires afin de rétribuer leurs services, et qui prend des décisions explicites ou implicites relatives à l'allocation des ressources et aux conditions y afférentes.

Des exemples des acteurs d'achat de services de santé incluent le ministère de la Santé, le ministère des Finances, une autorité sanitaire infranationale (au niveau d'une province, d'un district ou autre), un régime de sécurité sociale, un système d'assurance maladie volontaire (par ex. une compagnie d'assurance à but lucratif ou à but non lucratif, un système d'assurance maladie communautaire), ou une agence proposant un système de financement en fonction des résultats.

Un ministère de la Santé peut comporter plusieurs services ou départements qui ont la responsabilité d'allouer des ressources aux prestataires. Il importera de distinguer l'organisme/le service d'achat (responsable d'allouer des ressources aux prestataires) de l'organisme de financement (la source de revenu de l'organisme d'achat) ou d'indiquer si ces deux entités ne font qu'une. Par exemple, dans le cas d'un fonds commun de partenaires techniques et financiers alloué par l'intermédiaire d'un district, l'organisme d'achat est le district, tandis que l'organisme de financement est le donateur (qui peut avoir pris des décisions d'achat).

Afin d'accélérer et de préserver les progrès des pays vers la CSU, il est de plus en plus admis que l'achat de services de santé doit être plus actif ou plus stratégique. Afin de garantir l'achat stratégique, l'allocation des ressources aux prestataires doit tenir compte d'informations relatives à leurs résultats et/ou aux besoins de santé de la population qu'ils servent (OMS, 2010).

L'achat stratégique a vocation à améliorer les objectifs intermédiaires et finaux de la couverture sanitaire universelle (Kutzin, 2013), à savoir :

- une meilleure efficacité de l'utilisation des crédits, notamment la gestion de la croissance des dépenses ;
- l'équité de distribution des ressources ;

- une responsabilité accrue ;
- un accès équitable aux services de santé (utilisation adaptée aux besoins) ;
- une protection financière ; et
- l'amélioration de la qualité des soins (notamment de leur continuité).

L'achat stratégique se compose des éléments clés ci-après :

1. Spécification du panier de soins :
Quels sont les services couverts, auprès de quels prestataires et comment les droits et obligations sont-ils spécifiés ? Quelle procédure est utilisée pour examiner et actualiser la spécification du panier de soins ?
2. Méthodes de paiement des prestataires et contractualisation :
Comment les prestataires sont-ils payés pour les services fournis, et dans quelle mesure les méthodes de paiement sont-elles harmonisées entre elles et alignées sur les objectifs du secteur de la santé ? Quels types d'incitations contractuelles et autres, financières ou non, sont à la disposition des acheteurs afin d'améliorer les résultats des prestataires ?

3. Production de données et gestion de l'information :

Comment des données pertinentes sont-elles générées, gérées et analysées afin d'informer les décisions d'achat (par exemple relatives à l'allocation des ressources ou à la conception, au suivi et à la responsabilité du système de paiement) ?

4. Modalités de gouvernance:¹

Comment la supervision de chaque organisme d'achat est-elle exercée et comment la coordination et l'harmonisation entre ces organismes sont-elles assurées ? Comment l'alignement avec d'autres mécanismes d'appui est-il assuré afin d'améliorer les résultats du système ?

Le présent guide traite des méthodes de paiement des prestataires, en particulier des systèmes mixtes de paiement, comme indiqué à la section suivante ; l'analyse s'intéressant principalement aux prestataires et à leur comportement.

SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES ET INCITATIONS INFLUANT SUR LE COMPORTEMENT DES PRESTATAIRES

Une méthode de paiement d'un prestataire se définit par un ensemble de caractéristiques qui déterminent quand, comment et sous quelles conditions des ressources - financières ou non - sont transférés d'un acheteur à un prestataire pour des services fournis, et comment le montant de ces ressources est déterminé. Les principales méthodes de paiement utilisées sont les allocations par lignes budgétaires,

les salaires (qui peuvent faire partie des allocations budgétaires), les allocations budgétaires globales, le paiement à l'acte, la capitation, le paiement par cas (notamment par groupe homogène de malades, appelé GHM), et le paiement à la journée (per diem). Les fournitures en nature (produits, médicaments, etc.), qu'elles fassent partie de l'allocation budgétaire ou qu'elles soient financées par un donateur, peuvent

¹ La gouvernance implique de garantir « l'existence de cadres de travail relatifs aux politiques stratégiques et que ces derniers soient combinés avec la supervision effective, la créations des coalitions, la réglementation, l'attention à la conception du système et la redevabilité » (OMS, 2007). C'est une fonction générale des systèmes de santé particulièrement pertinente pour l'achat stratégique.

également être considérées comme des paiements aux prestataires. Le tableau en annexe 1 présente un aperçu des méthodes de paiement les plus utilisées et des incitations que ces dernières génèrent.

Une méthode de paiement comporte plusieurs paramètres (Langenbrunner et al. 2009), à savoir :

- l'unité de paiement (par ligne budgétaire, service ou action, par durée, par cas (ou épisode), par entité (patient ou population servis) ;
- le montant du paiement pour cette unité, c.-à-d. le tarif ;
- le principe de paiement sous-jacent (fondé sur les intrants, les produits ou les résultats), c.-à-d. fondés sur la réalisation de cibles prédéfinies) ;
- le calendrier de paiement (paiement rétrospectif ou prospectif) ; et
- le mode de paiement (en nature, en espèces, etc.).

Les deux premiers paramètres définissent le niveau de risque de dépenses encouru par le prestataire. Ajoutés aux autres paramètres, ils définissent l'orientation et le degré d'intensité des incitations induites par cette méthode de paiement.

Les incitations peuvent être définies comme des « signaux économiques qui orientent des personnes morales ou physiques vers un comportement intéressé », c'est-à-dire que ces entités agiront pour optimiser leurs intérêts, qu'il s'agisse de leurs revenus ou d'autres aspects jugées avantageuses (Langenbrunner et al., 2009).

À ce titre, chaque méthode de paiement induit des incitations spécifiques pour les prestataires, qui se traduisent principalement par une sur-prestation ou une sous-prestation. Dans le cadre de l'évaluation des méthodes de paiement, il

importe d'une part, de comprendre leur nature (ce qu'elles sont supposées être et comment elles sont censées fonctionner) et d'autre part, comment elles fonctionnent en pratique, au niveau où les choix en matière de soins et de traitements se matérialisent.

Le comportement des prestataires est motivé et influencé par de nombreux facteurs, en particulier la déontologie professionnelle, l'ambiance et l'organisation sur le lieu de travail, le soutien des superviseurs et des collègues, les opportunités de formation et de développement professionnel, et la disponibilité de ressources telles que les produits nécessaires à la fourniture de services de santé de qualité. Les prestataires sont également sensibles aux incitations induites par les méthodes de paiement utilisées par les acheteurs pour les rémunérer. De nombreux autres facteurs, au-delà du contexte immédiat de l'établissement de santé, peuvent avoir une influence. Sans pour autant ignorer les multiples facteurs pouvant influencer sur le comportement des personnels, le présent guide étudie spécifiquement l'influence des incitations induites par les méthodes de paiement sur le comportement des prestataires (à commencer par les établissements de santé).

Dans la plupart des pays, plusieurs méthodes de paiement coexistent et constituent un système mixte de paiement des prestataires, qui est l'objet principal du présent guide.² Les prestataires sont rémunérés selon différentes méthodes de paiement et sont exposés simultanément à plusieurs incitations induites par ces méthodes et/ou tarifs. L'encadré 1.2 présente des exemples courants de systèmes mixtes de paiement des prestataires (référez-vous également au schéma illustratif de la figure 1.1).

² Le consortium RESYST parle de « flux de financement multiples ». Dans ce cas, le point de vue envisagé est celui du prestataire, tandis que l'expression « système mixte de paiement des prestataires » adopte le point de vue du système (regroupant l'ensemble des acheteurs et des prestataires) (Hanson, 2018).

Encadré 1.2 : Exemples de systèmes mixtes de paiement des prestataires

- Un même prestataire peut être payé par de multiples fonds d'assurance selon des méthodes de paiement et/ou des tarifs variés.
- Le ministère des Finances paie les salaires directement, tandis que le ministère de la Santé couvre d'autres lignes budgétaires et un troisième organisme verse les suppléments en fonction des résultats (le financement fondé sur les résultats), le tout au même prestataire.
- Le ministère des Finances paie les salaires d'un prestataire, dont les services sont financés par un régime d'assurance maladie.

Idéalement, les méthodes de paiement sont complémentaires et harmonisées, et envoient un signal cohérent aux prestataires à travers un ensemble d'incitations cohérentes (OMS, 2017). Idéalement, un système mixte de paiement harmonisé incite les prestataires à :

- fournir le traitement approprié dans le respect des directives cliniques et des bonnes pratiques, notamment le niveau approprié de prestation (pas de sur-prestation ou de sous-prestation) ;
- fournir un traitement équitable aux patients au regard des besoins ;
- fournir les services en temps opportun à un niveau de soins approprié, afin de garantir le continuum de soins en veillant à la pertinence des orientations et réorientations ;
- allouer et transférer les ressources au sein de l'établissement au regard des priorités et des besoins sanitaires sur la base d'éléments probants ; et
- respecter les règles de paiement et de facturation établies par l'acheteur.

Or une difficulté fréquente, commune à de nombreux pays, tient à la multiplicité des méthodes de paiement et/ou des tarifs, sans mécanisme d'harmonisation. Faute de coordination de ces multiples méthodes de

paiement (et/ou des tarifs), les prestataires reçoivent divers flux de financement d'un ou de plusieurs acheteurs, et gèrent plusieurs programmes avec des flux de financement et des systèmes distincts de gestion de données. Souvent, ces systèmes de paiement non harmonisés prévalent dans les systèmes de financement de la santé fragmentés, caractérisés par de multiples fonds (Mathauer et al., 2017). Ce problème d'alignement des méthodes de paiement peut également être observé d'une part au sein d'un même établissement de santé (entre différents départements par ex), et d'autre part entre plusieurs types de prestataires.

Dans un système mixte de paiement des prestataires, de multiples flux de financement induisent généralement un ensemble d'incitations qui n'équivaut pas à la somme de chaque incitation associée à chaque méthode de paiement considérée individuellement (telle qu'elle se traduit en pratique). Les incitations peuvent être complémentaires (ou l'une peut compenser l'inconvénient d'une autre³), mais elles peuvent également être incohérentes, voire contradictoires. Cette hétérogénéité définit le comportement des prestataires, du moins en partie et en particulier influence

³ Par exemple, la combinaison d'un plafond budgétaire et d'un paiement à l'acte aide à maintenir l'incitation à la productivité inhérente au paiement à l'acte, tout en contrôlant la croissance globale des dépenses.

les services de santé qu'ils produiront et la manière dont ils les produiront.

Les systèmes mixtes de paiement des prestataires sont mieux compris si on adopte une perspective systémique : le focus n'est pas un outil ou une méthode de paiement spécifique. Ce qui importe, c'est d'analyser la manière dont toutes ces méthodes de paiement interagissent et de savoir si elles génèrent un ensemble

cohérent d'incitations pour les prestataires, en ligne avec les objectifs de la CSU. **Cette optique systémique se focalise sur la perspective du prestataire et la combine avec la perspective de l'acheteur, afin d'analyser les effets combinés sur les objectifs de la CSU (OMS, 2017).** Nous étudions ici l'efficacité, l'équité d'accès, la qualité et la protection financière, comme indiqué dans l'encadré 1.3.

Encadré 1.3 : Définitions des notions d'efficacité, d'équité, de qualité des soins et de protection financière

Efficacité

L'efficacité se définit par l'utilisation des ressources afin de maximiser la génération des produits attendus à partir d'un ensemble d'intrants défini. Dans le contexte de l'achat de services de santé, cela peut signifier : tendre vers l'optimisation des ressources allouées aux services de santé ; fournir le niveau approprié de soins (pas de sur-prestation ni de sous-prestation) dans une catégorie de structure appropriée (soins primaires fournis dans un centre de soins de santé primaires plutôt que dans un hôpital) ; créer des incitations pour les prestataires afin qu'ils ajustent leur mélange d'intrants/structure de coûts ; réduire raisonnablement les coûts de transaction, notamment les frais administratifs ; et transférer les ressources au sein de l'établissement de santé au regard des besoins et des priorités (OMS, 2010).

Équité d'accès aux services de santé

La CSU a vocation à garantir à chacun un accès aux services de santé en fonction de ses besoins, indépendamment de sa capacité à payer. Ainsi, les personnes dont les besoins médicaux sont les plus grands auront un taux d'utilisation supérieur. L'équité d'accès aux services de santé peut se mesurer au moyen d'indicateurs relatifs à l'utilisation des services (soins ambulatoires et soins hospitaliers), ventilés selon les quintiles de revenu, la résidence en zone urbaine ou rurale, l'âge, l'appartenance ethnique, le degré de vulnérabilité et les régimes de couverture (OMS/Banque mondiale, 2015). Si des données permettant d'évaluer la couverture des services sont disponibles, qui mettent en corrélation l'utilisation de services spécifiques avec les besoins de la population, elles doivent être utilisées également, selon une ventilation similaire.

Qualité

On entend par qualité des soins « la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats sanitaires escomptés et sont conformes aux connaissances professionnelles dont on dispose » (Institut de médecine, 2001 dans OMS/Banque mondiale/OCDE 2018). Il est établi que « des services de santé de qualité [...] doivent être efficaces, sûrs et axés sur l'être humain. De plus, afin de tirer parti des avantages de soins de santé de qualité, les services doivent être opportuns, équitables, intégrés et efficaces » (OMS 2018).

Encadré 1.3 (suite)

La qualité peut se mesurer selon trois dimensions (Donabedian, 1988), à savoir : 1) la structure, composée des équipements, des ressources humaines et de l'ossature organisationnelle de l'établissement ; 2) le processus, soit les mesures mises en place par le prestataire aux fins du diagnostic ou du traitement du patient ; et 3) le résultat, reflétant les effets des soins sur l'état de santé, le comportement et la satisfaction des patients et de la population.

Le présent guide et l'évaluation proposée sont centrés plus particulièrement sur le processus. La qualité des soins est fréquemment influencée par les incitations inhérentes au mode de paiement des prestataires. Elle se traduit notamment par l'absence de sur-prestation ou de sous-prestation (accorder suffisamment de temps ou d'attention au patient, lui fournir les diagnostics/tests et médicaments requis), la réactivité/convivialité, l'existence d'un continuum de soins, le traitement équitable des patients et le respect des directives cliniques. Les cadres réglementaires nationaux visant les prestataires peuvent également inclure des indicateurs de qualité.

Protection financière

La protection financière est atteinte quand les paiements directs rétribuant des services de santé n'exposent pas les personnes à des difficultés financières.

Il est important de contrôler les dépenses à la charge des foyers, afin de s'assurer que le partage officiel des coûts (copaiements, participation financière des usagers) et les dépassements d'honoraires⁴ des prestataires ou les paiements informels ne mettent pas en danger les avancées vers la réalisation des objectifs de la CSU à travers l'expansion de la couverture par divers régimes. Les enquêtes sur les ménages ou les déclarations de revenus des prestataires comprennent des informations sur les paiements directs aux prestataires au point de service (les paiements officiels a minima).

⁴ Le dépassement d'honoraires est une pratique selon laquelle un prestataire de soins de santé facture au patient la différence entre le montant couvert par le régime de couverture médicale de celui-ci (généralement une assurance maladie) et ce que le prestataire choisit de facturer au total.

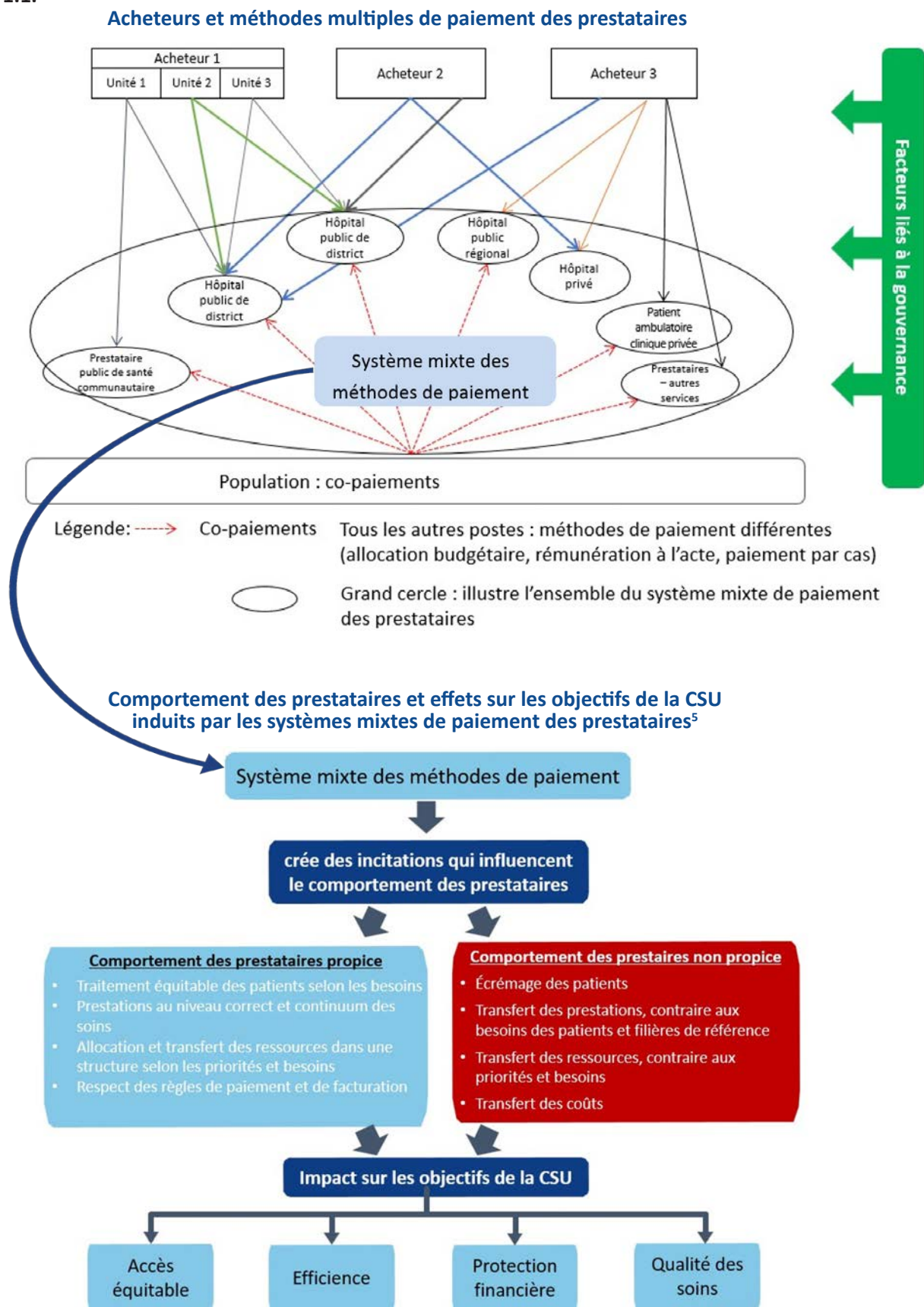
LIEN ENTRE UN SYSTÈME MIXTE DES MÉTHODES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS DE SANTÉ ET LES OBJECTIFS DE LA CSU

Il est indispensable de comprendre comment un système mixte de paiement et les incitations y afférentes fonctionnent et influent sur le comportement des prestataires, afin de définir les contours d'un système de paiement aligné sur l'objectif de progresser vers la CSU.

La figure 1.1 propose une visualisation de système mixte de paiement des prestataires, à travers une cartographie des acheteurs, des prestataires et des méthodes de paiement, y compris les mécanismes de partage des coûts. Elle met également en lumière les incitations qui en découlent, comment elles influent sur le comportement des prestataires, et comment la somme des comportements

affecte la réalisation des objectifs de la CSU. Dans un scénario idéal, les incitations induisent des comportements qui contribuent à la réalisation des objectifs de la CSU. En pratique néanmoins, un système mixte peut également générer des incitations contradictoires, voire conflictuelles, pouvant encourager des comportements peu propices à la réalisation des objectifs de la CSU. Le tableau 1.1 détaille ces comportements et leurs effets positifs et négatifs sur les objectifs de la CSU. D'autres répercussions potentielles et plus larges d'un système mixte sur le système de santé sont présentées dans le tableau 1.2.

Figure 1.1.



Source: Auteurs

⁵ L'efficacité n'est pas un objectif final de la CSU mais c'est un objectif intermédiaire important, et les méthodes de paiement sont déterminantes pour l'évaluation du niveau d'efficacité.

Tableau 1.1. Comportement possible des prestataires et effets sur les objectifs de la CSU

Comportement possible des prestataires	Définition	Effets possibles sur les objectifs de la CSU avec un centrage spécifique sur les effets possibles sur les paiements directs
Écrémage des patients	Les prestataires donnent la priorité aux patients offrant des taux de rémunération plus attractifs financièrement (aux patients offrant les taux de rémunération les plus élevés ou aux patients moins onéreux à traiter).	Inégalité d'accès, inefficience, qualité moindre (sur-prestation aux patients recevant un traitement préférentiel et sous-prestation aux patients discriminés), réduction de l'accès (et éventuellement de la protection financière) des patients offrant moins de profit.	Paiements directs accrus pour les patients exclus
Transfert de service (ou évitement des services à fournir)	Le prestataire préfère transférer (orienter) un patient vers un autre prestataire, afin d'éviter les coûts de son traitement.	Effets variables : Non-désirables : Inefficacité, qualité amoindrie, protection financière réduite OU Désirables : Meilleure qualité dans le centre d'orientation du patient	Paiements directs accrus en raison de la multiplication des contacts et des orientations injustifiées
Transfert de ressources (vers des unités/ services plus profitables financièrement)	Les ressources (temps et attention des personnels, lits, équipements) sont transférées à des services ou des unités/départements/ technologies/équipements hospitaliers que le prestataire estime plus attractifs.	Effets variables : Non désirables : inégalité d'accès, inefficacité, qualité amoindrie, protection financière réduite, réduction ou disparition de plusieurs services (soins de prévention et de promotion). OU Désirables (si des incitations visent à accroître le volume de services) : efficacité et qualité améliorées	Paiements directs accrus pour les patients ayant besoin de services ou de traitements dans les unités dont une partie des ressources a été transférée. Augmentation potentielle des paiements directs en raison de sur-prestations dans les unités bénéficiant du transfert des ressources, en particulier pour les tests de diagnostic utilisant un équipement technologique avancé.
Transfert de coûts vers un acheteur offrant une méthode de paiement plus attractive	Les prestataires facturent davantage si les acheteurs offrent des tarifs plus élevés ou des possibilités de paiement plus attractives. Ainsi, un acheteur paiera davantage, tandis qu'un autre paiera relativement moins (transfert au vu de la charge attendue). Cela peut se traduire par une surfacturation (le service est facturé au-delà du tarif officiel) ou une facturation supplémentaire (pour des services non justifiés médicalement) aux acheteurs et aux patients sans couverture médicale.	Effets variables Non désirables : financement inégal/inéquitable, protection financière réduite, qualité amoindrie. OU Désirables : si le prestataire décide de transférer des coûts à des fins de financement croisé en interne, afin de permettre la prise en charge des patients non solvables ou financièrement moins « attractifs ». ⁶	Paiements directs accrus (surfacturation et dépassement d'honoraires) OU Paiements directs réduits pour les populations les « moins » riches (financement croisé)

⁶ Cependant, la fonction de mutualisation offre des solutions plus efficaces de financement croisé.

Tableau 1.2. Autres effets potentiels d'un système mixte de paiement des prestataires sur le système de santé

Effets possibles	Définition	Répercussions potentielles sur le système de santé	Effets potentiels sur les Paiements directs
Fragmentation des services/soins	Se produit quand de multiples prestataires travaillent sans coordination.	Inefficacité, problèmes de qualité (absence de continuum de soins)	Paiements directs excessifs en raison de la multiplication/duplication des services
Coûts administratifs élevés	La multiplicité des modalités de paiement et des procédures de gestion des feuilles de soins génère un surcroît de travail administratif pour les prestataires de santé.	Inefficacité, augmentation globale des dépenses de santé	
Migration des personnels vers le secteur privé ou vers des niveaux de soins supérieurs	Des médecins et infirmiers sont attirés par des opportunités mieux rémunérées dans le secteur privé ou à des niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire.	Accès inéquitable et qualité amoindrie des soins pour les personnes consultant dans le secteur public (pénuries de personnels)	Paiements directs accrus (paiements informels) pour les usagers du secteur public de la santé afin de payer les lacunes en matière de services
Dépenses publiques biaisées	Quand des tarifs supérieurs sont offerts aux prestataires du secteur privé ou à des niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire, les ressources financières alimentent relativement plus le secteur privé ou ces niveaux supérieurs.	Déficits de ressources dans le secteur public, entraînant un accès inéquitable et une détérioration de la qualité des soins pour les usagers de ce secteur ; une protection financière réduite	Paiements directs accrus (paiements informels) pour les usagers du secteur public de la santé afin de payer les lacunes en matière de services
Augmentation des prix à tous les niveaux du système	Les tarifs plus élevés dans le secteur privé peuvent exercer une pression sur le prix des fournitures et produits médicaux à tous les niveaux du système.	Augmentation des dépenses de santé ; inefficacités	Paiements directs accrus

Source: Auteurs.

La figure 1.1 souligne également l'importance des modalités de gouvernance qui influent sur le fonctionnement du système mixte de paiement des prestataires. En font notamment partie un suivi et une supervision efficaces des acheteurs et des prestataires ; des responsabilités et des voies hiérarchiques clairement établies ; des niveaux appropriés d'autonomie des acheteurs et des prestataires (proportionnels à leurs capacités) ; et la génération et l'analyse de données au travers de systèmes efficaces de gestion de l'information. Cependant, le mode de mise en œuvre des

modalités de gouvernance peut créer un écart entre la conception théorique d'une méthode de paiement et la manière dont celle-ci fonctionne en pratique. Par exemple, l'absence de contrôle et de suivi peut ouvrir la voie à des opportunités de dépassements d'honoraires ou de facturation de coûts informels, pouvant indirectement influencer sur le comportement des prestataires et sur le niveau de sur-prestation fourni. L'évaluation systématique des modalités de gouvernance est synthétisée à l'étape IV. Cependant, il est conseillé de réaliser l'étape IV en parallèle des étapes précédentes (encadré 1.4).

Encadré 1.4 : Aperçu des cinq étapes de l'analyse d'un système mixte de paiement des prestataires

Étape 1

Cartographie : contexte général, acheteurs, prestataires et méthodes de paiement

- Cartographier et évaluer les effets potentiels des récentes réformes clés du système de santé et du financement de la santé sur le système de paiement à court et moyen termes.
- Recenser les acheteurs et les prestataires.
- Lister les méthodes de paiement utilisées, notamment les mécanismes de partage des coûts, et évaluer leur fonctionnement en pratique.

Étape 2

Évaluation des incitations induites par le système mixte de paiement ; et évaluation de leur influence sur le comportement des prestataires et les objectifs de la CSU

- Étudier le niveau d'autonomie des prestataires et la souplesse administrative dans l'utilisation des différentes sources de revenu.
- Identifier les incitations induites par chaque méthode de paiement, telle qu'elle fonctionne en pratique, pour chaque type de prestataire.
- Évaluer les effets des méthodes mixtes de paiement utilisées par chaque acheteur clé sur le comportement de chaque type de prestataire.
- Évaluer les effets du système mixte de paiement utilisé par les acheteurs sur le comportement de chaque type de prestataire.
- Combiner les effets sur chaque type de prestataire et identifier les effets généraux du système mixte sur les objectifs de la CSU, tous types de prestataires confondus et pour l'ensemble de la population.

Étape 3

Évaluation des autres effets du système mixte de paiement sur le système de santé

- Étudier les autres effets sur le système de santé.

Étape 4

Évaluation des modalités de gouvernance et de leurs effets sur le système mixte de paiement des prestataires

- Tout au long de la présente analyse, étudier comment les modalités de gouvernance existantes renforcent ou entravent le fonctionnement du système de paiement, et l'alignement des méthodes de paiement.
- Examiner comment les facteurs liés à la gouvernance créent une divergence entre la conception de la méthode de paiement et le fonctionnement de celle-ci en pratique.

Étape 5

Développement d'options politiques

- Étudier les éléments du système mixte de paiement qu'il faudrait modifier afin de contribuer à la réalisation des objectifs de la CSU ou à la réduction des effets néfastes sur le système de santé.
- Identifier les points d'entrée possibles pour :
 - harmoniser des méthodes de paiement utilisées par un même acheteur (modification ou ajustement des méthodes de paiement afin d'obtenir des incitations cohérentes) ;
 - aligner des méthodes de paiement entre les acheteurs (harmonisation des méthodes de paiement et des tarifs, et harmonisation des procédures administratives telles que la gestion des demandes d'indemnisation et la communication de l'information) ; et
 - prendre des mesures concomitantes régissant les facteurs liés à la gouvernance, affectant le fonctionnement du système mixte de paiement des prestataires.

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION D'UN SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Il est difficile d'évaluer et de mesurer les réponses comportementales des prestataires aux incitations induites par des méthodes de paiement. Le plus souvent, les données quantitatives afférentes aux comportements sont difficilement accessibles. Dans un premier temps, il peut être utile d'identifier les signaux dénotant l'existence d'un comportement particulier ou indiquant un risque de comportement non propice.

Les questions d'orientation présentées dans la partie 2 vous aideront à réaliser une analyse systématique et exhaustive. Cela étant, ce processus n'a pas vocation à répondre à chacune des questions. Simplement, les questions proposées sont des exemples des thèmes et des domaines à explorer dans le cadre de l'analyse.

Cette étude d'un système mixte de paiement des prestataires doit suivre une démarche méthodologique mixte. Elle est de nature qualitative, mais doit être couplée à une analyse des données quantitatives si elles sont disponibles (voir plus bas). La méthodologie proposée se compose des activités ci-après :

- une revue documentaire (de publications et de documents non officiels relatifs aux achats dans le pays) ;
- des entretiens avec les principaux organismes d'achat et acteurs de la gouvernance, et avec d'autres personnes-ressource et parties prenantes ;
- des entretiens avec un échantillon (choisi à dessein ou représentatif) de prestataires des secteurs public et privé, issus de niveaux de soins variés (primaire, secondaire, tertiaire) ;
- des discussions avec des patients ou des représentants d'associations de patients ;

- la collecte et l'analyse de données secondaires (données sur les demandes d'indemnisation, rapports sur les comptes de la santé, enquêtes auprès des ménages, enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes de mesure de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services [SARA]) ;
- dans la mesure du possible et selon les besoins, la collecte et l'analyse de données primaires, notamment d'observation.

La portée de l'étude, la combinaison de méthodes utilisée, le nombre d'établissements visités et de personnes interrogées, la quantité de données collectées et l'analyse des données secondaires varieront fortement selon le centrage de l'étude choisi au regard des priorités du pays, du temps et des ressources disponibles. En conséquence, l'équipe chargée de l'étude adaptera les questions d'orientation à son projet, en les conservant toutes ou en en sélectionnant une partie.

De plus, l'évaluation peut se centrer sur une région spécifique du pays (un État, une région ou un district) afin d'analyser à la loupe une situation d'achat spécifique. Elle pourra également comparer les situations dans plusieurs territoires infranationaux ayant entrepris des réformes distinctes des méthodes de paiement, ou comparer les interventions et les contrôles dans des sous-territoires.

Le tableau 1.3 fournit des exemples de partenaires pouvant être sélectionnés aux fins des entretiens. Un échantillon de prestataires peut être choisi à dessein parmi les contextes urbains/ruraux, aisés/démunis. Des exemples de données et d'indicateurs quantitatifs sont présentés dans le tableau 1.4 et dans les encadrés 2.2 et 2.3 de la deuxième partie.

Tableau 1.3. Exemples de participants aux entretiens

Acteurs de la gouvernance	Acheteurs	Prestataires	Patients, bénéficiaires	Autres personnes-ressource et parties prenantes
<ul style="list-style-type: none"> – Ministère de la Santé – Ministère des Finances – Ministère chargé du suivi stratégique de l'assurance maladie nationale – Ministère chargé de l'assurance maladie communautaire – Autorités de santé des gouvernements provinciaux et locaux 	<ul style="list-style-type: none"> – Ministère de la Santé (peut impliquer plusieurs départements chargés de régimes de couverture spécifiques) – Régime national d'assurance maladie – Assurance maladie communautaire/ mutuelle – Régime volontaire d'assurance maladie 	<p>Échantillon choisi à dessein :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Centres de santé (soins de santé primaires) – Hôpitaux de district – Hôpitaux régionaux et universitaires – Cliniques privées – Hôpitaux privés 	<ul style="list-style-type: none"> – Patients – Groupes/ associations de patients – Associations d'usagers 	<ul style="list-style-type: none"> – Organismes de développement – Chercheurs travaillant sur l'achat de services de santé – Organisations de la société civile

Tableau 1.4. Exemples de données quantitatives à collecter

Données sur les dépenses tirées des rapports sur les comptes de la santé, ventilées par acheteur, type de prestataire et fonction.
Taux d'utilisation, ventilés par groupe de population ou régime de couverture.
Données des dossiers des patients
<p>Demandes d'indemnisation, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> – nombre et type de tests de diagnostic réalisés pour des épisodes similaires – nombre de services fournis pour des épisodes similaires – nombre et type de médicaments prescrits pour des épisodes similaires – montant des demandes d'indemnisation pour des épisodes individuels similaires – diagnostics les plus couramment visés par une demande d'indemnisation comparativement à la charge de morbidité de la maladie : décalage ?
<p>Observations, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> – délais d'attente des différents groupes de population – nombre d'exams physiques par visite – durée (en minutes) de la consultation par visite – simulation des patients (par une présentation normalisée des symptômes)
<p>Maladies-repère, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> – taux de césarienne selon les groupes de revenu et les bénéficiaires de régime de couverture

PARTIE 2. QUESTIONS D'ORIENTATION

ÉTAPE 1 CARTOGRAPHIE : CONTEXTE GÉNÉRAL, ACHETEURS, PRESTATAIRES ET MÉTHODES DE PAIEMENT

OBJECTIFS FONDAMENTAUX

- Cartographier et évaluer les effets potentiels des récentes réformes clés du système de santé et du financement de la santé sur le système de paiement à court et moyen termes.
- Recenser les acheteurs et les prestataires.
- Lister les méthodes de paiement utilisées, notamment les mécanismes de partage des coûts, et évaluer leur fonctionnement en pratique.
- Identifier les incitations induites par chaque méthode de paiement, telle qu'elle fonctionne en pratique, pour chaque type de prestataire.

Les questions clés fondamentales sont indiquées en gras.

A. Contexte général

Identifiez les réformes clés du système de santé et du financement de la santé pouvant avoir des effets sur le système de paiement, et ses incidences sur la prestation de services

à court et moyen termes (réformes de la gestion des finances publiques, réforme des hôpitaux, etc.).

B. Aperçu du marché des prestataires de services de santé

- 1. Quels types de prestataires exercent dans votre pays ?** (précisez s'ils fournissent des services publics, privés à but lucratif ou privés à but non lucratif, et le niveau de soins — primaires, secondaires ou tertiaires) S'ils sont issus du service public, quel est leur niveau d'autonomie en matière d'allocation des ressources internes et peuvent-ils ajuster la structure de leurs dépenses ?
- 2. Quel est le nombre total d'établissements de chaque type de prestataire ?**
- 3. Au regard des données disponibles sur l'utilisation : quelle part de types de services est fournie par chaque type de prestataires ? Quelles sont les tendances des cinq dernières années en matière de prestation de services ?**
- 4. Au vu des données sur les comptes de la santé⁷ : quelle est la part de dépenses imputables à chaque type de prestataire ? Quelle part de chaque flux de revenu va à chaque type de prestataire ?**

⁷ La base de données mondiale sur les dépenses de santé fournit des données sur les comptes de la santé pour chaque pays. <http://www.who.int/health-accounts/en/>

5. Comment évoluent les dépenses de santé de manière globale ? Quels types de prestataires enregistrent une croissance globale des dépenses supérieure à la moyenne générale ?
6. Quel est le nombre de personnels de santé (par catégorie) dans les secteurs public et privé, et dans les zones urbaines et rurales ?
7. Quand un échantillon de prestataires est sélectionné à des fins de visites et d'entretiens, collecter des données sur les éléments ci-après :
 - nombre de personnels (par catégorie et par unité/service) ;
 - nombre de lits (le cas échéant) ;
 - nombre de services fournis (par ex. pour les centres de soins de santé primaires : consultation, vaccination ; pour les centres de soins de santé secondaires et tertiaires : services ambulatoires, services hospitaliers, accouchement et procédures chirurgicales) ; et
 - taille de la population desservie par le prestataire.

C. Aperçu du marché des acheteurs

Remarque : si nombreux acheteurs du même type existent (par exemple plusieurs assurances maladie volontaires ou plusieurs assurances maladie à base communautaire), et qu'ils utilisent les mêmes méthodes de paiement et tarifs, il peut être plus pratique de les regrouper dans une seule catégorie d'acheteur (« assurance volontaire » ou « assurance maladie à base communautaire » dans le cas présent). S'il y a de grandes différences parmi les assurances maladie quant aux méthodes de paiement et des tarifs ou quant aux groupes de population (par ex. une assurance maladie couvre des employés du secteur privé et une autre des fonctionnaires), elles doivent être conservées dans des catégories séparées. Par ailleurs, un même acheteur peut comporter plusieurs unités d'achat utilisant des démarches et des méthodes de paiement distinctes, comme c'est le cas au sein d'un ministère de la Santé.

1. **Décrivez les caractéristiques clés des règles de gestion des finances publiques relatives à l'établissement et à l'exécution des budgets des acheteurs et des prestataires publics, et les points faibles y afférents.**
 2. **Quels acheteurs** (ministère de la Santé, ministère des Finances, régime d'assurance maladie, assurance maladie volontaire, assurance maladie communautaire, ONG) **sont présents dans votre pays ?**
- Précisez les principales caractéristiques de chaque acheteur :
3. Quelle est la part de chaque acheteur dans les dépenses totales de santé ? *(cette valeur peut être calculée à partir des informations de la base de données mondiale sur les dépenses de santé)*
 4. Quelle est la part de chaque acheteur en matière de volume total de services par type de prestataires ? Différenciez selon les niveaux de soins/types de prestataires (primaires, secondaires, tertiaires). Par exemple, pour l'ensemble des soins de santé primaires dans le pays, quelle est la part des dépenses totales relatives aux soins de santé primaires de chaque acheteur, et quelle est la part des soins de santé primaires en volume de services de soins de santé primaires (en dépenses ou en patients ambulatoires) ? Ensuite, appliquez les mêmes questions aux niveaux de soins secondaires et tertiaires.
 5. Quels groupes de population l'acheteur cible-t-il ? Quels sont les critères d'admissibilité à la couverture ? Quelle part de la population totale cette population cible représente-t-elle ?

6. Quels services sont couverts par l'acheteur et à quels niveaux (soins de santé primaires, secondaires, tertiaires hospitaliers, etc.) ?
7. Quels types de prestataires l'acheteur paie-t-il (public et privé ; soins de santé primaires, secondaires, tertiaires) ?
8. Comment chaque acheteur négocie-t-il avec les prestataires ?
9. La contractualisation est-elle sélective⁸ ? Si c'est le cas, quels sont les critères de sélection ? Un système d'accréditation fonctionnel est-il établi ?
10. L'acheteur mène-t-il des revues de l'utilisation et des vérifications administratives afin de compenser les effets négatifs anticipés des incitations liées au paiement ?

D. Aperçu des méthodes de paiement

1. **Détaillez comment chaque acheteur paie chaque type de prestataire auquel il achète des services : examinez la méthode de paiement des prestataires utilisée en pratique et tenez compte des réglementations relatives à la gestion des finances publiques** (différenciez-les en matière de propriété, de services et de niveaux, le cas échéant) :
 - a. Les paiements sont-ils effectués par transfert financier (bancaire), lignes de crédit ou en nature (fourniture d'équipement, de personnel, de médicaments, etc.) ?
 - b. Les paiements sont-ils basés sur les intrants, les activités/volumes, ou calculés selon d'autres indicateurs de résultats ?
 - c. Les paiements sont-ils prospectifs (effectués au début d'une période avant la prestation des services) ou rétrospectifs (« remboursements » après l'utilisation des services) ?
 - d. L'acheteur paie-t-il les prestataires directement ou rembourse-t-il les dépenses engagées par les patients ? Les paiements sont-ils gérés par une institution intermédiaire (les autorités des districts, par exemple) ?
 - e. Pour chaque source de revenus, dans quelle mesure les prestataires sont-ils payés en temps opportun et en intégralité, dans le respect du contrat, de l'accord ou de la procédure budgétaire ? Quelle est la longueur des retards ou l'irrégularité des décaissements ?
 - f. Le calcul des tarifs suit-il une base claire ; les prestataires sont-ils informés de la méthodologie et la comprennent-ils ?
2. Qui porte la majorité des risques financiers associées à l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires ? Le risque principal est-il assumé par le prestataire, l'acheteur ou les patients ?
3. Quelles modalités de gestion des paiements et des demandes d'indemnisation sont utilisées en pratique ?
 - a. Quelles sont les préoccupations du point de vue des prestataires ?
 - b. Quelles sont les préoccupations du point de vue des acheteurs ?
4. Existe-t-il un système national intégré de gestion de l'information ? Les bases de données des acheteurs sont-elles interoperables ?

⁸ La contractualisation sélective signifie qu'un acheteur peut sélectionner les prestataires avec lesquels il souhaite travailler, c'est-à-dire qu'il est en droit de ne pas passer des contrats avec tous.

5. Décrivez les exigences en matière de communication de l'information et de gestion de l'information, et les pratiques réelles relatives à chaque méthode de paiement utilisée :
 - a. Quelles sont les préoccupations du point de vue des prestataires ?
 - b. Quelles sont les préoccupations du point de vue des acheteurs ?
 - c. Des pénalités sont-elles appliquées en cas de communication d'information erronée ou de demandes d'indemnisation factices ?
6. Quelle part des financements est associée à chaque méthode de paiement ?
7. Quelle part des financements chaque type de prestataire reçoit-il de chaque acheteur ?
8. Si les méthodes de paiement sont basées sur les résultats :
 - a. Quels sont les indicateurs de résultats et comment sont-ils mesurés/évalués ?
 - b. Comment les récompenses sont-elles payées et comment peuvent-elles être utilisées ?
9. **Quelles sont les principales préoccupations du point de vue de l'acheteur ?**
10. Au cours des cinq dernières années : quelle méthode de paiement des prestataires a été introduite ou modifiée, comment et quand ?

Pour chaque type de prestataire :

11. **Dressez la liste des méthodes de paiement utilisées. Combien de méthodes de paiement chaque prestataire doit-il gérer en provenance des différents acheteurs ?** (Penser à tenir compte des grilles tarifaires des patients sans couverture médicale qui paient l'intégralité des frais de santé par eux-mêmes).
12. Combien d'acheteurs envoient des paiements à l'établissement de santé ?
13. **Un même acheteur applique-t-il plusieurs tarifs pour des services identiques selon les groupes de population ?**
14. **Pour un même service fourni à un ou plusieurs groupe(s) de population, les tarifs diffèrent-ils selon les acheteurs ?** *(Cette information peut être extraite des accords/grilles tarifaires.)*
15. Quelle est la part de revenu associée à chaque méthode de paiement dans le total des recettes (ou des revenus) de l'établissement ? Comment a-t-elle évolué au cours des cinq dernières années ?
16. Quelle est la part de revenu associée à chaque acheteur dans le total des recettes (ou des revenus) de l'établissement ? Comment a-t-elle évolué au cours des cinq dernières années ?
17. Quels types de dispositifs de partage des coûts ou de régimes d'exemption pour des groupes de population définis sont associés à chaque méthode de paiement (montant fixe, pourcentage du total facturé, surveillance) ?
 - a. Quelle part des revenus totaux de l'établissement les modalités officielles de partage des coûts représentent-elles ?

- b. Les modalités de partage des coûts sont-elles respectées par les prestataires et les patients, conformément aux réglementations ? Si ce n'est pas le cas, quels problèmes cela engendre-t-il (paiements informels, par exemple) ?
- c. Existe-t-il des signes de facturation supplémentaire, c'est-à-dire des services facturés aux patients au-dessus du taux officiel ou injustifiés médicalement (également appelés « dépassements d'honoraires ») ?

18. Globalement, quelles sont les principales préoccupations du point de vue du prestataire ? Quels domaines présentent des mesures dissuasives selon les prestataires ?

Remarque : les questions ci-après sont centrées sur les soins intégrés/coordonnés en lien avec des maladies non transmissibles.

Vous pouvez sélectionner une maladie-repère (par ex. une maladie cardiovasculaire).

- 19.** Dans votre pays, qui sont les principaux prestataires de services de prévention, d'identification des cas, de prise en charge, de traitement et de réadaptation pour votre maladie-repère ?
- 20.** Pour les services liés à cette maladie-repère, quelle méthode de paiement des prestataires est utilisée pour chaque type de prestataire ?
- 21.** Existe-t-il des incitations intégrées (au travers des paiements aux prestataires) visant à coordonner/intégrer les soins entre l'ensemble des prestataires investis dans la prise en charge d'une maladie-repère ?
- 22.** D'autres outils de coordination ont-ils été établis afin d'encourager la continuité des soins entre les niveaux et les secteurs ?

ÉTAPE 2 ÉVALUATION DES INCITATIONS INDUITES PAR LE SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT ET DE LEUR INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT DES PRESTATAIRES ET SUR LES OBJECTIFS DE LA CSU

OBJECTIFS FONDAMENTAUX

- Evaluer les niveaux d'autonomie et de flexibilité administrative des prestataires quant à l'utilisation des méthodes de paiement.
- Analyser les incitations induites par le système mixte de paiement (conjointement avec les niveaux respectifs d'autonomie des prestataires en matière d'utilisation des méthodes de paiement proposées) et comment elles influent sur le comportement des prestataires et les objectifs de la CSU.
- Evaluer les effets des méthodes mixtes de paiement utilisées par chaque acheteur clé sur le comportement de chaque type de prestataires.
- Evaluer les effets du système mixte de paiement utilisé par les acheteurs sur le comportement de chaque type de prestataires.
- Combiner les effets sur chaque type de prestataires et identifier les effets généraux du système mixte sur les objectifs de la CSU, tous types de prestataires confondus et pour l'ensemble de la population.

Suivez les étapes d'analyse ci-après pour chaque type de prestataire :

A. Évaluation du degré d'autonomie des prestataires en matière d'utilisation des souplesses de paiement

1. Étudiez les degrés d'autonomie des prestataires pour chaque méthode de paiement : quelle souplesse administrative est associée à l'utilisation des différentes sources de revenu ?
2. L'autonomie des prestataires s'accompagne-t-elle d'un suivi approprié, afin de garantir une utilisation des ressources optimale et adaptée à leur capacité administrative ?
3. Doivent-ils garder leurs différentes sources de revenus séparées (sur des comptes bancaires distincts) ou peuvent-ils les regrouper à leur niveau ?
4. L'autonomie et la souplesse d'utilisation administrative des prestataires sont-elles adaptées à leur situation ? Les prestataires sont-ils en mesure de répondre aux incitations ?
5. Les obligations en matière de rapportage sont-elles appropriées et fournissent-elles les informations requises sur les activités et les résultats des prestataires ?
6. Un système de gestion de l'information fonctionnel est-il établi ?
7. Un système de gestion des feuilles de soins fonctionnel est-il établi ? Les prestataires sont-ils payés en temps opportun ?

8. Les acheteurs contrôlent-ils efficacement les résultats des prestataires et possèdent-ils l'expertise et les ressources techniques requises ?
9. Comment la surveillance est-elle assurée en pratique et comment le respect des règles par les prestataires en matière d'orientation des patients est-il garanti ?
10. Comment les facturations illicites sont-elles contrôlées et gérées ?

B. Évaluation des incitations créées par la combinaison de méthodes de paiement au regard du degré d'autonomie des prestataires

Étape d'analyse temporaire

Cette étape a vocation à déterminer les incitations qui seraient induites si une seule méthode de paiement existait et fonctionnait indépendamment des autres. Cette étape est provisoire puisque la véritable analyse (section suivante) sera centrée sur les incitations réellement induites par les multiples méthodes de paiement utilisées.

1. **Quelles incitations seraient induites par chacune des méthodes de paiement si elle existait en isolation (au regard du degré d'autonomie des prestataires en matière d'utilisation des fonds), donc sans tenir compte de l'existence des autres méthodes de paiement en place ? (Le tableau en annexe 1 fournit un premier aperçu de l'orientation de l'incitation.)**
 - a. Cet ensemble d'incitations crée-t-il un signal cohérent pour le prestataire ?
 - b. Le mix de paiements couvre-t-il les coûts des services qu'il est supposé financer (l'ensemble des services nécessaires aux soins d'un cas ou d'un épisode, par exemple une consultation, un test de diagnostic, des médicaments et un traitement) ?
2. La méthode de paiement couvre-t-elle les coûts de ce qu'elle est supposée couvrir et financer ?
3. Quelle méthode de paiement est la plus attractive pour le prestataire ?
4. Si les acheteurs clés utilisent plusieurs méthodes de paiement pour rétribuer un prestataire, évaluer le mix de paiements pour chaque acheteur clé :
 - a. Ce mix de méthodes de paiement (allié à l'autonomie du prestataire pour les utiliser) induit-il des incitations à un comportement du prestataire favorable à l'atteinte des objectifs de la CSU ?
5. Quelle(s) incitation(s) (afférente(s) à quelle méthode de paiement) serait dominante dans l'influence qu'elle joue sur le comportement du prestataire ? (Les prestataires peuvent rester hermétiques à certaines incitations et réagir à d'autres.)
6. Quels seraient les comportements dominants du prestataire ?

Remarque : l'incitation induite par la méthode de paiement qui représente la source de revenus principale pourrait être celle qui a le plus d'influence. Il se peut également que l'incitation relative à la méthode de paiement qui augmente les primes ou les suppléments de salaire ait la plus forte influence.

Évaluation de toutes les méthodes de paiement, tous acheteurs confondus

1. Évaluez le système mixte de paiement des prestataires des différents acheteurs
 - a. Les méthodes de paiement utilisées par les multiples acheteurs composent-elles un ensemble cohérent d'incitations à un comportement des prestataires propice aux objectifs du secteur de la santé ?
 - b. Dans quelle mesure les méthodes de paiement sont-elles harmonisées entre les acheteurs ?
2. Le prestataire estime-t-il que les méthodes de paiement et les tarifs sont adéquats et acceptables ?
3. Si ce n'est pas le cas, comment le prestataire compense-t-il cette inadéquation perçue ?
4. Quelle(s) incitation(s) (afférente(s) à quelle méthode de paiement) semble(nt) avoir le plus d'influence sur le comportement des prestataires (les prestataires pouvant rester hermétiques à certaines incitations) ?

Remarque : l'incitation induite par la méthode de paiement qui représente la source de revenus principale pourrait être celle qui a le plus d'influence. Il se peut également que l'incitation générée par une méthode de paiement qui augmente les primes ou les suppléments de salaire ait la plus forte influence, si les prestataires jouissent d'une flexibilité et d'une autonomie adéquates quant à leur utilisation.

C. Cohérence entre les méthodes de paiement des prestataires et les dispositifs de partage des coûts

1. Les prestataires peuvent-ils établir leurs propres grilles tarifaires pour les patients qui paient intégralement leurs dépenses de santé ?
2. Quels types d'incitations les dispositifs de partage des coûts engendrent-ils pour les patients et pour les prestataires ?
3. Les incitations escomptées liées aux méthodes de paiement sont-elles parfois modifiées par les dispositifs de partage des coûts y afférents ?
4. Les incitations induites par les dispositifs de partage des coûts sont-elles cohérentes avec les incitations induites par les méthodes de paiement ?

D. Évaluation des effets des incitations sur le comportement des prestataires

1. Évaluez dans quelle mesure les incitations principales induites par la combinaison de méthodes de paiement et les niveaux respectifs d'autonomie des prestataires en matière de paiement affectent le comportement de ceux-ci.
2. Dans quelle mesure les comportements des prestataires observés sont-ils favorables ou non à l'atteinte des objectifs de la CSU ?

Les encadrés 2.1 et 2.2 présentent des questions plus fines pour l'évaluation du comportement des prestataires.

Encadré 2.1 : Questions clés visant à déterminer si les comportements des prestataires sont favorables à l'atteinte des objectifs de la CSU

Au regard des niveaux d'autonomie des prestataires en matière de paiement, les incitations induites par la combinaison de méthodes de paiement encouragent-elles un comportement favorable à l'attente des objectifs de la CSU ?

Comment ?

Par exemple :

- Les incitations encouragent-elles la prestation d'un niveau approprié de soins pour le patient ?
- Garantissent-elles la maîtrise des dépenses ? Contribuent-elles à gérer la croissance des dépenses (au moyen de méthodes de paiement fermées, qui créent un volume ou un budget plafonné) ?
- Permettent-elles une gestion efficace du traitement des paiements (efficacité administrative) ? (Les indications sont : une charge de travail appropriée, une collecte des données unifiée avec des dispositifs divers de gestion des paiements et des demandes d'indemnisation, des procédures cohérentes d'établissement de rapports, etc.)
- Encouragent-elles la prestation de traitements appropriés et le renforcement de la qualité des services ?
- Améliorent-elles l'équité des traitements pour tous les patients au regard de leurs besoins ?
- Encouragent-elles le continuum des soins au moyen d'orientations et de réorientations des patients appropriées ?
- Permettent-elles et encouragent-elles l'allocation et le transfert des ressources au regard des priorités et des besoins au sein de l'établissement ?
- Garantissent-elles le respect des règles en matière de paiement et de facturation ?

Encadré 2.2 : Questions clés visant à déterminer si les comportements des prestataires sont peu favorables à l'atteinte des objectifs de la CSU

Les incitations induites par la combinaison de méthodes de paiement entraînent-elles un comportement des prestataires non propice aux objectifs de santé ?

1. Écrémage

Existe-t-il des signes de traitement préférentiel de certains patients ?

Par exemple, existe-t-il des différences systématiques entre des groupes de population ou des groupes de patients traités dans un même établissement en matière de :

- temps d'attente ;
- délai de rendez-vous avec un spécialiste ;
- durée de consultation (pour des patients et des épisodes comparables) ;
- nombre et type de tests de diagnostic réalisés pour des épisodes similaires ;
- nombre de services fournis pour des épisodes similaires ;
- nombre et type de médicaments prescrits pour des épisodes similaires ; et
- montant facturé pour des épisodes comparables ?

Remarque : ces indications peuvent révéler une sous-prestation de services aux patients moins attractifs financièrement. Pour autant, les patients plus attractifs financièrement peuvent également recevoir une sur-prestation, sans que la qualité soit renforcée. Ces informations peuvent également être tirées des données sur les demandes d'indemnisation, par une comparaison des groupes de population.

L'écrémage entraîne-t-il une hausse des paiements directs pour les groupes de patients non préférentiels (au moyen d'un partage des coûts formalisé ou de paiements informels) ?

2. Transfert de ressources

Par exemple, existe-t-il des différences particulières entre les unités/services (qui ne sont pas expliquées par d'autres facteurs externes tels que les schémas épidémiologiques et les profils) dans les domaines ci-après :

- disponibilité et niveaux de dotation en effectifs ;
- médicaments et fournitures disponibles ;
- délais d'attente, en particulier pour consulter des spécialistes ;
- nombre de services fournis ; et
- paiements directs relativement supérieurs dans les unités/services pour les services auxquels des ressources ont été soustraites.

3. Transfert de coûts

Existe-t-il des signes de transfert de coûts d'un acheteur vers un autre ? Par exemple :

- Les prestataires facturent-ils des taux plus élevés ou davantage de services à un acheteur (surfacturation) comparativement à ce qu'ils facturent à un autre ?
- Les prestataires utilisent-ils les ressources d'un groupe de patients (patients couverts par une assurance maladie par ex.) afin de diminuer le prix/partage de coûts facturé à d'autres groupes de patients (sans couverture de santé ou les plus démunis) ?

Encadré 2.2 (suite)

Existe-t-il des signes indiquant que des coûts sont « transférés » aux patients ? Par exemple :

- Existe-t-il des signes de partages des coûts supplémentaires, qui se traduisent par une hausse des paiements directs, des dépassements d'honoraires ou des paiements informels ?
- Cela affecte-t-il tous les patients ou des patients ou services spécifiques ?

4. Transfert de services

Existe-t-il des signes de transfert de services par intérêts financiers ? Par exemple :

- Existe-t-il des taux élevés de patients qui sont orientés inutilement vers des niveaux de soins supérieurs ou d'autres prestataires, alors que le prestataire initial avait les capacités et les compétences pour les prendre en charge (en particulier les traitements onéreux) ?
- Le transfert de services entraîne-t-il des paiements directs supplémentaires (à travers un partage des coûts formalisé ou des paiements informels) pour les patients dont les services/traitements sont transférés ?

E. Évaluation des répercussions des comportements des prestataires sur les objectifs de la CSU

1. En quoi les comportements de chaque prestataire affectent-ils les progrès dans la réalisation des objectifs de la CSU ?
2. Quels sont les effets combinés des comportements des prestataires sur les progrès dans la réalisation des objectifs de la CSU ?
3. **Pour l'ensemble des prestataires, quelles semblent être les incitations les plus fortes et les comportements y afférents, et donc les principaux effets sur les objectifs de la CSU ?**

Remarque : dans la mesure du possible et si cela est utile, les effets sur les objectifs de la CSU doivent être ventilés par population, revenu et/ou groupe de patients.

Le cas échéant, l'analyse peut également différencier les niveaux national et infranational ou se centrer sur un territoire infranational sélectionné (par ex. un district spécifique).

L'encadré 2.3 présente des questions plus fines aux fins de l'évaluation des effets des comportements des prestataires sur les objectifs de la CSU.

Encadré 2.3 : Répercussions potentielles des comportements des prestataires sur les objectifs de la CSU

Efficienne

- En quoi l'écrémage, le transfert de ressources, le transfert de coûts ou le transfert de services entraînent-ils une utilisation sous-optimale des ressources ?

Gestion de la croissance des dépenses

- Comment évalue-t-on la tendance de croissance des dépenses de chaque type de prestataire, comparativement au taux global de croissance des dépenses du système de santé en général ?
- Peut-elle être considérée comme une croissance appropriée ?

Qualité

- Quel est l'effet de l'écrémage ou du transfert de ressources, de coûts ou de services sur la qualité des soins aux patients et à des groupes de population spécifiques ?
- Des signes d'interruption du continuum de soins sont-ils observés ? (c.-à.-d. des patients non suivis d'un prestataire à l'autre)

Utilisation équitable des ressources au regard des besoins

- Existe-t-il des signes indiquant que des populations et/ou groupes de patients spécifiques sont désavantagés/discriminés ou perdants, et ont un accès inéquitable aux services en raison d'un écrémage des patients ou d'un transfert de ressources, de coûts ou de services ?
- En cas de transfert de coûts d'un acheteur vers un autre, identifiez l'acheteur qui en bénéficie. En quoi ces transferts de charge financière affectent-ils le niveau de financement équitable ? Favorisent-ils les patients riches ou pauvres ?

Protection financière

- Quels sont les effets de l'écrémage ou du transfert de ressources, de coûts ou de services sur la protection financière ?

Indicateurs à étudier :

- Taux d'utilisation, ventilés par groupes de population, groupes de revenu ou groupes de patients.

ÉTAPE 3. ÉVALUATION DES AUTRES EFFETS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIFS FONDAMENTAUX

- Etudier les autres effets sur le système de santé.

1. Lorsque l'on agrège les effets observés pour chaque type de prestataire, quels sont les effets du système pour l'ensemble des types de prestataires et des groupes de population ?
2. Ces effets ont-ils d'autres conséquences sur le système de santé, ou causent-ils d'autres défis et si oui comment ?

L'encadré 4 ci-après présente des questions détaillées visant à orienter cette analyse.

Encadré 2.4 : Effets sur le système

Fragmentation des services

- Existe-t-il des signes de fragmentation des services entre les prestataires ou entre les niveaux de prestataires, ou entre les interventions/programmes de santé (par ex. des patients qui ne reçoivent pas de soins continus ou intégrés) ?
- Existe-t-il des signes de fragmentation des services liés au fait que certains aspects du traitement d'un épisode sont couverts, tandis que d'autres ne le sont pas (tests de diagnostic, médicaments, fournitures telles que savon et linge, par exemple) ?
- Quelles sont les conséquences observées de cette fragmentation pour les patients (manque de coordination des soins, problèmes de qualité/sécurité) ?
- Cette fragmentation des services entraîne-t-elle une hausse des paiements directs ?

Coûts administratifs élevés

- Dans quelle mesure la multiplicité des modalités de paiement et des procédures de gestion des demandes d'indemnisation entraîne-t-elle un surcroît de travail administratif et une hausse des coûts administratifs pour les différents types de prestataires, augmentant de ce fait globalement les dépenses de santé à l'échelle du système ?

Migration de personnels vers le secteur privé

- Le système mixte de paiement des prestataires encourage-t-il la migration de personnels de santé vers le secteur privé ou vers des niveaux de soins plus élevés pour des raisons financières ? Quelle en est l'ampleur ?

Encadré 2.4 (suite)

Dépenses publiques biaisées

- Le système mixte biaise-t-il les dépenses publiques (c.-à-d. qu'une part disproportionnée des dépenses est allouée aux soins tertiaires et/ou au secteur privé) ? Quelle en est l'ampleur ? Quelles en sont les conséquences en matière d'équité et d'efficience ?
- Le système mixte encourage-t-il des dépenses publiques à la faveur des plus riches, des parts importantes des fonds publics servant à financer des régimes de couverture de santé pour les groupes de population les plus aisés au moyen de méthodes de paiement et de tarifs ponctionnant fortement les fonds publics ?

Hausses de prix

- Les taux de rémunération supérieurs payés au secteur privé ont-ils des répercussions dans le secteur public (pression sur les prix liés aux personnels, aux fournitures, etc.) ?

ÉTAPE 4 ÉVALUATION DES MODALITÉS DE GOUVERNANCE ET DE LEURS EFFETS SUR LE SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

OBJECTIFS FONDAMENTAUX

- Tout au long de l'analyse, étudier comment les modalités de gouvernance existantes renforcent ou entravent le fonctionnement du système de paiement et l'alignement des méthodes de paiement.
- Examiner comment les facteurs liés à la gouvernance créent une divergence entre la conception de la méthode de paiement et le fonctionnement de celle-ci en pratique.

1. Évaluez les modalités de gouvernance générales pour l'ensemble du marché de l'achat, notamment les objectifs de politique, les cadres réglementaires du secteur de la santé, les règles de gestion des finances publiques, et les réglementations applicables aux prestataires privés.
Une attention particulière sera portée à la gestion de l'information et aux capacités des acteurs clés.
2. Évaluez les modalités de gouvernance de chaque acheteur, notamment leur aptitude à agir en tant qu'acheteur stratégique.
3. Évaluez les modalités de gouvernance relatives aux prestataires et comment elles leur permettent de réagir aux incitations.
4. **Examinez comment la combinaison de ces facteurs liés à la gouvernance crée une divergence entre la conception des méthodes de paiement et le fonctionnement de celles-ci en pratique.**

L'encadré 2.5 propose des questions plus précises aux fins de cette analyse.

Encadré 2.5 : Modalités de gouvernance à différents niveaux

Gouvernance du marché de l'achat dans son ensemble

1. Existe-t-il une politique définissant des objectifs clairs, spécifiques et opérationnels en matière d'achat stratégique ? Un mécanisme de suivi des progrès vers ces objectifs a-t-il été établi ? Permet-il de proposer ou d'apporter des ajustements aux méthodes de paiement si celles-ci ne contribuent pas aux objectifs ou quand de nouvelles données et analyses sont disponibles ?
2. Qui sont les acteurs impliqués dans la coordination, l'harmonisation/l'alignement et la réglementation du marché de l'achat ou qui en ont la charge, notamment pour les aspects liés au panier des soins, aux méthodes de paiement et aux tarifs, aux procédures d'établissement des contrats, au rapportage, à l'entrée sur le marché, aux pratiques concurrentielles, aux normes de sécurité et de qualité ?
3. Quels mécanismes ont été établis à des fins de coordination, de réglementation et d'harmonisation entre les différents acheteurs ?
4. Ces acteurs ont-ils les capacités opérationnelles suffisantes pour s'acquitter des tâches de gouvernance ? Quelles sont les lacunes ?
5. Quels sont les bonnes pratiques observées en termes de coordination, réglementation et harmonisation de l'ensemble des acheteurs ? Quels domaines sont dûment coordonnés/réglementés/harmonisés ? Où sont les lacunes ?
6. Quelles sont les difficultés observées en matière de coordination, de réglementation et d'harmonisation ?
7. Les acteurs chargés de la coordination et la réglementation de l'ensemble des acheteurs ont-ils accès à un éventail d'information complet ?
8. Quelles sont les capacités requises afin d'améliorer la coordination, la réglementation et l'harmonisation de l'ensemble des acheteurs ?
9. Des règles ont-elles été définies (ou des procédures d'élaboration continue des politiques) pour garantir la mise en place de bases de données uniformes ou interopérables et des feuilles de soins uniformes ou harmonisées pour l'ensemble des acheteurs et des régimes d'assurance maladie, quels que soient les groupes de population ?
10. Quels autres moyens d'action faudrait-il mettre en place pour renforcer la coordination, la réglementation et l'harmonisation du marché de l'achat ?

Modalités de gouvernance relatives à chaque acheteur

11. L'acheteur possède-t-il un niveau d'autonomie adéquat pour appliquer et ajuster le système de paiement de manière efficace, afin d'accroître l'efficacité, de gérer la croissance des dépenses et garantir la qualité des soins fournis par les prestataires ?
12. Qui détermine les méthodes de paiement des prestataires ? Qui détermine les tarifs des prestataires ? Quelle procédure sert à définir les méthodes de paiement ?
13. Des mécanismes ont-ils été mis en place afin de tenir l'acheteur responsable de l'utilisation efficace des fonds et de veiller à ce qu'il garantisse l'accès des personnes qui en ont besoin aux services de santé requis et fournisse des services de qualité élevée ?
14. Selon les acheteurs, quels sont les facteurs favorables et les difficultés inhérents à l'exercice de leurs fonctions d'achat stratégique ?

ÉTAPE 5. DÉFINITION D'OPTIONS STRATÉGIQUES

OBJECTIFS FONDAMENTAUX

- Etudier les éléments du système mixte de paiement qui devraient être modifiés afin de contribuer à la réalisation des objectifs de la CSU ou de réduire les effets néfastes sur le système de santé.
- Identifier les points d'entrée possibles afin d'améliorer :
 - l'harmonisation des méthodes de paiement utilisées par un même acheteur (modification ou ajustement des méthodes de paiement afin d'obtenir des incitations cohérentes) ;
 - l'alignement des méthodes de paiement entre les acheteurs (harmonisation des méthodes de paiement et des tarifs, et harmonisation des procédures administratives telles que la gestion des demandes d'indemnisation et la communication de l'information) ; et
 - les mesures concomitantes régissant les facteurs liés à la gouvernance, affectant le fonctionnement du système mixte de paiement des prestataires.

- 1. Quelles sont les conclusions principales de l'étude du système mixte de paiement des prestataires ? Où se situent les difficultés principales ?**
 - l'alignement des combinaisons de méthodes de paiement entre plusieurs acheteurs ;
 - les mesures concomitantes régissant les facteurs liés à la gouvernance, affectant le fonctionnement du système mixte de paiement des prestataires.
- 2. Quel est l'aspect le plus inquiétant en matière d'égalité d'accès aux soins et de protection financière ?**
- 3. Que faudrait-il modifier dans le système mixte afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la CSU et d'objectifs de santé publique spécifiques (par ex. accroître la fourniture de services des établissements de santé, l'utilisation des centres de soins de santé primaire, l'utilisation des mesures de prévention des maladies non transmissibles) ou de réduire les effets néfastes sur le système de santé ?**

Identifiez les points d'entrée possibles, notamment :

 - l'alignement des méthodes de paiement utilisées par un acheteur ;
- 4. Quelles mesures à court terme sont envisageables dans le cadre juridique actuel ?**
- 5. Quelles mesures à moyen et long termes nécessitent une modification du cadre juridique actuel ou sont susceptibles de se heurter à la résistance des parties prenantes ?**
- 6. Quelles difficultés liées aux modalités de gouvernance pourraient ou devraient être éliminées ?**
- 7. Qui sont les soutiens et les opposants probables aux modifications proposées ?**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cashin C, editor (2015). Assessing health provider payment systems: a practical guide for countries working toward universal health coverage. Washington (DC): Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- Donabedian A (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*;260:1743–8.
- Hanson K (2018). RESYST research on strategic purchasing. London: RESYST (<http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/RESYST%20research%20on%20Strategic%20Purchasing%20.pdf>, accessed on 11 September 2018).
- Institute of Medicine. Medicare (1990). A strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press.
- Kutzin J (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 91:602–11.
- Langenbrunner J, Cashin C, O’Dougherty S, editors (2009). Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington (DC): The World Bank.
- Mathauer I, Dale E, Meessen B (2017). Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners’ discussions. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/health_financing/documents/strategic-purchasing-discussion-summary/en/, accessed 11 September 2018).
- McIntyre D, Kutzin J (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. (Health Financing Guidance, No. 1). Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/health_financing/documents/country-diagnostic/en/, accessed 11 September 2018).
- Nguyen PNK, Oanh TTM, Phuong HT, Tien TV, Cashin C (2015). Assessment of systems for paying health care providers in Vietnam: implications for equity, efficiency and expanding effective health coverage. *Glob Public Health.* 10(Suppl 1):S80–94.
- OECD (2016). Better ways to pay for health care. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- RESYST (2014). What is strategic purchasing for health? Financing research theme, Topic overview 4. London: Resilient and Responsive Health Systems.
- WHO (2007). Everybody’s business - Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO’s framework for action. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2010). Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Report 2010. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 11 September 2018).

- WHO (2011). OASIS (Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing) Approach: Health financing review, performance assessment, options for improvement. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en/, accessed 11 September 2018).
- WHO (2017). Strategic purchasing for universal health coverage: unlocking the potential (Global meeting, Geneva, 25–27 April 2017). Meeting report. Geneva: World Health Organization. Available at: https://www.who.int/health_financing/events/strategic-purchasing-meeting-2017-report-fr.pdf?ua=1 , accessed on 5 November 2019.
- WHO (2018). Maternal, newborn, child and adolescent health: what is quality of care and why is it important? Geneva: World Health Organization, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ , accessed 5 November 2018.
- WHO (2020). La gouvernance de l'achat et des méthodes de paiement : Comment aller vers un achat stratégique pour la Couverture Sanitaire Universelle en Tunisie ? Geneva: World Health Organization, available at <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240003439> , accessed 10 January 2021.
- WHO/Government of Morocco (GoM) (2017). An analysis of the mixed provider payment system of Morocco: impacts, implications and options to move towards more strategic purchasing. Rabat: WHO and the Ministry of Health of the Kingdom of Morocco (in French).
- WHO/Government of Burkina Faso (GoB) (2017). Analysis of the mixed provider payment system in Burkina Faso. Ouagadougou: WHO and the Ministry of Health of Burkina Faso.
- WHO/World Bank/OECD (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, OECD and World Bank.

ANNEXE 1 : PRINCIPALES MÉTHODES DE PAIEMENT UTILISÉES PAR LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET INCITATIONS ANTICIPÉES

Méthode de paiement	Définition	Incitations
Prospectives :		
Lignes budgétaires	Les prestataires reçoivent un montant déterminé pour couvrir des dépenses liées à des intrants spécifiques (personnels, médicaments, etc.), avec une marge de manœuvre limitée pour transférer ces fonds d'une ligne budgétaire à une autre.	Sous-prestation de services, pas de centrage sur la qualité et les résultats sauf indications contraires et responsabilité explicite
Budget global	Les prestataires reçoivent un montant déterminé pour une période donnée afin de couvrir l'ensemble des dépenses. Le budget est souple, sans répartition rigide aux différentes lignes budgétaires.	Sous-prestation de services, pas de centrage sur la qualité et les résultats sauf indications contraires et responsabilité explicite ; la souplesse budgétaire peut favoriser l'efficacité.
Capitation	Les prestataires reçoivent à l'avance un montant déterminé pour assurer un ensemble défini de services pour chaque personne enregistrée et pour une période déterminée.	Sous-prestation de services, abus d'orientation de patients vers des prestataires de référence (si l'unité de paiement n'inclut pas de tels services)
Rétrospectives :		
Paiement à l'acte	Les prestataires sont rémunérés pour chaque acte fourni. Le montant est fixé à l'avance pour chaque service ou groupe de services.	Sur-prestation de services
Paiement par cas (ou groupe homogène de malades « GHM »)	Les hôpitaux reçoivent un montant déterminé pour chaque admission en fonction des spécificités du patient et des caractéristiques cliniques.	Augmentation du volume, réduction des coûts par cas, tendance à éviter les cas sévères
Paiement à la journée (per diem)	Les hôpitaux reçoivent un montant déterminé par jour pendant la période d'hospitalisation dans l'établissement.	Prolongation de la période d'hospitalisation, réduction des frais par journée d'hospitalisation ; écrémage

Source: Adapté à partir de Cashin (2015)



Pour plus d'informations, veuillez contacter le:

Département Gouvernance et financement des systèmes de santé
Systèmes de santé et innovation
Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel: healthfinancing@who.int
Site internet: http://www.who.int/health_financing

ISBN: 978-92-4-001952-2

