

DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE : GUIDE DE RÉFÉRENCE



Joseph Kutzin
Sophie Witter
Matthew Jowett
Dorjsuren Bayarsaikhan



Organisation
mondiale de la Santé

FINANCEMENT DE LA SANTÉ. ORIENTATIONS NO 3

DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE : GUIDE DE RÉFÉRENCE

**Joseph Kutzin
Sophie Witter
Matthew Jowett
Dorjsuren Bayarsaikhan**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Développer une stratégie national de financement de la santé publique: guide de référence [Developing a national health financing strategy: a reference guide (Health Financing Guidance No 3)]/ Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan
(Financement de la santé. Orientations No 3)

ISBN 978-92-4-251210-6

© Organisation mondiale de la Santé 2018

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

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

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

Citation suggérée. Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Développer une stratégie national de financement de la santé publique: guide de référence [Developing a national health financing strategy: a reference guide (Health Financing Guidance No 3)]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 (Financement de la santé. Orientations No 3). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Chapitre 1. Introduction | 1 |
| 1.1. Financement de la santé et couverture-santé universelle | 1 |
| 1.2. Qu'est-ce qu'une stratégie de financement de la santé ? | 2 |
| 1.3. Comment est organisé le présent guide de référence | 4 |
| Chapitre 2. Élaborer une stratégie de financement de la santé | 7 |
| 2.1. Procéder à une analyse de la situation | 7 |
| 2.2. Le processus d'élaboration d'une stratégie de financement de la santé | 8 |
| Chapitre 3. Plan général à caractère indicatif d'une stratégie de financement de la santé | 11 |
| Partie 1 : Arrière-plan, diagnostic et objectifs | 11 |
| 3.1. Introduction | 11 |
| 3.2. Analyse de la situation et enseignements tirés | 11 |
| 3.3. Objectifs spécifiques au pays considéré | 12 |
| Partie 2 : Interventions stratégiques | 13 |
| 3.4. Obtention de moyens de financement | 13 |
| 3.5. Regroupement des moyens financiers | 14 |
| 3.6. Acquisition des services | 15 |
| 3.7. Structuration des prestations, rationnement, base d'ouverture des droits | 16 |
| 3.8. Problèmes d'harmonisation | 17 |
| Partie 3 : Gouvernance, évaluation, suivi, développement des capacités | 18 |
| 3.9. Gouvernance & dispositifs de mise en œuvre | 18 |
| 3.10. Plan d'évaluation et de suivi | 19 |
| 3.11. Développement des capacités | 20 |
| 3.12. Conclusions | 20 |
| Chapitre 4. La CSU & le financement de la santé : concepts sous-jacents & contexte | 21 |
| Partie 1 : Arrière-plan, diagnostic et objectifs | 21 |
| 4.1. En quoi le financement de la santé peut-il soutenir le progrès vers la CSU – objectifs de couverture finals et buts intermédiaires | 21 |
| 4.2. Facteurs contextuels clés | 22 |
| 4.3. Objectifs spécifiques aux pays en développement | 25 |
| Partie 2 : Interventions stratégiques | 25 |
| 4.4. Obtention des moyens budgétaires : sources de financement et mécanismes contributifs | 26 |
| 4.5. Regroupement des recettes | 30 |
| 4.6. Achats de prestations de services | 33 |
| 4.7. Structuration des prestations, rationnement, base d'ouverture des droits | 38 |

| | |
|--|----|
| Partie 3 : Gouvernance, développement des capacités, suivi & évaluation | 41 |
| 4.8. Gouvernance des fonctions de financement de la santé | 41 |
| 4.9. Plan d'évaluation et de suivi | 42 |
| 4.10. Développement des capacités..... | 45 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Objectifs de la CSU et leurs buts intermédiaires influencés par la politique de financement de la santé | 2 |
| Figure 2 : Étapes clés de l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé..... | 5 |
| Figure 3 : Politique de financement de la santé et CSU : cheminements | 22 |
| Figure 4 : Principales sources de financement et principaux mécanismes de contribution | 27 |
| Figure 5 : Flux génériques des recettes de leurs sources aux entités destinataires en commun | 31 |
| Figure 6 : Vue d'ensemble de la structure du marché de l'achat des prestations et des méthodes de rémunération des prestataires | 37 |
| Figure 7 : Structuration et rationnement des prestations selon les trois dimensions de la couverture | 39 |
| Figure 8 : Les dispositifs de financement de la santé et la population | 43 |

Liste des encadrés

| | |
|--|---|
| Encadré 1 : Principes directeurs des réformes du financement de la santé propices à l'instauration de la CSU | 6 |
|--|---|

LES AUTEURS

Joseph Kutzin, coordinateur pour le financement de la santé, Département Gouvernance et financement des systèmes de santé, OMS, Genève.

Sophie Witter, professeur en financement international de la santé et systèmes de santé, Queen Margaret University, Édimbourg, Royaume-Uni.

Matthew Jowett, administrateur principal, spécialisé en financement de la santé, Département Gouvernance et financement des systèmes de santé, OMS, Genève.

Dorjsuren Bayarsaikkhan, administrateur principal, spécialisé en financement de la santé, Département Gouvernance et financement des systèmes de santé, OMS, Genève.

REMERCIEMENTS

Les auteurs sont particulièrement reconnaissants des suggestions et commentaires faits par leurs collègues de l'OMS et par d'autres spécialistes au cours de l'élaboration du présent guide de référence. Une aide financière a été reçue du Département pour le développement international du Royaume-Uni (DFID), au titre du Programme d'amélioration des systèmes nationaux de financement de la santé qui sont propres à accélérer le progrès vers la couverture-santé universelle.

Pour de plus amples informations sur notre action en matière de politique de financement de la santé, consulter notre site : www.who.int/health_financing.

Illustration de la page de couverture : peinture à l'huile originale de Fabrice Sergent intitulée « Made in Japan ».

COMMENT UTILISER CE DOCUMENT

Le présent document est basé sur l'expérience acquise par l'OMS à travers le soutien qu'elle assure depuis de nombreuses années à ses États Membres dans le domaine de la politique de financement de la santé. En tant que guide de référence, il propose un canevas de stratégie de financement de la santé, mais son but premier est de mettre en lumière les différents aspects de la politique de financement de la santé qui doivent être abordés et analysés par les pays. Pour être fructueuse, une stratégie de financement de la santé doit plonger ses racines dans une analyse des problèmes conjoncturels de fonctionnement du secteur de la santé. La conduite d'une telle analyse est l'objet, principalement, d'un document distinct (dont les références détaillées sont précisées ci-après), de sorte que le présent guide de référence est à utiliser en conjonction avec ce document :

McIntyre D. & Kutzin, J. « Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. (Diagnostic et éléments d'orientation pour le financement de la santé, No 1). Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253471/1/9789242510119-fre.pdf?ua=1&ua=1>.

1. INTRODUCTION

1.1. FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET COUVERTURE-SANTÉ UNIVERSELLE

La couverture-santé universelle (CSU) correspond à une situation telle que tous les individus d'une société sont en mesure d'obtenir les services de santé – de haute qualité – dont ils ont besoin et ce, sans avoir à redouter que le coût de ces services, au moment où ils devront y recourir, les mette en situation de difficulté financière. L'instauration de la CSU est devenue une priorité politique majeure dans bien des pays et elle bénéficie également au niveau international d'une attention soutenue et qui va croissant, puisqu'elle constitue l'une des cibles assignées à l'objectif de développement durable (ODD) 3.^{1,2,3,4}

Dans le droit-fil des messages essentiels du Rapport sur la santé dans le monde de 2010, de nombreux pays se sont engagés en faveur d'une couverture-santé universelle et, par suite, ils procèdent actuellement à la révision, l'analyse et la modification de leurs dispositions

financières touchant à la santé. L'expérience montre que le progrès vers l'instauration de la couverture-santé universelle nécessite non seulement un engagement politique puissant mais aussi une stratégie cohérente, qui garantisse que les différents aspects du système de santé sont adaptés et fonctionnent de manière coordonnée entre eux, pour être aptes à réagir avec efficacité aux défis fondamentaux. Une stratégie cohérente et bien adaptée de réforme du financement de la santé peut jouer un rôle déterminant dans ce processus.

La réflexion de l'OMS sur l'élaboration de stratégies de financement de la santé a ses racines dans l'approche de la politique du financement de la santé qui est celle de l'organisation, comme illustré par la Figure 1 ci-après.

Cette approche combine un ensemble normatif de buts qui sont au cœur de la notion même de CSU (équité en termes d'utilisation ou de recours aux services, compte tenu des besoins, de la protection financière et de la qualité) avec un cadre descriptif des fonctions et des politiques qui font partie intégrante de tous les dispositifs de financement de la santé. Position normative que nous avons faite nôtre, progresser vers l'instauration de la CSU *devrait* donc être le moteur des réformes du financement de la santé. Comme reflété dans la Figure 1, les réformes du financement de la santé peuvent elles-mêmes influencer sur le progrès dans le sens des objectifs de la CSU d'une manière indirecte, à travers une série de buts intermédiaires : l'équité dans la répartition des ressources destinées au

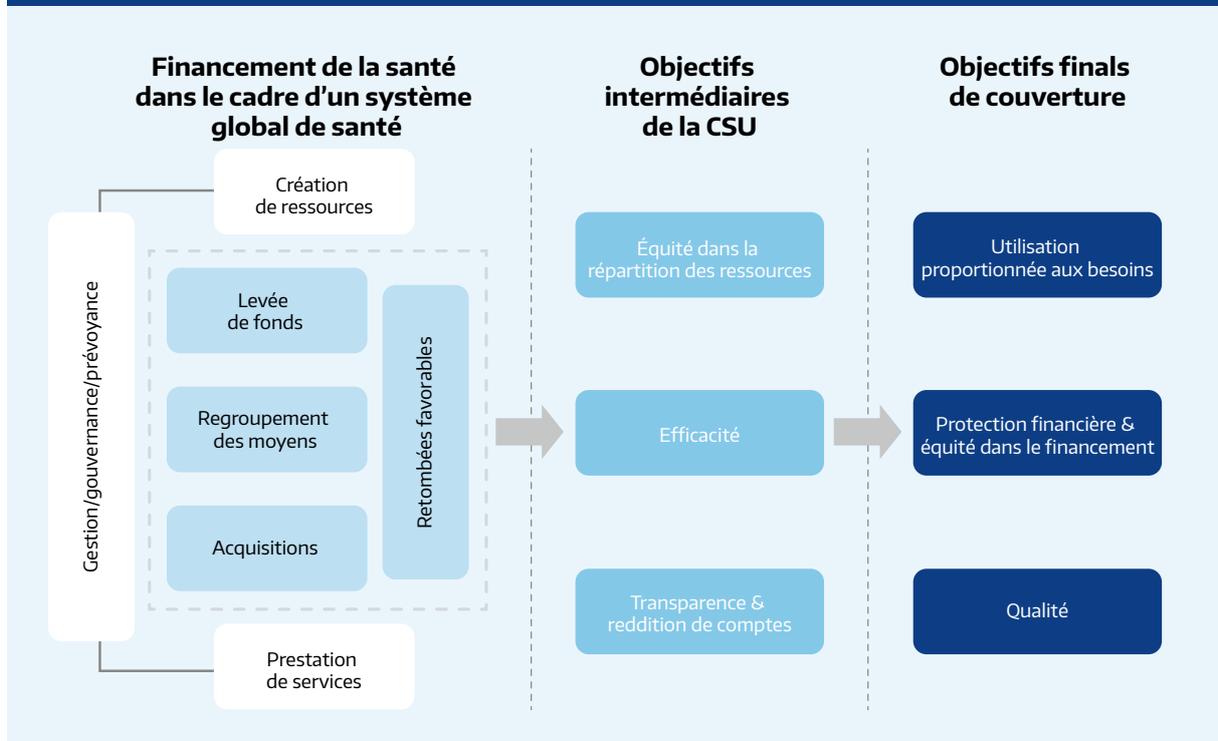
1 Déclaration en faveur d'une couverture sanitaire universelle. Bangkok, Thaïlande, janvier 2012.

2 Pour une couverture sanitaire universelle. Déclaration politique, Mexico, avril 2012.

3 Nations unies. 2012. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies en faveur de la couverture universelle. <http://www.un.org/News/Press/docs//2012/ga11326.doc.htm>.

4 Nations Unies. 2015. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York.

Figure 1 : Objectifs de la CSU et leurs buts intermédiaires influencés par la politique de financement de la santé



système de santé, l'efficacité, la transparence et la reddition de comptes.⁵

Les objectifs de la CSU ainsi que les buts intermédiaires qui sont décrits dans la Figure 1 revêtent un caractère générique et étendu ; pour disposer d'un échéancier clair des réformes spécifiques à chaque pays, il est essentiel tout d'abord de procéder à un diagnostic du fonctionnement du système actuel de santé, des particularités par lesquelles cette sous-performance se manifeste, et enfin des causes sous-jacentes de cette dernière. À partir de cela, il est possible de définir une stratégie de financement de la santé qui soit

conçue de manière à s'attaquer aux causes spécifiques de cette sous-performance.

1.2. QU'EST-CE QU'UNE STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ?

Le champ et la teneur spécifiques d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan de financement de la santé, de même que la terminologie utilisée dans ce domaine, diffèrent d'un pays à l'autre. Il y a également des variations significatives en termes de degré de précision intégrée dans chaque stratégie, de procédure suivie pour l'élaboration de celle-ci et, enfin, de statut juridique de ladite stratégie. Le présent document donne des orientations en vue de l'élaboration d'une *stratégie de financement de*

5 Kutzin, J. (2013). « Health financing for universal coverage and health system performance : concepts and implications for policy ». Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 91:602-611. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>.

la santé, désignation qui a notre préférence et qui correspond à un concept que nous situons quelque part entre un document de haut niveau qui esquisse une vision pour le secteur de la santé et un document de mise en œuvre, qui fournit des plans détaillés. De notre point de vue, une stratégie de financement de la santé :

- est basée sur un diagnostic montrant comment le système de santé d'un pays fonctionne au moment considéré, compte tenu des buts et objectifs déclarés, lesquels sont en règle générale définis en termes de CSU ; ce diagnostic identifie à la fois les formes spécifiques sous lesquelles les problèmes se manifestent et leurs causes sous-jacentes, que celles-ci soient internes ou externes au système ;
- est centrée sur l'ensemble de la population d'un pays, et sur le système national de santé, et non simplement sur une composante ou un régime déterminé au sein de ce système. Elle intègre une vue d'ensemble de toutes les fonctions, toutes les politiques, tous les liens et tous les alignements qui traversent le système de santé ;
- identifie une série d'objectifs détaillés spécifiques au pays considéré, en même temps qu'une série d'actions prioritaires de nature à apporter une réponse aux problèmes identifiés dans un délai déterminé (par exemple, de cinq à 10 ans) ; elle envisage également les modalités selon lesquelles les réformes doivent être séquencées ;
- inclut une stratégie d'évaluation, à la fois pour garantir une reddition de comptes vis-à-vis du public et des corrections à mi-parcours.

Une stratégie de financement de la santé peut revêtir la forme d'un document indépendant

qui se réfère à des politiques, des stratégies et des plans nationaux de santé publique de plus grande portée et qui est en cohérence avec ceux-ci. Le mieux est toutefois qu'elle fasse partie intégrante de la politique nationale de santé et qu'elle soit intégrée dans celle-ci ou dans tout autre document stratégique du secteur de la santé incluant un plan sur la prestation des services. Cette stratégie peut même, dans l'idéal, faire partie intégrante du plan de développement national d'ensemble du pays considéré. Le plus important, c'est qu'elle ne soit pas élaborée isolément. Le financement de la santé consiste dans les politiques et les dispositions adoptées par un pays dans les domaines suivants :

- les sources de financement et les mécanismes contributifs (obtention de moyens budgétaires) ;
- le regroupement des moyens financiers ;
- les achats de prestations de services ;
- la politique de modélisation et de rationalisation des retombées positives, et les bases des droits ;
- la bonne gouvernance par rapport aux fonctions et aux politiques visées ci-dessus.

Chacun de ces aspects est examiné de manière plus détaillée dans la partie 4 du présent document ; on trouvera également d'autres précisions dans des références complémentaires.^{6,7,8} Si, dans les chapitres qui

6 Kutzin, J. (2001). « *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements* ». Health Policy 56(3):171-204.

7 Kutzin, J. (2008). « *Health financing policy: a guide for decision-makers* ». Document d'orientation sur le financement de la santé. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe, Division systèmes de santé nationaux. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf.

8 Mathauer I., Carrin G. 2010. « *The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage* ». Document de discussion 5. Organisation mondiale de la Santé.

suivent, on examine isolément les unes des autres chacune des fonctions de financement de la santé, il est important et même critique de penser à la manière dont chacune s’imbrique dans les autres et à la manière dont toutes s’intègrent à l’ensemble dans le contexte d’un système de santé. Cette approche facilite l’élaboration de réformes pouvant s’appliquer à des fonctions différentes et à des régimes de couverture médicale différents et elle favorise l’élaboration d’une stratégie intégrale du financement de la santé.

Dit d’une autre façon, une stratégie de financement de la santé doit définir les changements à opérer sur une période donnée, qui peut être par exemple de cinq à 10 ans, en termes de sources de financement, de regroupement des moyens, d’achat des prestations, de structuration des prestations, d’architecture générale du système et de gouvernance. Les changements en question devraient aborder les causes profondes des problèmes observés dans le système de santé, à savoir les défaillances dans la concrétisation de la CSU, au regard tant des objectifs ultimes de cette couverture que des buts intermédiaires. Leur mise en œuvre devrait être réalisable et elle devrait être en même temps le point de départ d’améliorations futures.

1.3. COMMENT EST ORGANISÉ LE PRÉSENT GUIDE DE RÉFÉRENCE

La principale finalité du présent guide de référence est d’aider les pays à élaborer une stratégie globale de financement de la santé qui soit véritablement un ferment de progrès vers la couverture-santé universelle. À la suite de la présente partie liminaire, ce guide s’articule en trois parties :

- **Le chapitre 2**, où l’on examine en partie le travail à accomplir préalablement à l’élaboration d’une stratégie de financement de la santé, notamment la conduite d’une analyse du fonctionnement du secteur de la santé au moment considéré et d’un diagnostic des causes sous-jacentes des problèmes. Les questions concernant le processus d’élaboration d’une stratégie de financement de la santé sont également abordées ici.
- **Le chapitre 3**, qui propose à titre indicatif un canevas de stratégie de financement de la santé en trois parties : i) « arrière-plan, diagnostic et objectifs » ; ii) « interventions stratégiques » ; iii) « gouvernance, évaluation et suivi, développement des capacités ». Dans chaque section, les éléments clés considérés comme importants dans une stratégie globale de financement de la santé sont mis en exergue ; toutefois, au niveau national, les décideurs sont incités à adapter le document au contexte et à la situation spécifiques de leur pays.
- **Le chapitre 4** : il fournit pour chacune des trois parties d’autres éléments d’arrière-plan, de contexte et de détail sur chaque question ou chaque sujet, y compris les concepts sous-jacents et les difficultés courantes à affronter, structurés autour des fonctions essentielles afférentes au financement de la santé.

Si l’on part de l’hypothèse que les objectifs intégrés dans la définition de la couverture-santé universelle constituent la base des réformes du financement de la santé, le but du présent guide est de promouvoir une modélisation de stratégie intégrale et non pas de recommander ou promouvoir une stratégie ou une réforme particulière du financement

de la santé. Cela étant, il est possible de définir une série de principes directeurs qui tendent à ce que toute stratégie conçue pour promouvoir la CSU s'avère cohérente avec les éléments de fait démontrant ce qui fonctionne (voir Encadré 1).

Figure 2 : étapes clés de l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé

A) S'accorder sur des **objectifs** et une **vision** d'ensemble pour le secteur de la santé, fondés sur la CSU

B) Procéder à un diagnostic du fonctionnement du système de santé en termes de CSU ; identifier les **problèmes** ainsi que leurs **causes** sous jacentes

C) Élaborer des **objectifs spécifiques au pays** qui tendent à répondre aux problèmes de fonctionnement identifiés

D) Identifier les **réformes**, les **politiques** et les **actions** stratégiques requises pour que les objectifs spécifiques au pays soient atteints

E) Prendre les dispositions nécessaires sur les plans de la **gouvernance & du développement des capacités** pour assurer la mise en œuvre des réformes stratégiques

F) **Évaluer** les réformes et observer les progrès ; **ajuster** la mise en œuvre en conséquence

Encadré 1 : Principes directeurs des réformes du financement de la santé propices à l'instauration de la CSU

a) Introduction

Les réformes du financement de la santé ne peuvent pas être simplement importées d'un pays dans un autre, en raison de la spécificité du contexte propre à chaque pays et du point de départ en termes de dispositions propres au financement de la santé ; les causes sous-jacentes des problèmes de fonctionnement diffèrent d'un pays à l'autre, et c'est sur ces causes que les réformes envisagées dans le cadre d'une stratégie de financement de la santé doivent agir. Néanmoins, certains enseignements tirés de l'expérience internationale permettent de spécifier un certain nombre de principes directeurs devant régir les réformes visant à soutenir le progrès vers l'instauration de la CSU. Ces principes directeurs ne doivent pas pour autant être pris comme un guide proposant une manière de procéder qui serait « prête à l'emploi » mais plutôt comme une série de « jalons » à utiliser pour vérifier si les stratégies de réforme (et, ce qui est plus important, la mise en œuvre de la réforme) génèrent un environnement incitatif approprié et, de ce fait, pointent dans la bonne direction par rapport aux buts et objectifs visés dans la Figure 1. Ces principes – ou ces jalons – sont présentés ci-après pour chacune des sous-fonctions et chacun des domaines de compétence relatifs au financement de la santé :

1) Obtention des moyens de financement

- Évoluer vers une démarche privilégiant le recours principalement à des sources de financement publiques/à caractère contributif (c'est-à-dire, relevant d'une certaine forme de contribution obligatoire)
- Accroître la prévisibilité du niveau de financement public (et du niveau de financement extérieur) au fil des ans
- Améliorer la stabilité (c'est-à-dire l'exécution normale du budget) des flux des financements publics (et extérieurs)

2) Regroupement des moyens

- Améliorer la capacité de redistribution des crédits dont le financement est organisé en amont
- Rendre possible une complémentarité explicite des différentes sources de financement
- Réduire la fragmentation ainsi que les duplications et redondances
- Simplifier les flux financiers

3) Acquisition des services

- Accroître la mesure dans laquelle l'attribution des ressources aux prestataires de soins reste liée aux besoins sanitaires de la population, à l'information concernant la performance des prestataires, ou encore à une combinaison de ces deux aspects
- Éviter les extrêmes consistant soit en une budgétisation rigide se référant aveuglément à un système de rubriques par intrant ou, inversement, en un remboursement totalement non maîtrisé d'actes rémunérés individuellement
- Maîtriser la croissance des dépenses, par exemple en évitant les engagements sans plafonnement dans le cadre des dispositions relatives à la rémunération des prestataires de soins
- Évoluer vers l'instauration d'une plateforme de données unifiée sur l'activité de prise en charge des patients, même s'il existe une multiplicité de systèmes de financement des soins de santé/de couverture de ces soins

4) Structuration des prestations et mécanismes de rationnement

- Établir clairement sur le plan juridique les droits et obligations de la population (à savoir, qui a droit à quels services, et quelle part des coûts, si tant est qu'il y en ait une, les usagers sont-ils censés acquitter sur le lieu d'utilisation des soins)
- Améliorer le degré de conscience de la population, en sa qualité de bénéficiaire, par rapport à ses obligations et à ses droits
- Assurer la cohérence entre les prestations annoncées et les mécanismes de rémunération des prestataires de soins

2. ÉLABORER UNE STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

2.1. PROCÉDER À UNE ANALYSE DE LA SITUATION

Une stratégie de financement de la santé ne peut être utile et fructueuse que si elle est basée sur une analyse détaillée des problèmes de performance que le secteur de la santé peut présenter au moment considéré et de leurs causes sous-jacentes, et qu'elle y apporte une réponse. Des indications détaillées sur la manière de conduire une analyse de situation ont été développées séparément par l'OMS ;⁹ elles s'articulent en cinq parties fondamentales, qui sont les suivantes :

- la partie 3, qui a pour thème les facteurs contextuels clés qui influent sur la politique de financement de la santé et la concrétisation des objectifs de cette politique ;
- la partie 4, consacrée à une vue d'ensemble des schémas de dépenses dans le domaine de la santé ;
- la partie 5, qui consiste en un tour d'horizon des différents dispositifs de financement de la santé ;
- la partie 6, qui a pour thème : « où en sommes-nous ? Une analyse des buts de la CSU et des objectifs intermédiaires » ;
- la section 7, qui a pour thème : « une évaluation d'ensemble : les priorités d'une réforme du financement de la santé ».

9 McIntyre, D. et J. Kutzin (2016). « Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. (*Diagnostic et éléments d'orientation pour le financement de la santé, No 1*). Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253471/1/9789242510119-fre.pdf?ua=1&ua=1>.

Chacune de ces parties propose des indications détaillées sur la marche à suivre pour analyser les dispositifs en vigueur, identifier les problèmes de performance et comprendre et identifier leurs causes sous-jacentes. Ce document couvre un large éventail de questions ; il inclut notamment une description et une analyse des questions suivantes :

ASPECTS CONCERNANT LA CONCEPTION ET LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME

- L'architecture générale du financement de la santé, les flux de financement au sein du système de santé et les institutions responsables des sources de financement, du regroupement des moyens et des acquisitions.
- La source des moyens financiers attribués au secteur de la santé et les mécanismes spécifiques de contribution ; les tendances des niveaux absolus et relatifs des dépenses de santé de caractère public, privé, extérieur et, enfin, total.
- Les dispositifs de regroupement des moyens financiers : par exemple, existe-t-il des dispositifs couvrant un risque unique ou des risques multiples ? Existe-t-il des mécanismes prévoyant un croisement des subventionnements et des fonds de péréquation entre groupes de populations, aires géographiques, etc. ?
- Les règles d'attribution des ressources, y compris des indications détaillées sur les différences caractérisant les flux de crédits en termes de montants, d'aires géographiques concernées et d'établissements de santé (hôpitaux,

- centres de santé, cliniques).
- L’acquisition de dispositifs tels que les mécanismes spécifiques de paiement, le nombre des acquéreurs, les systèmes d’information et les règles de gouvernance en matière d’acquisition et l’environnement incitatif généré par les prestataires.
 - Les règles explicites relatives à la participation du patient aux coûts (par exemple, la part incombant à l’usager), à l’exonération pour certains groupes de population ou pour certains services, et aux services non couverts par des fonds dont le financement est anticipé.
 - Les systèmes et règles de gestion des finances publiques, y compris ceux par lesquels les crédits sont planifiés et inscrits puis transférés, utilisés, déclarés et contrôlés, dans la mesure où tous ces aspects ont une incidence sur l’autonomie des prestataires publics.
 - Les règles de reddition de comptes sur l’utilisation de fonds publics imposées aux institutions de financement de la santé (par exemple, devant le Parlement ou vis-à-vis de la société civile, des médias).

ASPECTS CONCERNANT LA PERFORMANCE DU SYSTÈME

- L’offre de services de santé et l’utilisation de ces services (équité dans la répartition et l’utilisation, problèmes d’accès et, en particulier, obstacles financiers), rapportées aux besoins de la population sur le plan de la santé, aux différents groupes de revenus et autres éléments indicateurs de vulnérabilité (sexe ou origine ethnique), et enfin à l’aire géographique considérée (milieu urbain/milieu rural).
- Les bases factuelles concernant la protection financière d’une manière générale ainsi que les problèmes d’équité (par exemple : degrés et répartitions des situations dans

lesquelles les dépenses à la charge de l’usager ont un effet de précarisation ou d’appauvrissement du foyer).

- La performance des prestataires (publics et privés) de services de santé, y compris toutes bases factuelles concernant l’incidence des différents dispositifs d’acquisition des services de santé sur la qualité et l’efficacité de ces services.
- La conscience que le public peut avoir de ses droits en termes de prestations relevant des services de santé et aussi de ses obligations – le cas échéant – en matière de paiement, et la mesure dans laquelle il est répondu à ces attentes dans la pratique (par exemple, existe-t-il des indices de pratiques de paiements effectués par l’usager à titre non officiel ?).

Le but d’une analyse de la situation est de déterminer clairement comment le système de financement de la santé est organisé et fonctionne et, en particulier, de parvenir à des conclusions plausibles sur les causes éventuelles de sa sous-performance, sur la base des preuves documentaires et données disponibles et d’une discussion avec les interlocuteurs clés. Cela inclura de dresser un bilan des acquis, des lacunes et des domaines susceptibles d’amélioration, en tenant compte des facteurs contextuels et aussi après avoir identifié les causes sur lesquelles on peut agir pour changer les choses à travers des réformes du financement de la santé.

2.2. LE PROCESSUS D’ÉLABORATION D’UNE STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Il incombe au gouvernement de chaque pays de concevoir et mettre en œuvre une stratégie

de financement de la santé qui reflète la notion de CSU et l'adapte à son contexte particulier, et il faut que les acteurs chargés de sa mise en œuvre l'aient pleinement intégrée. La nature de ces questions signifie que la réussite est entièrement suspendue à l'engagement des institutions gouvernementales compétentes en matière de santé et de finances, en règle générale le ministère de la santé et le ministère des finances, même si l'appellation de ces institutions peut varier d'un pays à l'autre. Il existe en outre d'autres institutions gouvernementales qui peuvent être concernées, selon les particularismes du pays : l'administration ou le ministère en charge des collectivités locales, du travail, de la sécurité sociale, de l'éducation, etc. Bien souvent, le dialogue politique, pour être efficace, doit également associer les instances législatives (les parlementaires) et aussi les interlocuteurs non-gouvernementaux que sont les associations de professionnels de la santé, les groupes représentatifs des patients et d'autres organismes de la société civile, tout cela dans une concertation ouverte sur les problèmes, les priorités, les réformes envisageables et les différents rôles et responsabilités.

La formulation d'une stratégie de financement de la santé ayant en ligne de mire l'instauration de la CSU passera souvent par la mise en place d'une équipe, d'un comité directeur ou encore d'un groupe de travail technique à vocation multisectorielle, ayant un mandat et un échéancier qui soient clairs. Une telle manière de procéder peut concourir à élargir le champ des compétences qui s'investissent dans le processus et à renforcer l'implication de toutes les parties prenantes. L'expérience tend à démontrer qu'il est essentiel qu'au moins un certain nombre de personnes (qui peuvent être des consultants recrutés localement) se consacrent à cette tâche à

plein temps, en agissant conformément aux orientations données par le comité directeur, et que ces personnes aient la responsabilité de mener la stratégie à bonne fin, attendu qu'il est difficile de progresser lorsqu'aucun des participants n'est réellement dégagé d'obligations relevant du quotidien. Un comité directeur peut se composer de décideurs de haut niveau tels que des ministres ou des hauts fonctionnaires, dont la mission est d'assurer une supervision. Dans certains pays, des sous-groupes de travail à vocation thématique peuvent s'avérer utiles lorsqu'il s'agit de faire porter plus particulièrement les efforts sur l'élaboration, l'évaluation ou la détermination du degré de priorité de certaines options dans des contextes tels que « la mobilisation des ressources et les besoins en la matière », « l'amélioration de l'équité et de la couverture », ou encore « la recherche d'une plus grande efficacité dans l'acquisition et la fourniture de soins ».

Un processus inclusif associant, au sein du comité directeur et des groupes de travail, des groupes de la société civile, des organisations non-gouvernementales, des associations de professionnels de la santé, des établissements d'enseignement, des partenaires au développement, des organismes d'assurance santé (le cas échéant), des représentants du secteur privé et des autorités d'un niveau infranational, contribue à renforcer une stratégie et à la faire avancer bien au-delà de son contenu essentiellement technique. Une large adhésion est requise, non seulement en raison de la nécessité d'un engagement politique et d'un consensus mais aussi parce que des actions intersectorielles seront probablement nécessaires. Par exemple, des réformes de la politique de financement de la santé peuvent avoir des incidences sur les projets de développement des ressources humaines et sur ceux qui concernent

l'éducation. De plus, le débat sur les différentes options de réforme fait intervenir non seulement des considérations techniques mais aussi des considérations politiques ou d'ordre encore plus large.

Le processus d'élaboration d'une stratégie devrait faire appel à ce qu'il y a de meilleur en termes de connaissances, de compétences spécialisées et de données. Il peut rendre nécessaire d'engager un nouvel effort d'analyse du financement de la santé, par-delà l'analyse de la situation réalisée initialement – par exemple des études portant sur la marge de manœuvre sur le plan fiscal, l'identification des différents acteurs, la réforme des prestations de base, les implications des diverses options en termes de ressources, le rapport coût/efficacité, l'efficacité, la rémunération des prestataires de services/ de soins ou encore l'élaboration d'un cadre d'évaluation. Toutefois, on découvrira toujours que les données présentent des lacunes mais on devra éviter pour autant de demander de nouvelles études à seule fin de différer des changements qui sont nécessaires et en faveur desquels il y a à la fois un consensus et des arguments clairs. Il pourrait s'avérer

profitable de commencer par investiguer les défis et les domaines dans lesquels il y a probablement lieu d'engager les actions prioritaires et de configurer celles-ci en un plan détaillé à intégrer dans la stratégie de financement de la santé. Ensuite, des études supplémentaires peuvent être ordonnées pour combler les manques de connaissances identifiés ou pour explorer plus en profondeur d'autres options possibles. Ces dernières peuvent à leur tour être mises à contribution pour enrichir certains volets de la stratégie plutôt que d'attendre que tout le travail d'analyse soit achevé avant d'entreprendre l'élaboration du cadre stratégique.

La finalisation et l'approbation d'une stratégie de financement de la santé peuvent nécessiter plusieurs cycles de consultations auprès des différents interlocuteurs, notamment de ceux qui seront responsables de sa mise en œuvre ou qui doivent y être associés. L'approbation de la stratégie par le niveau le plus élevé du pouvoir politique ou décisionnel, sous la forme d'un décret présidentiel, d'une décision du Parlement ou du cabinet des ministres, peut également être nécessaire.

3. PLAN GÉNÉRAL À CARACTÈRE INDICATIF D'UNE STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Le présent chapitre propose un plan général, à caractère indicatif, de stratégie de financement de la santé ; ce plan s'articule selon trois parties, comme suit :

- i. Arrière-plan, diagnostic et objectifs
- ii. Interventions stratégiques
- iii. Gouvernance, évaluation et suivi, développement des capacités.

Si l'ordre des questions ainsi que l'importance conférée à chacune de ces parties peuvent varier, en fonction de la situation propre à chaque pays, nous mettons ci-après en exergue les questions clés que nous jugeons déterminantes pour qu'une stratégie soit exhaustive.

PARTIE 1 : ARRIÈRE-PLAN, DIAGNOSTIC ET OBJECTIFS

3.1. INTRODUCTION

- Un bref tour d'horizon du pays, des perspectives de développement et de l'inscription de la stratégie de financement de la santé dans le contexte de la politique nationale de santé, et de la stratégie de prestations de services.
- Faire référence aux moyens par lesquels cette stratégie s'inscrit dans le contexte économique et social plus large, et aux

principaux défis sanitaires auxquels le pays est confronté. Résumer les objectifs de la CSU et montrer comment ils s'intègrent dans les engagements politiques et les objectifs nationaux de portée générale.

- Brève description du processus d'élaboration de la stratégie et explication de la finalité d'une stratégie de financement de la santé, sa durée et sa structure.
- En plus du cadrage du document par rapport aux autres documents clés concernant le secteur de la santé, le processus sous-jacent suivi pour la compilation et la réalisation de la stratégie, ainsi que les procédures d'approbation et les conditions à satisfaire éventuellement sur le plan législatif doivent aussi être détaillées.
- Une préface ou un propos liminaire par un dirigeant du secteur de la santé ou un membre influent du gouvernement soulignera l'importance nationale de la stratégie et contribuera à la crédibilité du document.

3.2. ANALYSE DE LA SITUATION ET ENSEIGNEMENTS TIRÉS

- Présenter une synthèse des modalités selon lesquelles le financement de la santé est organisé actuellement dans le pays.
- Résumer les principales conclusions de l'analyse du fonctionnement du dispositif actuel de financement de la santé. Noter en particulier les acquis fondamentaux et, parallèlement, les problèmes/les

lacunes identifiées, en faisant ressortir comment nous en avons conscience (les manifestations spécifiques des acquis fondamentaux et aussi celles des problèmes ou des lacunes). Il sera utile de classer ces éléments par catégorie, par référence aux objectifs de CSU et aux buts plus immédiats.

- De même, à partir de l'analyse de la situation, établir une synthèse des facteurs contextuels clés (c'est-à-dire de ce qui, de l'extérieur, détermine de manière immédiate le système de santé ou influe sur celui-ci), qui ont immanquablement une incidence sur ce qui peut raisonnablement être mis en œuvre et réalisé à travers des réformes du financement de la santé dans le pays. Cela inclut en particulier la situation et les conceptions en vigueur dans le pays en matière fiscale, mais aussi d'autres aspects pertinents, comme la décentralisation de l'administration publique, les règles de gestion des finances publiques, la nature du système politique du pays, etc.
- Enfin (là encore, à partir de l'analyse de la situation), faire une synthèse des principales causes identifiées des problèmes de performance et faire ressortir ceux de ces problèmes sur lesquels il est possible d'agir à travers des réformes du financement. Les causes de sous performance en question formeront la base de la détermination des priorités au sein de la stratégie de financement de la santé, et il peut être utile de les classer selon les différentes fonctions afférentes au financement de la santé (obtention des moyens budgétaires, regroupement des moyens financiers, acquisitions, structuration des prestations), et selon les problèmes de discordance (par exemple, le manque de cohérence) de ces fonctions entre elles et par rapport aux objectifs de CSU. Une cartographie des flux de financement existant dans l'ensemble du système ainsi que des responsabilités

institutionnelles relatives à la mise en œuvre des fonctions de financement de la santé pourra contribuer à dégager cette perspective générale.

3.3. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU PAYS CONSIDÉRÉ

- Cette partie fait suite au diagnostic des problèmes et de leurs causes dans l'analyse de la situation. Si les buts de la stratégie du financement de la santé doivent être reliés aux objectifs généraux du système de santé tels que celui « d'assurer une protection sur le plan financier », de tels « grands objectifs » ne suffisent pas en soi et ne doivent être utilisés qu'en tant que catégories. Parmi eux, les objectifs spécifiques au pays considéré doivent être définis pour pouvoir aborder les causes sous-jacentes d'une sous-performance.
- Les objectifs dont on a défini l'ordre de priorité dans la stratégie doivent être justifiés au regard des principaux problèmes de performance identifiés au stade de l'analyse de la situation et du diagnostic des causes sous-jacentes. Les domaines prioritaires des réformes visant à s'attaquer aux causes de sous-performance au regard des objectifs de CSU et des buts plus immédiats peuvent également être spécifiés à ce stade ; ils formeront également le principal centre d'intérêt de la partie suivante.
- Lorsque cela est réalisable, les objectifs doivent être spécifiés, dès lors et pour autant qu'ils sont mesurables, et ils peuvent ainsi faire l'objet d'un suivi en tant qu'indicateurs de progrès. Certains peuvent être plutôt qualitatifs par nature ; cela étant, il convient de les identifier à ce stade.

PARTIE 2 : INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Par rapport à chacun des objectifs prioritaires identifiés, il convient d'identifier des interventions stratégiques. Cette démarche nous mène au cœur de la stratégie : qu'est-ce qui doit changer pour réagir aux principales causes des problèmes de performance et qu'est-ce qu'il faut faire pour que ce changement se produise ? À ce stade, nous suggérons de se pencher sur les différentes fonctions du financement de la santé puisque c'est sur cela que la politique s'articule et que c'est à partir de cela que des actions spécifiques sont identifiées. Dans les parties qui suivent, nous ferons ressortir ce que nous considérons comme étant les aspects qui constituent le véritable pivot de chacune des fonctions de financement de la santé, et qui apparaissent en lien avec les objectifs types définis dans les stratégies de financement de la santé. Comme observé précédemment, le présent document n'a pas un caractère prescriptif en ce sens qu'il ne propose pas de réformes spécifiques ; il a simplement pour ambition de souligner que les réformes retenues doivent être justifiées sur la base d'un impact plausible sur les causes identifiées de sous performance et sur la base d'une cohérence avec les connaissances globales quant à ce qui marche et ce qui ne marche pas en matière de financement de la santé. Sur ce dernier point, les principes directeurs des réformes du financement qui ont été identifiés précédemment dans l'Encadré 1 peuvent être utilisés pour assurer que les stratégies sont en cohérence avec l'expérience globale, même si les composantes spécifiques de chaque stratégie devront être du « fait-maison ».

3.4. OBTENTION DE MOYENS DE FINANCEMENT

PRINCIPES DIRECTEURS

- *Évoluer vers une démarche privilégiant le recours principalement à des sources de financement publiques/à caractère contributif (c'est-à-dire, relevant d'une certaine forme de contribution obligatoire)*
- *Accroître la prévisibilité du niveau de financement public (et extérieur) au fil des ans*
- *Améliorer la stabilité (c'est-à-dire l'exécution normale du budget) des flux des financements publics (et extérieurs)*
- Définir des réformes spécifiques de la politique d'obtention des moyens de financement sur la base des causes identifiées de sous-performance et suivant les principes esquissés ci-dessus. Étudier des réformes privilégiant le recours à des sources de financement publiques ; pour chaque option, évaluer la faisabilité à partir de scénarios budgétaires plausibles et en s'appuyant sur l'expérience faite à l'échelle mondiale quant à ce qui marche et ce qui ne marche pas. Les options peuvent inclure des améliorations de mécanismes existants aussi bien que l'introduction de nouveaux mécanismes ; pour chaque option retenue, le lien avec les causes sous-jacentes du problème ou de la difficulté politique identifiée doit être établi clairement.
- Rester en prise avec les réalités en vérifiant auprès du ministère des finances les données et estimations des ressources budgétaires passées, présentes et futures, qu'elles soient d'origine interne ou de source extérieure. Les cadres budgétaires de recettes et de dépenses à moyen terme devraient être utilisés là où ils sont disponibles, au même titre que toutes les

études accessibles illustrant la marge de manœuvre en matière budgétaire.

- Dans les pays vers lesquels les flux d'aide extérieure sont importants, inclure des mesures d'amélioration de la prévisibilité, par exemple en faisant passer des flux extérieurs « sur le budget », tout en ayant à l'esprit que, par suite, des ressources internes pourront être transférées, c'est-à-dire réaffectées ailleurs.
- Des améliorations dans l'exécution du budget, en d'autres termes, l'attribution en temps et heure des crédits conformément aux approbations budgétaires devrait améliorer la prévisibilité de l'apport de recettes publiques au secteur de la santé. Noter que les réformes concernant l'obtention de moyens financiers seront étroitement liées aux actions prévues par les autorités financières/fiscales (par exemple, l'amélioration, d'une manière plus générale, du fonctionnement de l'administration fiscale), et ces autorités devraient être étroitement associées à l'élaboration de toute réforme de cette nature venant à être proposée.

3.5. REGROUPEMENT DES MOYENS FINANCIERS

PRINCIPES DIRECTEURS

- *Améliorer la capacité de redistribution des crédits dont le financement est organisé en amont*
- *Rendre possible une complémentarité explicite des différentes sources de financement*
- *Réduire la fragmentation ainsi que les duplications et redondances*
- *Simplifier les flux financiers*

- Définir des actions spécifiques de réforme des dispositifs de mise en commun sur la base des causes identifiées de sous-performance et suivant les principes esquissés ci-dessus. Pour celles des réformes qui sont incluses dans la stratégie, la manière dont elles abordent les problèmes identifiés dans le dispositif existant de regroupement des moyens devrait être établie clairement. De même, leur impact attendu en termes de réponse à ces problèmes devrait être mis en lumière.
- Les mesures visant à améliorer la capacité de redistribution des crédits dont le financement est organisé en amont, ou les dispositifs de regroupement des moyens/ couverture-santé, ne devraient pas se limiter à des régimes d'assurance explicite mais devraient également prendre en considération les questions découlant des dispositions touchant aux finances publiques, en particulier dans les pays connaissant une décentralisation marquée en matière fiscale.
- Des sources de financement différentes peuvent être explicitement combinées ou mises en commun pour corriger des inégalités imputables à des mutualisations fragmentaires entre populations assurées et populations non assurées ; un exemple de cet ordre consiste dans le transfert de crédits du budget général vers un régime d'assurance santé national sous forme de cotisations aidées bénéficiant à des groupes de populations prioritaires selon un système par lequel ces crédits sont combinés en un seul et même fonds avec les cotisations d'origine salariale.
- Pour chacune des options de réduction de la fragmentation et d'amélioration de la capacité de redistribution, les obstacles politiques potentiels doivent être établis clairement afin de garantir un certain réalisme. Ces options peuvent inclure la

fusion de systèmes distincts de couverture ou des mesures d'harmonisation des politiques entre différents systèmes, par exemple des droits aux prestations, de la participation du patient aux coûts, des mécanismes de rémunération des prestataires de soins.

3.6. ACQUISITION DES SERVICES

PRINCIPES DIRECTEURS

- *Accroître la mesure dans laquelle l'attribution des ressources aux prestataires de soins reste liée aux besoins sanitaires de la population, à l'information concernant la performance des prestataires, ou encore à une combinaison de ces deux aspects (stratégie d'acquisition)*
 - *Éviter les extrêmes consistant soit en une budgétisation rigide se référant aveuglément à un système de rubriques par intrant ou, inversement, en un remboursement totalement non maîtrisé de la rémunération à l'acte*
 - *Évoluer vers l'instauration d'une plateforme de données unifiée sur l'activité de prise en charge des patients, même s'il existe une multiplicité de systèmes de financement des soins de santé/de couverture de ces soins*
 - *Éviter les engagements sans plafonnement dans le cadre des dispositions relatives à la rémunération des prestataires de soins*
 - Définir des actions spécifiques de réforme des dispositifs d'acquisition sur la base des causes identifiées de sous-performance et suivant les principes esquissés ci-dessus, par exemple en attribuant un léger supplément de rémunération aux unités de soins de santé primaire qui parviennent à remplir des objectifs de vaccination
- définis. D'une manière plus générale, le but recherché est de développer une démarche d'achat de prestations de services de santé qui soit plus active/stratégique, grâce à une utilisation améliorée de la formation sur les besoins sanitaires de la population et des performances des prestataires de soins.
- De même, analyser les mécanismes de rémunération des prestataires de soins en se plaçant de leur point de vue, par exemple en cherchant à discerner comment différents flux financiers (provenant de régimes ou de sources de financement uniques ou, au contraire, multiples) affectent l'environnement incitatif pour les prestataires de services. Sur la base de cette perspective, confronter les options de réforme des mécanismes existants de rémunération des prestataires et la combinaison d'organismes d'acquisition en termes d'impact probable. Les changements concernant l'environnement incitatif devraient conforter des améliorations sur le plan de la qualité, de l'efficacité, de l'équité et de l'efficacité des services, ainsi que de la maîtrise de la croissance des dépenses.
 - Considérant que toutes les méthodes à paiement unique génèrent des incitations positives et négatives, identifier la combinaison des mesures (par exemple, systèmes de paiement mixtes, mécanismes de contrôle administratif/contrôle d'utilisation) propres à atténuer les risques d'implications négatives (par exemple : une sur- ou une sous- utilisation des services).
 - Étudier tous les changements complémentaires nécessaires pour rendre les acquisitions plus stratégiques, comme les réformes des systèmes d'information utilisés pour la rémunération des prestataires, une plus grande autonomie de gestion des prestataires par rapport à

leurs ressources internes, et les réformes de gestion des finances publiques à officialiser dans les procédures budgétaires nationales, notamment une meilleure harmonisation des mesures incitatives compensatoires entre les différents régimes.

- Les options de réforme visant les dispositions de gouvernance applicables à l'égard des organismes d'acquisition existants ou devant être créés devraient être évaluées par rapport à leur aptitude à améliorer le sens de la responsabilité et favoriser l'instauration d'un système capable d'apprendre à partir des données factuelles et de l'évolution des circonstances et s'y adapter, par exemple en termes de combinaison des méthodes pratiquées de rémunération des prestataires.
- Étudier le potentiel que présente la passation de marchés publics avec des prestataires ne relevant pas de l'État et les mécanismes nécessaires pour qu'ils assument leurs responsabilités.
- Le lien de toute réforme proposée avec les causes identifiées des problèmes posés par le dispositif actuel d'acquisition dans le pays considéré devrait être énoncé clairement, de même que devrait l'être l'impact attendu de la réforme en question.

3.7. STRUCTURATION DES PRESTATIONS, RATIONNEMENT, BASE D'OUVERTURE DES DROITS

PRINCIPES DIRECTEURS

- *Parvenir à ce que la population ait une meilleure connaissance de ses droits et de ses obligations (qui a droit à quels services, et quelle part des coûts, si tant est qu'il y en ait une, les usagers sont-ils censés acquitter sur le lieu d'utilisation des soins)*

- *Assurer la cohérence entre les prestations annoncées et les mécanismes de rémunération des prestataires de soins*

- Les réformes proposées devraient s'attaquer aux causes identifiées de sous-performance en termes de droits et d'obligations en vigueur et elles devraient être guidées par les principes énoncés ci-dessus. On pourrait évoquer à titre d'exemple la suppression des frais de consultation dans les dispensaires de campagne pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins de cinq ans, suppression qui serait assortie d'une large publicité sur cette libéralité, en réponse au constat de la sous-utilisation de ces services en raison des coûts que leurs usagers potentiels craignent d'avoir à supporter et/ou des problèmes avérés de protection financière qui s'y attachent.
- Étudier des réformes des droits d'accès de la population à ces services (ou des « garanties » ou « prestations »), de la base d'ouverture des droits à ces prestations, des conditions attachées à ces droits (par exemple, adhésion à un système d'orientation médicale), des moyens de rationnement de l'accès à des services définis (par exemple, participation du patient à une part des coûts à travers l'acquittement d'un « ticket modérateur » ou une autre forme de participation aux coûts), pour favoriser le progrès vers l'instauration d'une couverture-santé universelle. Cela peut inclure une démarche consistant à rendre plus explicites les droits à certains de ces services, voire à leur totalité.
- Les changements dans la base d'ouverture des droits aux prestations pourraient inclure une évolution vers une ouverture des droits sur la base de cotisations (celles-ci devant être versées soit par

l'assuré lui-même, soit en son nom) ou autrement, vers une ouverture des droits s'opérant sur d'autres bases, comme la qualité de ressortissant, la résidence ou encore la situation sur le plan du revenu/ la pauvreté.

- Attendu qu'aucun système ne peut donner tout à tout le monde, définir clairement, expliquer et exposer les changements qu'il est proposé d'appliquer aux mécanismes de rationnement que sont la participation de l'utilisateur aux coûts, l'adhésion à un système d'orientation médicale, les listes d'attente et, enfin, les exclusions du bénéfice de services. En outre, décrire et expliquer clairement les critères appliqués pour l'inclusion ou l'exclusion du bénéfice de services, comme par exemple l'équité dans l'utilisation des services, et/ ou la protection financière afférente aux interventions très coûteuses mais susceptibles de sauver des vies.
- Le processus (y compris les responsabilités) afférents aux bilans et révisions périodiques (par exemple annuels) devraient être spécifiés eux aussi dans la stratégie. Par exemple, on pourrait subordonner tout changement proposé dans les prestations à la condition d'une analyse coût/efficacité et d'une analyse d'impact budgétaire et à l'inclusion dans ce changement d'un processus ouvrant aux intervenants la possibilité d'une plus grande participation.
- Peser le pour et le contre chaque fois qu'il est question de ciblage de certaines prestations par rapport à certains groupes de populations (par exemple, les pauvres) ou à certains services (par exemple, la prise en charge des maladies transmissibles) ou certaines structures (par exemple, les établissements de soins situés en zone rurale ou dans des lieux isolés). Concrètement, cela veut dire bien souvent

envisager un compromis entre, d'une part, les indications précises procurées par le mécanisme de ciblage et, d'autre part, la faisabilité sur le plan administratif et sur celui des coûts. Explorer les possibilités de tirer le meilleur parti possible de tous mécanismes de ciblage pouvant exister dans d'autres domaines.

3.8. PROBLÈMES D'HARMONISATION

- La condition clé du succès d'une stratégie de financement de la santé, c'est que cette stratégie ne soit pas axée **uniquement** sur un seul problème, comme par exemple celui de l'obtention des moyens financiers, et que chaque fonction ou chaque politique considérée dans ce cadre ne le soit pas isolément des autres. De ce fait, chacun des aspects susvisés de la stratégie doit être examiné du point de vue de son adéquation ou harmonisation par rapport aux autres, en d'autres termes, « toutes les pièces du puzzle doivent s'ajuster correctement ». On citera à titre d'exemple :¹⁰
- *La cohérence entre les moyens financiers et l'offre de prestations*, où il s'agit de veiller à ce que les moyens financiers disponibles permettent d'offrir les prestations réglementairement prévues, de manière à éviter les « fausses promesses ». Les

10 Pour d'autres exemples de questions clé concernant l'harmonisation, voir pp 389-396 de Kutzin, J., C. Cashin, M. Jakab, A. Fidler, N. Menabde (2010). « Implementing health financing reform in CE/ EECCA countries: synthesis and lessons learned ». In Kutzin, J., C. Cashin, M. Jakab, eds. « *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition* ». Copenhague, Danemark, Organisation mondiale de la Santé, pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé.

symptômes d'un défaut de cohérence sur ce plan sont notamment une extension des pratiques de paiements non officiels, des retards dans le paiement des salaires ou même le non-paiement de ceux-ci, des pénuries affectant les autres intrants.

- *La cohérence entre les changements annoncés dans les prestations et les acquisitions.* Même avec une bonne analyse des implications budgétaires de l'expansion proposée des prestations, l'expansion annoncée risque de ne pas se réaliser en l'absence de mécanismes explicites concernant la rémunération des prestataires et le respect par ceux-ci de leurs responsabilités par rapport à la fourniture de services considérés. Un tel lien entre les prestations et leur acquisition est explicite dans toute réforme bien conçue du financement sur la base des performances.
- Pour faire passer l'ensemble de la stratégie de réforme du financement de la santé et bien faire comprendre le rôle des différents aspects de la réforme, il peut être utile de créer un diagramme des flux de financement dans le cadre de la réforme envisagée, depuis les sources, en passant par le regroupement des moyens et les intermédiaires responsables des acquisitions, pour terminer avec les prestataires de soins. Dans ce cadre, les critères d'attribution et mécanismes de rémunération des prestataires peuvent être identifiés. Une autre forme de visualisation utile consiste à cartographier l'organisation envisagée des fonctions de financement de la santé (le ou les organismes responsables de la mise en œuvre de chaque fonction) et l'organisation de la couverture de la population. Considérées ensemble, la cartographie des flux financiers et celle de la couverture des fonctions procurent un panorama utile du

dispositif de financement de la santé. La comparaison entre ces cartographies et des représentations graphiques similaires du système existant constitue un bon moyen de présenter la réforme proposée du financement de la santé.

PARTIE 3 :

GOVERNANCE, ÉVALUATION, SUIVI, DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

3.9. GOUVERNANCE & DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE

La stratégie devrait faire ressortir tous les changements qui sont recommandés quant aux dispositions de gouvernance applicables au financement de la santé, y compris, par exemple (selon une autre solution, ces éléments peuvent être inclus dans les réformes décrites dans la partie 2) :

- les changements affectant les rôles des institutions au niveau central ou à un niveau décentralisé.
- Tous changements d'ordre législatif ou réglementaire qui peuvent être nécessaires à l'appui des réformes évoquées ci-dessus, y compris le renforcement de la capacité normative aux fins de la maîtrise des marchés des prestataires de services et des organismes d'assurance.
- Les actions visant à améliorer la transparence et la responsabilité dans le secteur, y compris celles qui tendent à une plus large participation des bénéficiaires et une sensibilisation accrue de ces derniers.
- Améliorer les règles et le système de

gestion des finances publiques de telle sorte que les ressources soient disponibles de manière fiable et en temps utile, qu'elles puissent être utilisées efficacement, que leur disponibilité soit conforme au financement de la santé qui a été proposé, en particulier, aux réformes de la rémunération des prestataires et, enfin, que leur gestion donne lieu à une reddition de comptes et un suivi appropriés.

- La stratégie devrait également identifier les étapes suivantes et les actions complémentaires de nature à renforcer la probabilité d'une mise en œuvre efficace (pour la stratégie, il s'agit simplement d'identifier les étapes suivantes et non pas de les réaliser). Par exemple, ces étapes peuvent consister à :
 - élaborer un plan de mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé, y compris le séquençage des réformes ;
 - mener une action de sensibilisation du public et de communication pour assurer que les changements soient bien compris et qu'ils soient soutenus par tous les interlocuteurs clés ;
 - effectuer une analyse des parties prenantes pour identifier les obstacles politiques potentiels à la mise en œuvre mais aussi les opportunités propices ou déployer toutes autres initiatives propres à déceler les risques et développer des stratégies propres à les réduire.

3.10. PLAN D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Un plan d'évaluation initial devrait être dérivé de la stratégie en vue de tirer des enseignements du processus de mise en œuvre, d'assurer la reddition de comptes à l'égard du public et de rendre possibles des corrections

de la mise en œuvre à mi-parcours. Il ne devrait pas être conçu comme une opération ponctuelle mais comme une recherche concourante, c'est-à-dire qui accompagne le processus de mise en œuvre.

- L'évaluation, c'est plus que la simple recherche d'indicateurs de résultats : cela consiste en une recherche appliquée conçue pour comprendre les effets des réformes mises en œuvre, la mesure dans laquelle ces réformes opèrent, et pourquoi.
- Toute stratégie de financement de la santé devrait se fonder sur une série d'hypothèses selon lesquelles, si les réformes proposées sont mises en œuvre, il aura été répondu, du moins en partie, aux causes identifiées de sous-performance ; le plan d'évaluation devrait découler directement de ces hypothèses au cœur de la stratégie. S'il s'avère qu'il n'y a pas de lien plausible entre la réforme prévue dans la stratégie et les causes de la sous-performance, alors la stratégie doit être revue.
- Des approches tant qualitatives que quantitatives de l'évaluation devraient être envisagées. En règle générale, une analyse quantitative statistiquement représentative prend plus de temps. Considérant l'importance du timing en particulier aux premiers stades de la mise en œuvre, lorsqu'il est fortement attendu des nouvelles réformes qu'elles démontrent leur impact, des informations pertinentes présentées en temps utile sont également importantes pour éclairer des ajustements rapides dans la mise en œuvre, par exemple en cas de conséquences inattendues.
- Les méthodes proposées et les responsabilités des études d'évaluation devraient être incluses dans le plan. Il s'agirait d'indiquer, par exemple, si l'évaluation devrait être conduite au sein

de l'administration considérée par une unité spéciale du ministère de la santé ou si elle devrait plutôt être réalisée à l'extérieur, par des consultants locaux ou une institution indépendante, par exemple.

- Ce qui est prévu en matière de rapports publics (par exemple devant le parlement ou la société civile) au sujet des enseignements tirés des études d'évaluation devrait aussi être inclus.

La stratégie de financement de la santé devrait également spécifier pour chacun des objectifs et des réformes les indicateurs qui devront être observés au fil du temps pour évaluer les progrès. Cela devrait inclure :

- des indicateurs quantitatifs objectivement vérifiables pour chacun des objectifs fixés dans la stratégie (en lien avec les objectifs de la CSU et leurs buts intermédiaires), qui devraient être évalués de manière systématique (annuellement, tout en gardant à l'esprit que les effets de certaines interventions peuvent ne pas être observables avant plusieurs années). Des cibles devraient également être définies pour ces indicateurs ;
- des indicateurs qualitatifs de la mise en œuvre de la réforme devraient également être identifiés lorsque cela est pertinent. Avec les indicateurs quantitatifs, ils aideront à observer les progrès de la mise en œuvre ;
- la source des informations afférentes à chaque indicateur et la fréquence selon laquelle de nouvelles données deviennent disponibles devraient également être notées, comme devraient l'être également les responsabilités afférentes à la collecte

et à la collaboration entre l'institution nationale de statistiques et les instances chargées de la gestion du système d'information sur la santé.

3.11. DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Des besoins spécifiques en développement des capacités peuvent également se faire pour assurer la réussite de la mise en œuvre, et ces besoins devraient être identifiés dans la stratégie. En voici des exemples courants :

- des stratégies de renforcement de la capacité d'analyse de la politique de financement de la santé ;
- des compétences en études politiques appliquées (évaluation), de même que des compétences et des systèmes pour le suivi ;
- les priorités concernant le développement des institutions, par exemple, le renforcement des compétences requises pour une conduite efficace des achats de prestations de services de santé ;
- des liens avec d'autres plans de développement de capacités, comme les ressources humaines pour la stratégie de la santé.

3.12. CONCLUSIONS

Cette partie résume les principaux éléments de la stratégie, et comment chacun de ces éléments tend à répondre aux problèmes identifiés et, partant, comment la stratégie contribuera au progrès de la réalisation des objectifs de la CSU.

4. LA CSU & LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ : CONCEPTS SOUS-JACENTS & CONTEXTE

Ce chapitre propose des réflexions plus larges sur les différents éléments d'une stratégie de financement de la santé décrite au chapitre 3.

PARTIE 1 : ARRIÈRE-PLAN, DIAGNOSTIC ET OBJECTIFS

4.1. EN QUOI LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ PEUT-IL SOUTENIR LE PROGRÈS VERS LA CSU – OBJECTIFS DE COUVERTURE FINALS ET BUTS INTERMÉDIAIRES

Les idées et l'approche présentées dans le présent guide de référence ont leurs racines dans le cadre établi par l'OMS en matière de politique de financement de la santé qui a été passé en revue plus haut et qui a été décrit de manière plus détaillée dans d'autres documents.^{11,12} En premier lieu, des objectifs politiques spécifiques ont été intégrés dans la définition de la CSU, à savoir que tous les individus doivent pouvoir bénéficier des services dont ils ont besoin (ce à quoi il est fait référence dans la Figure 3 ci-après à travers la notion d'utilisation rapportée aux

besoins sanitaires et, ailleurs, à travers celle d'équité dans l'utilisation des services), la protection financière et l'équité du point de vue économique, et la qualité des services.

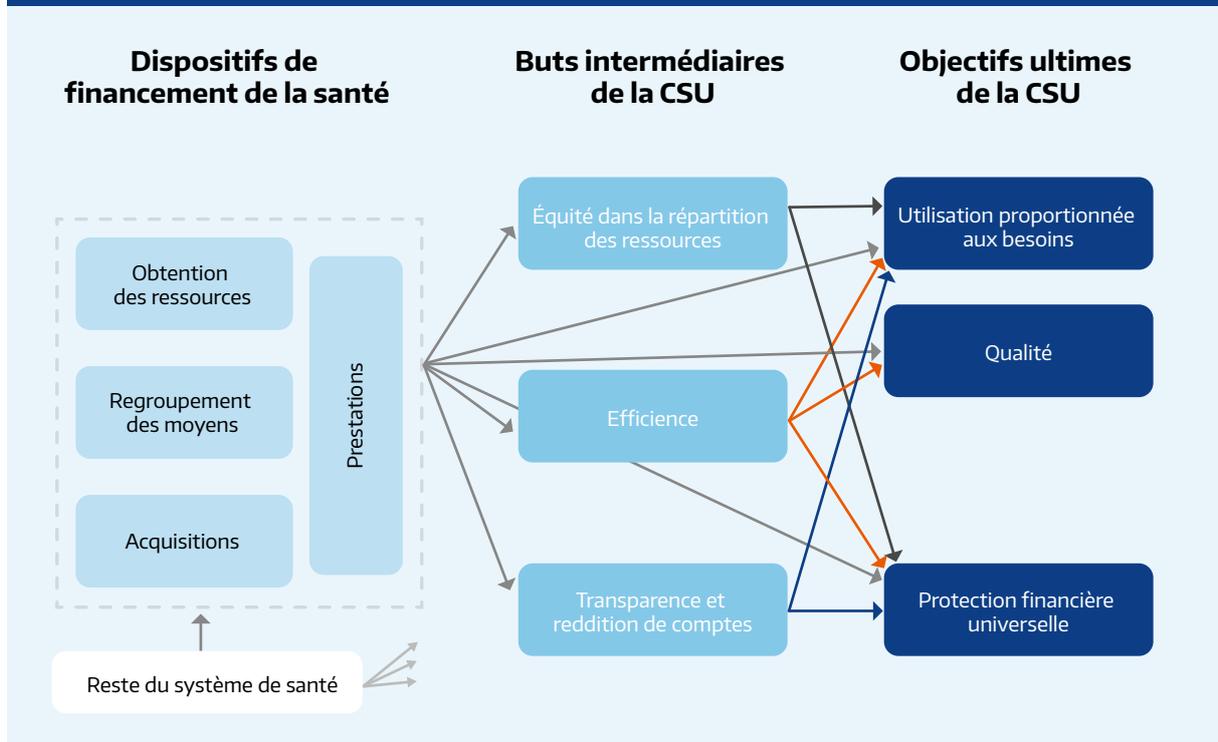
La question essentielle, pour une stratégie de financement de la santé (et, assurément, une stratégie de réforme du système de la santé dans son ensemble) est la suivante : comment et dans quel cadre temporel un pays devrait-il réformer son dispositif de financement de la santé (c'est-à-dire sa politique de génération des ressources financières, de regroupement des moyens, d'acquisition, de structuration des prestations et de gouvernance générale du système) pour parvenir à influencer sur le progrès vers la réalisation des objectifs ultimes de couverture de la CSU ? Les réformes de la politique de financement de la santé peuvent influencer directement sur ces objectifs mais ils exercent également une influence indirectement, à travers les buts intermédiaires que sont l'équité dans la répartition des ressources, l'efficacité, la transparence et la reddition de comptes, comme illustré dans la Figure 3.

Il n'existe pas de modèle ou de plans préconçus pour concevoir des réformes de financement de la santé qui agiront au soutien de la CSU. Cela étant, les objectifs ultimes de couverture et les buts intermédiaires de la CSU, individuellement ou ensemble, devraient orienter les réformes du financement de la santé et les faciliter, tandis que les principes décrits dans l'Encadré 1 généreront des « jalons » s'appuyant sur des bases factuelles, qui seront susceptibles d'orienter les réformes dans une direction conforme au progrès vers la CSU.

11 Kutzin, J. (2013). « Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 91(8):602- 611. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>.

12 Kutzin, J. (2001). « A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements ». *Health Policy* 56(3):171-204.

Figure 3 : politique de financement de la santé et CSU : cheminements



4.2. FACTEURS CONTEXTUELS CLÉS

Les réformes du financement de la santé passent par la modification des dispositifs de financement de la santé et de leur architecture, et par celle des flux entre les sources de financement et les bénéficiaires. En conséquence, une stratégie de financement de la santé implique un passage en revue des dispositifs existants afin d'identifier d'une part, les principaux problèmes et, d'autre part, les interventions nécessaires pour y faire face. Dans le même temps, la faisabilité de la mise en œuvre de certaines mesures, ainsi que l'ampleur que les réformes du financement de la santé peuvent atteindre, dépendront d'un certain nombre de facteurs contextuels qui émanent de l'extérieur du système de santé. Bon nombre de ces facteurs contextuels sont inhérents au pays considéré (comme la

nature du système politique, la densité de la population) mais certains d'entre eux ont un caractère relativement générique en ce sens que ce sont des facteurs qui se manifestent dans pratiquement tous les pays et qui doivent être pris en considération dans l'analyse de la situation. En particulier, trois de ces facteurs contextuels sont identifiés dans le manuel de l'OMS consacré au diagnostic du financement de la santé par pays :¹³ la capacité contributive, la structure de l'administration publique et les règles de gestion des finances publiques. Les principaux aspects en sont résumés ci-après.

¹³ McIntyre, D. et J. Kutzin (2016). « *Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale* ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. (*Diagnostic et éléments d'orientation pour le financement de la santé, No 1*). Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253471/1/9789242510119-fre.pdf?ua=1&ua=1>.

- **La capacité contributive** : la capacité dont dispose un État d'accroître ses dépenses publiques de santé dépend à la fois de la priorité accordée aux décisions d'attribution de ressources budgétaires à la santé et du niveau global des dépenses publiques. Sur le premier de ces éléments, les autorités compétentes en matière de santé peuvent influencer, à travers leur aptitude à plaider la cause de l'attribution d'une part plus importante des crédits disponibles. Le second est contextuel, étant subordonné à des questions telles que le revenu national, la capacité contributive, l'endettement et le déficit budgétaire. Les responsables de l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé auront à négocier étroitement avec les autorités nationales compétentes en matière de finances pour parvenir à ce que les scénarios de dépenses publiques consacrées à la santé qui sont prévues par la stratégie s'avèrent cohérents par rapport au tableau général des dépenses publiques du gouvernement dans son ensemble,¹⁴ et pour assurer que toute proposition d'instauration de nouveaux mécanismes d'obtention de recettes ait été concertée avec les Finances.

Si, dans un gouvernement, le ministère de la santé n'a pas compétence pour la politique générale concernant les impôts, les recettes ou

les emprunts, un certain nombre de moyens existent qui peuvent aider les personnes qui travaillent à l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé à entretenir une collaboration effective avec leurs homologues des Finances.^{15,16,17,18,19} Ce dialogue est essentiel, étant donné que le renforcement de la capacité contributive sera probablement dans de nombreux contextes une condition préalable de la mise en œuvre de réformes durables du financement de la santé, propres à conduire à l'instauration de la CSU.

- **La structure de l'administration publique** : dans tous les pays, les responsabilités afférentes à la prise de décision et à l'exécution sont réparties selon les différents niveaux du gouvernement à des degrés divers. La mesure dans laquelle la décentralisation ou la structure fédérale intervient, et les types de décisions et actions auxquelles elles s'appliquent sont, là encore, des facteurs certes extérieurs au système de la santé mais qui ont des incidences notables sur les réformes du financement de la santé. Par exemple, lorsque la plus grande partie des recettes de l'État sont levées au niveau central mais que les décisions de dépenses sont prises au niveau des États ou des

14 En principe, ces éléments sont disponibles dans le pays, auprès du ministère des finances, et ils sont intégrés dans un document de planification pluriannuel tel qu'un plan de dépenses ou un cadre budgétaire à moyen terme. Il existe également des sources de données externes pertinentes qui fournissent des projections pour les principales variables économiques, y compris le PIB et des recettes de l'État, notamment la base de données du fonds monétaire international (FMI) sur les perspectives économiques mondiales (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/02/weodata/weoselgr.aspx>) ou encore les plus récents rapports de consultation au titre de l'article IV du FMI (http://www.imf.org/external/pubs/cat/shortres.aspx?TITL=&auth_ed=&subject=Article+IV+consultation+reports&ser_note=All&datecrit=During&YEAR=&Lang_F=All)

15 Durairaj V., Evans D.B. 2010. « *Fiscal space for health in resource-poor countries* ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, Background Paper No 41.

16 Heller P. 2006. « The Prospect of Creating 'Fiscal Space' for the Health Sector ». *Health Policy and Planning* 21(2): 75-79.

17 Tandon A. Cashin Ch. 2010. « *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective* ». Health, Nutrition and Population Discussion paper. World Bank.

18 Clements B.J., Coady D., Gupta S. 2012. « *The economics of Public Health Reform in Advanced and Emerging Economies* ». Washington D.C. International Monetary Fund.

19 Barroy, H., S. Sparkes, E. Dale (2016). « Assessing fiscal space for health expansion in low- and middle-income countries: a review of the evidence ». WHO/HIS/HGF/HFWorking Paper/16.3. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/health_financing/documents/assessing-fiscal-space/).

provinces, une question importante pour le financement de la santé – et, en particulier, les politiques afférentes au regroupement des moyens – est celle du mécanisme appliqué pour allouer ces ressources aux instances de niveau infranational qui ont vocation à en être destinataires. D'une manière plus générale, pour une stratégie de financement de la santé, il est essentiel d'avoir une bonne connaissance de la nature exacte des décisions et des actions qui sont prises à tel ou tel niveau de l'administration publique, et quelles en sont les conséquences au regard des objectifs de politique de la santé tels que l'équité dans le niveau des dépenses publiques par habitant et par région. Même si le secteur de la santé ne peut influencer directement sur des décisions qui relèvent de l'ensemble du gouvernement, comprendre les règles peut aider à concevoir des mesures à l'échelle d'un secteur qui soient propres à atténuer certaines de ces conséquences et, d'une manière plus générale, à ce que les réformes proposées du financement de la santé soient effectivement mises en œuvre dans le cadre du système existant d'administration publique.

- **Les règles de gestion des finances publiques** : la réussite de la mise en œuvre des réformes du financement de la santé dépendra de l'organisation et de la gestion des finances publiques aux niveaux national et infranational. Les réformes proposées devront être compatibles avec les lois et règlements en vigueur en matière de finances publiques ou alors elles devront être précédées de changements dans la gestion des finances publiques, par exemple quant au degré d'autonomie financière laissée aux autorités publiques et aux institutions sanitaires décentralisées. Dans beaucoup de pays, l'une des principales difficultés consistera à harmoniser les

réformes dans un sens propre à évoluer vers une stratégie d'acquisition orientée sur les résultats là où la politique de gestion des finances publiques en matière d'élaboration du budget et de contrôle des dépenses conduit depuis longtemps à des budgets organisés par rubrique et basés sur les intrants, avec une très faible autonomie pour les prestataires publics et très peu de possibilités de passer avec des prestataires du privé des contrats prévoyant un financement public. Dans d'autres pays, c'est le faible niveau d'exécution du budget qui exerce le plus une contrainte sur les dépenses publiques, plus encore que le faible niveau des attributions budgétaires. Comme pour la capacité contributive, une concertation étroite entre les autorités compétentes en matière de santé et celles qui le sont en matière de finances est essentielle pour pouvoir surmonter les blocages au niveau de la gestion des finances publiques qui peuvent affecter toutes les composantes du gouvernement mais qui posent en particulier des problèmes pour le secteur de la santé.^{20,21,22,23}

-
- 20 Organisation mondiale de la Santé (2016) : « *Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs* ». Rapport conjoint du Département Gouvernance et financement des systèmes de santé du Siège de l'OMS et du Département Renforcement des systèmes de santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/).
- 21 Andrews, M., M. Cangiano, N. Cole, P. de Renzio, P. Krause, R. Seligmann (2014). « This is PFM ». CID Working Paper No.285. Cambridge, Massachusetts: Center for International Development at Harvard University. <https://www.hks.harvard.edu/centers/cid/publications/faculty-working-papers/this-is-pfm>
- 22 OMS: PFM (« Public Financing Management ») et page web avec descriptions et liens (anglais seulement): http://www.who.int/health_financing/topics/public-financial-management/.
- 23 Banque mondiale: PFM (« Public Financing Management ») et page web avec descriptions et liens (anglais seulement): <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXT/PUBLICSECTORANDGOVERNANCE/0,,contentMDK:23090543~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:286305,00.html>

4.3. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AUX PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Lorsqu'il a été procédé à un diagnostic du fonctionnement du système de la santé, l'étape suivante consiste à formuler **un ensemble d'objectifs spécifiques au pays considéré**, qui se fonderont sur les problèmes de performance auquel le système de santé de ce pays est confronté. Cette étape est déterminante dans le processus d'élaboration d'une stratégie de financement puisqu'elle constitue la base de la définition d'une réponse politique détaillée devant permettre de s'attaquer aux problèmes de fonctionnement identifiés et à leurs causes sous-jacentes. La clarté de la connexion entre le diagnostic des problèmes, la formulation d'objectifs prioritaires spécifiques et la définition subséquente de politiques détaillées est véritablement le «sésame» des améliorations du fonctionnement du système de santé dans son ensemble. Dans l'idéal, les objectifs doivent être fixés d'une manière assez spécifique pour pouvoir être **mesurables** et, par suite, pour pouvoir être observés dans le cadre d'un processus de suivi au fil du temps.

Les objectifs de la CSU et leurs buts intermédiaires se situent à un niveau plus général, et ils restent les mêmes pour tous les pays et dans la durée. Utilisés comme des catégories ou comme une liste de pointage dans un souci d'exhaustivité, ils peuvent faciliter l'élaboration d'objectifs spécifiques à un pays. Ainsi, par exemple, un objectif spécifique à un pays peut consister à faire progresser en cinq ans le ratio d'utilisation par habitant des services de soins ambulatoires en milieu rural jusqu'à ce qu'il approche à 10 % près celui qui existe en milieu urbain. De telles visées s'inscrivent dans l'objectif générique de la CSU axé sur l'équité dans

l'utilisation des services, tout en se rapportant à la manifestation spécifique à un pays d'un problème donné, en l'occurrence celui des inégalités à l'échelle géographique.

Expliquer *pourquoi* les objectifs spécifiques de la stratégie du pays considéré ont été retenus, et *comment* en s'attendant à leur réalisation, le fonctionnement du système de santé devrait en être amélioré est la clé qui rendra la stratégie plus robuste et plus facile à communiquer. Dès lors qu'elle intègre les bases factuelles provenant du diagnostic du fonctionnement du système de santé, ou de l'expérience internationale, la stratégie devient à la fois plus rigoureuse et plus convaincante. De même, l'identification des risques potentiels et des conséquences négatives contribuera à renforcer la stratégie, notamment s'il s'y ajoute des idées sur les moyens de surmonter ces problèmes, s'ils apparaissent et au moment où ils le font.

PARTIE 2 : INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

La prochaine étape consiste à définir les interventions stratégiques qui devraient avoir pour résultat des améliorations du système de santé, dans le droit-fil des objectifs prioritaires spécifiques au pays considéré qui ont été identifiés. Dans les paragraphes qui suivent, nous examinerons la démarche de l'OMS en matière de politique du financement de la santé, ses concepts sous-jacents, et chacune des fonctions de financement de la santé que nous proposons d'utiliser comme base pour la définition des interventions. Tout au long du processus, nous examinerons quelques-unes des difficultés courantes auxquelles se heurtent les pays.

4.4. OBTENTION DES MOYENS BUDGÉTAIRES : SOURCES DE FINANCEMENT ET MÉCANISMES CONTRIBUTIFS

Il importe de s'intéresser tout d'abord aux institutions chargées de collecter les recettes, aux méthodes de contribution utilisées et aux sources initiales de financement. Indépendamment des recettes provenant de l'étranger (tels que les crédits de donateurs extérieurs) et les recettes tirées des ressources naturelles²⁴ propriété de l'État (pétrole, gaz, diamants), c'est la population qui est au final la source de tous les financements du système, qu'il s'agisse des paiements directs des prestations par l'utilisateur, des cotisations d'assurance ou des impôts que les contribuables et les entreprises versent à l'État. Toutefois, on s'attachera essentiellement aux mécanismes d'obtention de recettes qui sont utilisés parce que c'est à ce niveau que se situe l'essentiel du débat, en particulier sur le plan de l'équité. Un tour d'horizon des principales sources de financement et des principaux mécanismes contributifs est présenté dans la Figure 4.

La classification de ces mécanismes de contribution est basée sur des distinctions d'ordre politique importantes, comme expliqué dans l'édition 2011 de « Système de comptes de la santé, 2011 ».²⁵

i) **Sources de financement nationales/ sources de financement extérieures :** la plupart des pays, dont ceux à revenu

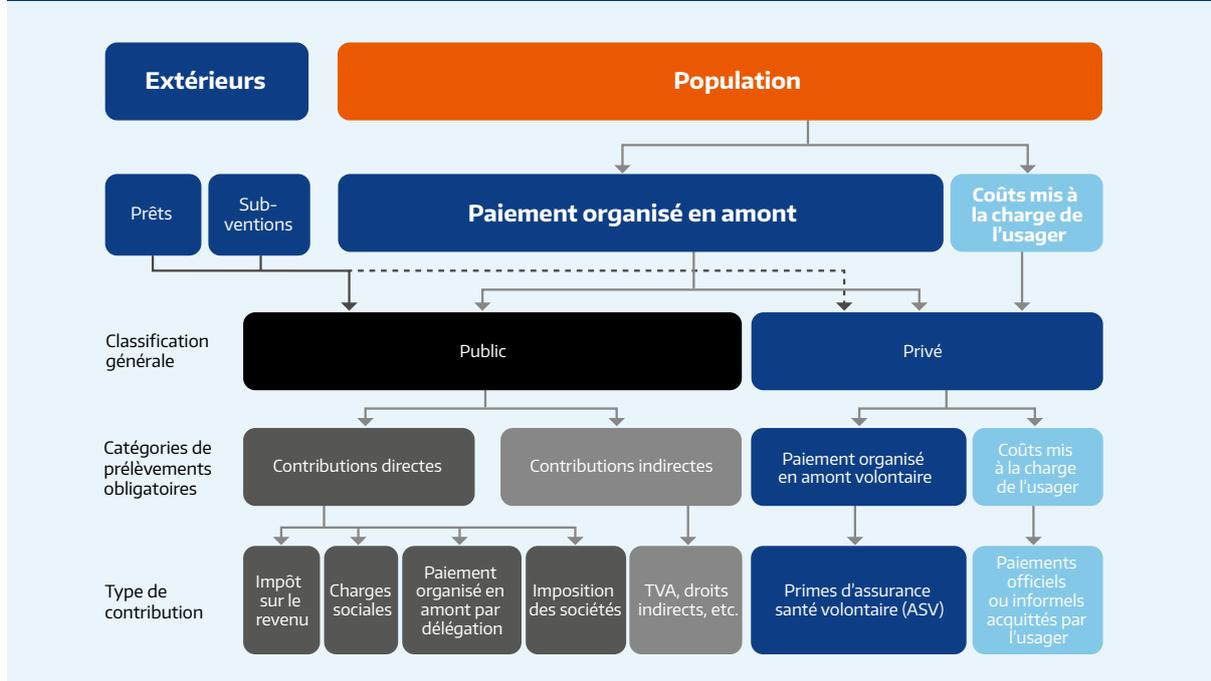
intermédiaire ou à faible revenu, comptent principalement sur leurs ressources financières nationales, si bien que la démarche d'analyse et de développement des objectifs et des stratégies spécifiques au pays considéré doit s'articuler principalement sur le système de financement national. Toutefois, dans les pays (principalement ceux à faible revenu) pour lesquels les sources de financement extérieures sont significatives (notamment ceux pour lesquels de telles sources constituent la principale source de financement du système de santé), l'analyse et les choix liés au niveau, au flux et à l'utilisation de ressources extérieures devraient être incorporés dans la stratégie, y compris ce qui concerne les changements probables concernant les niveaux de ces financements. Il s'agit là d'une tâche complexe étant donné que les aides extérieures sont par nature imprévisibles, avec beaucoup de donateurs qui ne sont pas en mesure de s'engager sur des échéanciers particulièrement longs. Il y aura probablement lieu de partir d'hypothèses raisonnables, s'appuyant sur une évaluation des tendances et sur des entretiens avec les principaux donateurs. L'analyse peut également constituer un bon point de départ de dialogue avec des institutions de financement internationales.

ii) **financement organisé en amont/ coûts mis à la charge de l'utilisateur :** le financement organisé en amont signifie que les contributions faites par les individus ne le sont pas au moment de l'utilisation des services de santé mais avant cela et, plus spécifiquement, avant même que le besoin de recourir à ces services se soit manifesté. Un tel financement peut revêtir des formes diverses de prélèvements, ceux-ci ayant un caractère obligatoire

24 Les recettes provenant des ressources naturelles ne rentrent pas véritablement dans ce qui relève des méthodes contributives mais elles restent une source importante de financement dans certains pays.

25 OCDE, EUROSTAT, OMS. 2011. « Classification of the revenues of health financing schemes. A System of Health Accounts ». 2011 Edition: 195-203.

Figure 4 : principales sources de financement et principaux mécanismes de contribution



ou bien un caractère volontaire. Un tel système est aux antipodes de celui consistant à mettre les coûts à la charge de l'utilisateur au moment où celui-ci recourt aux services de santé.

iii) **financement public (obligatoire) / financement privé (volontaire) :** sous l'angle du financement de la santé, il est opportun de poser comme synonymes financement public et financement obligatoire, car l'un et l'autre ont en commun non seulement un caractère d'anticipation mais aussi un caractère d'obligation, si bien qu'ils ne posent pas le problème de sélection adverse ou antisélection²⁶ qui handicape tant le marché de l'assurance santé volontaire. « Obligatoire » ne signifie pas ici que les

individus sont obligés d'acquitter une cotisation directe à l'assurance santé mais simplement que la source de financement est constituée par ce qui est généralement reconnu comme étant un prélèvement obligatoire (impôt sur le revenu, taxe sur la valeur ajoutée) ou une cotisation obligatoire (par exemple, une obligation de souscrire une assurance santé).²⁷ Les sources de financement volontaires peuvent être organisées en amont (souscription volontaire d'une assurance santé) ou sous la forme de paiements acquittés directement par l'utilisateur sur le lieu de prestation des services.

26 Akerlof, G. (1970). « The market for « lemons »: quality uncertainty and the market mechanism ». *Quarterly Journal of Economics* 84(3):488-500.

27 Il est intéressant de noter que s'il incombe aux pouvoirs publics de mettre en place une assurance santé, sans pour autant définir un taux de cotisation spécifique, il s'agit également d'un mécanisme obligatoire qui est équivalent à un prélèvement obligatoire du point de vue de la politique de santé publique et qui ne peut pas être considéré comme faisant partie de « l'espace fiscal », par les autorités nationales compétentes en matière de finances ou par le FMI.

L'imposition est un domaine très étendu et, à ce propos, il est utile d'opérer une distinction entre imposition directe et imposition indirecte. Les impôts directs sont prélevés directement auprès des individus ou des entreprises, comme c'est le cas de l'impôt sur le revenu (individuel ou des sociétés) ou des prélèvements sociaux (termes employés par les économistes spécialisés en finances publiques à propos des contributions obligatoires prélevées auprès des employeurs et des salariés en application d'un dispositif social d'assurance santé). Les impôts indirects sont ceux qui sont prélevés sur le commerce ou la consommation de biens et de services, comme la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et les droits indirects (perçus par exemple sur le tabac ou l'alcool).

Une autre distinction utile est celle qui s'opère entre les recettes qui sont *destinées* à la santé et celles dont l'utilisation est discrétionnaire. Pour les premières, leur utilisation a été déterminée d'avance, antérieurement à leur collecte. Par exemple, des taxes préaffectées frappant les véhicules peuvent générer des recettes servant à compenser les coûts des services sanitaires associés aux accidents de la route. Au Ghana, un prélèvement relevant de la TVA soutient la caisse nationale d'assurance-maladie. Et il est intéressant de noter que des cotisations sociales d'assurance-maladie (charges sociales) sont une autre forme de fiscalité préaffectée. Les recettes à usage discrétionnaire n'ont pas d'emploi déterminé d'avance et alimentent les fonds gouvernementaux de caractère général qui servent à abonder chaque année le budget ordinaire et le cadre fiscal.

Comme noté ci-dessus, le **financement privé (volontaire)** peut être organisé soit par paiements anticipés soit par paiements acquittés directement par l'utilisateur sur le lieu même des services. Dans ce système volontaire, les paiements anticipés peuvent être effectués

auprès de divers types de caisses d'assurance, sans considération du régime de propriété ou de gestion desdites caisses. Si les formes les plus courantes d'assurance santé volontaire (ASV) sont administrées, à titre lucratif ou non, par des sociétés privées, il existe aussi des systèmes d'ASV qui sont administrés par une ONG, ou encore par les adhérents au système ou par une collectivité. De fait, on trouve même des exemples d'ASV administrées et gérées par les pouvoirs publics. Ce qui distingue du reste le financement volontaire par paiements anticipés, ce n'est pas le régime de propriété ou la forme d'organisation de la caisse d'ASV mais le fait que les décisions relatives aux paiements anticipés n'appartiennent pas aux pouvoirs publics mais relèvent du choix des individus ou des sociétés concernées.

L'autre mécanisme de cotisation volontaire à caractère privé à la couverture d'assurance-maladie consiste dans le système *d'acquiescement du coût des services directement et par l'utilisateur* sur le lieu où ils sont prestés, système qui peut revêtir des formes diverses, si bien que la classification suivante peut s'avérer utile :

- la participation **officielle du patient** aux coûts, contexte dans lequel on emploie les vocables de ticket modérateur, copaiement, coassurance, ou encore de franchise. Il s'agit là de paiements obligatoires en vertu des conditions d'un système de financement public ou privé.²⁸

28 Ces paiements sont considérés comme volontaires même si les usagers des services de santé sont tenus de les acquiescer en vertu de règles relevant d'un dispositif particulier de financement de la santé. La distinction par rapport aux charges sociales réside dans le fait que ces dernières sont codifiées par une loi et doivent être acquiescées par tous ceux qui y sont assujettis (par exemple, tous les travailleurs de l'économie formelle et leurs employeurs). Un copaiement ou ticket modérateur peut être prévu par la loi, mais il n'est pas acquiescé tant que l'utilisateur ne recourt pas aux services.

- Les paiements effectués de manière informelle, qui sont des paiements effectués au moment de l'utilisation des services y relatifs (ou immédiatement avant) et qui viennent en sus des montants prescrits en vertu des dispositifs officiels de répartition des coûts. Il peut s'agir de « dessous-de-table » versés à des professionnels de la santé mais aussi de paiements effectués pour l'acquisition d'intrants nécessaires aux soins du patient qui auraient dû être fournis par le système (médicaments, fournitures chirurgicales, alimentation, l'administration directe de soins infirmiers par des membres de la famille).
- Les paiements « de la poche de l'intéressé », qui sont acquittés pour des services ou des intrants pour lesquels il n'est pas prévu de paiement anticipé. On en trouvera des exemples dans la rémunération des services d'un médecin privé ou dans l'acquisition de médicaments qui ne sont pas couverts par un quelconque mécanisme de paiement anticipé.

Le rôle des sources nationales de financement privé que sont par exemple le ticket modérateur ou le système volontaire prépayé doit également être examiné en termes d'impact sur les recettes à venir et ses conséquences sur le progrès vers la réalisation des objectifs politiques.

La distinction selon ces axes entre sources de financement et mécanismes de contribution est utile pour déterminer comment le système de santé est financé. Les différents mécanismes ont, par rapport aux objectifs de la politique de santé, des implications et incidences qui

ont été largement documentées.^{29,30} Les décisions concernant les changements dans les mécanismes d'obtention des ressources financières (expansion ou contraction des sources, ou encore instauration de nouvelles sources) devraient s'appuyer sur des projections au moment considéré de l'évolution possible des sources de financement publiques sur cinq à 10 ans (voir discussion sur la capacité contributive, dans la partie précédente), en même temps que sur des estimations de l'évolution des besoins du secteur de la santé au cours de la même période. Si un plan budgétisé pour le secteur de la santé ou un Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) est disponible, il peut alors servir de base pour les estimations des besoins futurs. Le processus sera nécessairement itératif, de manière à concilier les scénarios concernant les recettes avec les estimations des besoins. Cependant, la tentation de réduire ce processus à un exercice comptable de « bouchage de trous » devra être évitée car cela contribuerait à diffuser le message erroné selon lequel les problèmes de financement de la santé peuvent être résolus simplement en fixant un niveau cible de recettes alors que ce qui a été constaté montre que des pays ayant des niveaux de dépenses de santé similaires enregistrent des niveaux de progrès différents dans leur marche vers la CSU.³¹ Une optique

29 McIntyre, D. et J. Kutzin (2011). « Revenue collection and pooling arrangements in financing ». In Smith, R.D. and K. Hanson, eds. « *Health Systems in Low and Middle Income in financing: an Economic and Policy Perspective* ». Pp 77-101. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

30 Jowett, M. et J. Kutzin (2015). « *Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy-makers* ». Health Financing Policy Brief No.1. WHO/HIS/HGF/Policy Brief/15.1. Genève, Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/health_financing/documents/revenue_raising/.

31 Jowett, M., M. Petro Brunal, G. Flores, J. Cylus (2016). « *Spending targets for health: no magic number* ». WHO/HIS/HGF/ HFWorking Paper/16.1. Genève, Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/health_financing/documents/no-magic-number/.

étroite qui consisterait à atteindre des cibles de dépenses serait non seulement erronée mais risquerait au surplus de détourner l'attention des réformes nécessaires concernant le regroupement des moyens et les acquisitions susceptibles de revêtir une plus grande importance pour la consolidation du système à long terme.

Globalement, il est important d'examiner dans quelle mesure des recettes supplémentaires proviendront de sources nouvelles et d'apprécier cet aspect à l'aune de critères plus larges, tels que celui de l'efficacité, c'est-à-dire ce que coûte le recouvrement de ces recettes, leur stabilité dans le temps (aspect déterminant pour la planification), dans quelle mesure cette mise en recouvrement est équitable, c'est-à-dire si elle doit peser plus sur les catégories riches ou sur les catégories pauvres et enfin si elle risque de comporter des conséquences négatives (effets de distorsion sur le marché du travail) ou des conséquences positives (baisse de la consommation de substances dangereuses ou nocives comme le tabac ou l'alcool).

La faisabilité est également un élément important lorsque l'on envisage de nouvelles sources de recettes dans le cadre d'une stratégie de financement de la santé. Comme observé dans la partie précédente relative au contexte fiscal/contributif, le ministère de la santé n'a pas la décision finale dans ce domaine, si bien qu'une concertation avec les interlocuteurs clés que sont le ministère des finances ou l'organisme compétent en matière de contributions directes et indirectes est essentielle pour connaître les dispositions de ces instances par rapport à l'idée de l'introduction de nouvelles sources de recettes revêtant éventuellement la forme d'impôts préaffectés. De plus, une analyse du potentiel de recettes d'un nouvel impôt préaffecté doit être tempérée par

la reconnaissance du fait que les recettes peuvent ne pas pouvoir simplement s'ajouter les unes aux autres et que le gouvernement peut décider de réduire certains montants de recettes attribuées à titre discrétionnaire au secteur de la santé par suite d'une nouvelle source de financement réservé.³² De ce fait, il est essentiel de considérer que même lorsqu'une stratégie inclut une nouvelle source de revenus, l'attention doit continuer de se porter (y compris dans le cadre de la concertation avec les autorités nationales compétentes en matière de finances) sur le « tableau général », soit le niveau général de financement public que le secteur de la santé peut attendre.

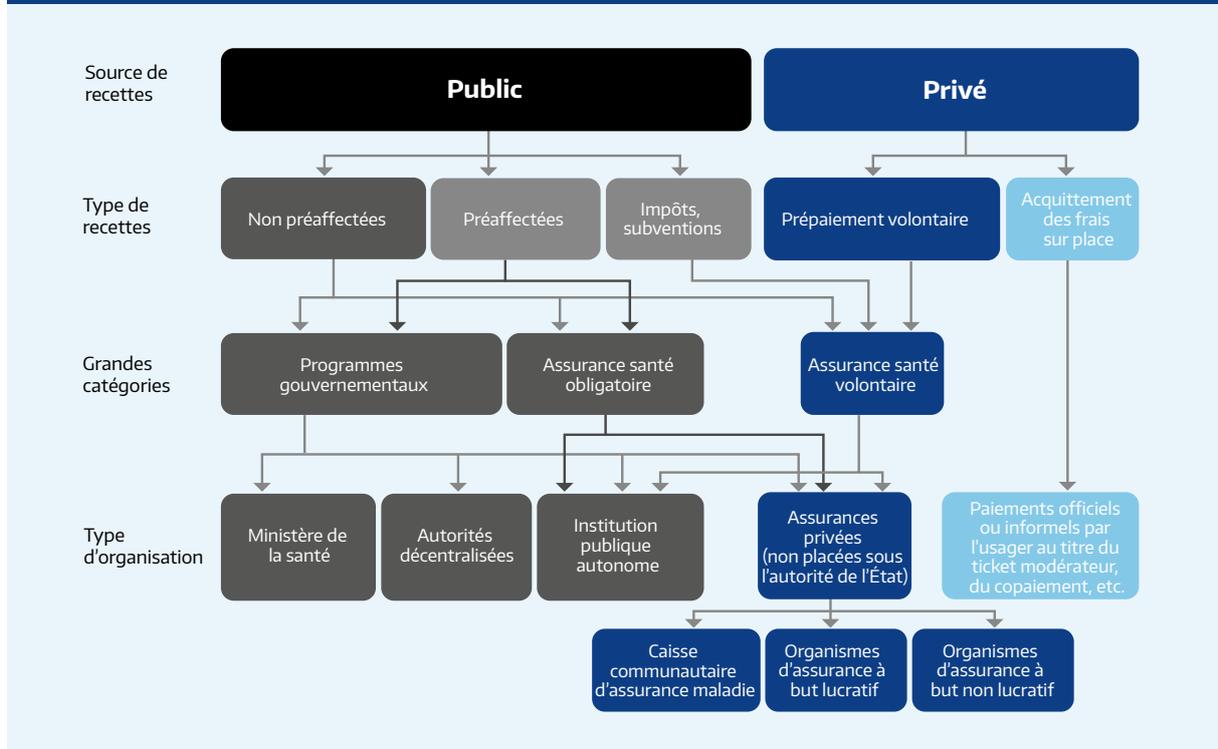
Le processus d'élaboration de la stratégie de financement de la santé devrait inclure un processus d'évaluation des options qui prendrait tous ces éléments en considération.

4.5. REGROUPEMENT DES RECETTES

Dans son sens le plus générique, le regroupement des recettes désigne la concentration, pour le compte d'une population, des recettes prépayées. Les crédits destinés aux services de santé sont regroupés par un large éventail d'institutions publiques et privées, dont les ministères de la santé, les instances décentralisées de ces ministères, les autorités décentralisées, les organismes sociaux d'assurance santé et les caisses d'assurances privées, à but lucratif ou non. La Figure 5 propose une vue d'ensemble du regroupement des recettes.

³² Pour plus ample informé concernant les recettes préaffectées à la santé, voir http://www.who.int/health_financing/topics/earmarking-revenues-for-health/.

Figure 5 : flux génériques des recettes de leurs sources aux entités destinataires en commun



La Figure 5 montre que la distinction à opérer entre sources de recettes publiques et sources de recettes privées n'est pas nécessairement la même qu'entre institutions publiques ou institutions privées de regroupement du financement ; de même, les institutions sociales d'assurance santé peuvent (et c'est souvent le cas) percevoir des fonds provenant des recettes fiscales générales, en plus des contributions provenant des prélèvements sociaux. De fait, dans beaucoup de pays, qui sont de plus en plus nombreux, il existe un lien direct entre le mécanisme d'obtention des recettes (par exemple, à travers des cotisations prélevées sur les charges sociales) et la nature du dispositif de regroupement, qui a été

fragmentée,^{33,34} jouant souvent un rôle central dans les efforts tendant à l'instauration de la CSU.³⁵ Il existe également des exemples où l'État s'en remet à des institutions privées pour administrer un regroupement de recettes provenant d'un financement public, de même que des exemples de gestion par des organismes publics de systèmes de cotisations

33 Mathauer, I., M. Theisling, B. Mathivet, I. Vilcu (2016). « State budget transfers to health insurance funds: extending coverage in low- and middle-income countries of the WHO European Region ». *International Journal for Equity in Health* 15:57 DOI: 10.1186/s12939-016-0321-0.

34 Vilcu, I., L. Probst, D. Bayarsaikhan, I. Mathauer (2016). « Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia ». *International Journal for Equity in Health* 15:165 DOI: 10.1186/s12939-016-0436-3.

35 Lagomarsino, G., A. Garabrant, A. Adyas, R. Muga, N. Otoo (2012). « Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia ». *The Lancet* 380(9845):933-943.

volontaires. Un tel « croisement des flux » illustre l'étendue de la gamme des expériences en matière de réforme et constitue une cause fondamentale de l'importance qui s'attache à élaborer une politique de financement de la santé qui fasse la distinction entre financement des recettes et regroupements des recettes.³⁶

Outre les aspects organisation et flux évoqués dans la Figure 5, d'autres aspects critiques du regroupement des ressources sont à prendre en considération dans l'analyse et la modélisation de la politique :

- participation obligatoire/automatique contre participation volontaire/couverture dans le cadre d'un regroupement ;
- regroupement unique ou regroupements multiples ;
- avec distinction d'ordre territorial ou avec chevauchement ;
- concurrence contre le monopole ;
- concurrence pour les clients contre concurrence pour les contrats ;
- liberté de choix (par l'individu ou l'entreprise) ou rattachement à un regroupement ;
- regroupements couvrant un ensemble exhaustif ou regroupements différents pour des services différents ;
- existence (ou non) d'un mécanisme de redistribution entre regroupements.

Comme le suggère cette longue liste de caractéristiques, le regroupement peut être assez complexe et présenter de nombreuses combinaisons possibles. Considérées ensemble, celles-ci caractérisent ce que

36 C'est aussi la raison pour laquelle les modèles historiques classiques de financement de la santé tels que ceux de Beveridge et de Bismarck n'ont que peu de pertinence technique dans la conception d'une politique de financement de la santé.

l'on peut appeler la structure du marché du regroupement dans un pays. Nous donnerons ci-après quelques exemples à titre d'illustration :

- **Canada** : il existe dans chaque province une structure de regroupement du financement compétente pour la province, qui couvre les coûts d'un ensemble exhaustif de prestations pour toute la population.
- **Pays-Bas** : la participation est obligatoire ; la population a le choix entre des caisses d'assurance privées concurrentes qui agissent en tant que tiers payeur pour un ensemble de prestations défini exhaustivement et elle peut aussi opter sur une base volontaire pour une assurance santé complémentaire.³⁷ Il existe entre les différentes structures de regroupement du financement un système de redistribution particulièrement complexe.
- **Inde** : un système d'assurance maladie dont le financement est administré par les pouvoirs publics et qui est connu sous le sigle « RSBY ». Il a été conçu pour les foyers dont le revenu est inférieur à un seuil déterminé, ceux-ci sont admis à souscrire et à recevoir une couverture d'assurance pour des soins en hospitalisation sans participation financière du patient jusqu'à un seuil annuel maximum de dépenses couvertes par le système pour le compte de chaque personne assurée. Dans le cadre de ce programme, des assureurs privés entrent en concurrence pour remporter un contrat public d'attribution du marché du regroupement du financement à l'échelle de tout un État ou bien à celle d'une aire géographique déterminée au sein d'un État.

37 Assurance qui couvre des services ou des prestataires qui ne sont pas pris en charge dans le système obligatoire.

- **Rwanda** : la CBHI (« Community-based health insurance » = assurance-maladie communautaire) est un système dans lequel la participation est obligatoire. Les caisses mutuelles sont organisées territorialement par district, desservant la population locale qui y est rattachée, et elles sont gérées par la collectivité locale. Les mécanismes de redistribution se traduisent par des flux de financement entre différentes caisses d'un district, d'un district à l'autre et à partir du niveau national, ainsi qu'à partir de caisses privées d'assurance-maladie à vocation sociale intégrées dans le regroupement national de financement de la CBHI.
- **Kirghizistan** : la couverture est automatique pour toute la population, ce qui aboutit à un regroupement du financement à un niveau national, administré par une entité publique autonome désignée « Caisse d'assurance-maladie obligatoire ». La caisse gère également une réserve de financement distincte, à base contributive, qui est obligatoire pour certaines catégories de population et qui sert des prestations complémentaires sous la forme d'une diminution du copaiement et du forfait médicaments en soins ambulatoires.

Des organismes qui redistribuent les fonds entre les regroupements (par exemple en redistribuant le « revenu des primes » collectées par les caisses d'assurance ou en assurant la répartition d'attributions budgétaires du niveau central à destination des provinces ou des districts) assurent eux aussi une fonction de regroupement des financements. Comme pour les mécanismes contributifs, les modalités selon lesquelles les fonds sont regroupés ont des incidences au regard des objectifs politiques. Par conséquent, comprendre les dispositifs de regroupement du financement dans le cadre

d'un système de financement de la santé est essentiel pour une analyse et une étude rationnelles des options politiques.

4.6. ACHAT DE PRESTATIONS DE SERVICES

L'achat de prestations de services désigne l'attribution de ressources financières à des organismes prestataires de services de santé. Trois considérations sont importantes pour l'analyse des dispositifs d'achat de prestations de services d'un pays :

- les mécanismes de rémunération des prestataires ;
- la structure du marché des achats de prestations de service ;
- les dispositifs institutionnels entre les acheteurs et les prestataires.

Les mécanismes de rémunération des prestataires : les modalités de rémunération des prestataires donnent lieu à des incitations qui influent sur le comportement de ces derniers. Plusieurs types de mécanismes (ou de méthodes) de paiement existent et, parfois coexistent à l'intérieur d'un même système ou, en fait, font partie intégrante du mécanisme de rémunération d'ensemble. Les aspects importants des mécanismes de rémunération des prestataires sont les suivants :

- stratégie d'achat passive/stratégie d'achat active ;
- niveau de rémunération déterminé avant ou après utilisation des services ;
- rémunération prospective des prestataires de service/rémunération rétrospective ;
- existence de mécanismes administratifs complémentaires et composition de ces mécanismes.

Compte tenu de la définition attribuée ici à la notion d'achat des prestations de service, ce qui est appelé parfois politique d'achat active ou, de plus en plus, politique d'**achat stratégique** peut se définir comme étant le transfert de recettes aux prestataires s'appuyant sur des *informations* ayant trait soit aux besoins sanitaires de la population desservie, soit aux actes des prestataires, soit encore à ces deux types de facteurs. Une politique d'achat passive consiste à transférer simplement les ressources aux prestataires sans s'enquérir de ces informations. Il ne s'agit pas là d'une option « tout ou rien », puisqu'on relève de nombreux exemples de dispositifs qui combinent un mécanisme passif (consistant par exemple à verser un budget ou une rémunération définis selon des normes « historiques ») et un élément stratégique (par exemple, le versement d'une rémunération supplémentaire accordée pour des services hautement prioritaires tels que les accouchements sous assistance ou lorsque des objectifs prédéfinis ont été atteints, par exemple en termes de vaccination des enfants ou de dépistage du cancer du col de l'utérus). Un autre élément intervenant dans la réflexion sur ce qui constitue une approche stratégique de l'achat des prestations de services est l'existence de *mécanismes selon lesquels les prestataires peuvent être tenus comptables* de leurs actes ou des résultats associés à la rémunération perçue.

Les mécanismes de rémunération des prestataires peuvent se caractériser à la fois par le stade auquel le niveau de rémunération est déterminé et par le stade auquel le prestataire perçoit effectivement la rémunération. Dans la plupart des cas, les niveaux de rémunération sont déterminés de manière prospective, par les pouvoirs publics ou une institution compétente pour cela, mais il existe des cas où ce sont les prestataires

qui déterminent le prix de leurs services et où l'entité qui paie se borne à payer tout ou partie de ce montant (comme c'est le cas avec de nombreux systèmes d'assurance santé aux États-Unis, par exemple). La plupart des systèmes s'appuient sur un type de mécanisme de détermination prospectif, mais avec des différences importantes dans la détermination du stade de la rémunération et des unités de service couvertes par les méthodes de rémunération.

Les méthodes prospectives de rémunération des prestataires les plus courantes comprennent :

- la budgétisation par poste ;
- a budgétisation globale ;
- la capitation ;
- les honoraires.

Les méthodes rétrospectives de rémunération des prestataires les plus courantes comprennent :

- la rémunération aux prestations effectuées ;
- la rémunération par cas.

Derrière ces grandes catégories il peut exister des variations significatives dans la détermination des niveaux de rémunération et dans les mécanismes retenus de rémunération des prestataires. Il n'existe pas de schématisation évidente entre ces catégories ni quant à la mesure dans laquelle elles relèvent d'une politique d'achat passive ou active. Par exemple, pour un hôpital, une dotation par ligne budgétaire ou bien une dotation globale qui est déterminée uniquement en fonction du nombre de lits ou uniquement sur la base de l'exercice précédent majoré (ou diminué) au gré d'une augmentation (ou d'une réduction) généralisée, serait un exemple de politique

d'achat passive. En revanche, un budget qui est déterminé en fonction des activités de l'année précédente et d'une combinaison représentative (par exemple selon un budget pondéré par groupes de diagnostics connexes (GDC)) tire parti de variables relatives à l'activité des prestataires et à la gravité des cas traités, si bien que la démarche est plus « stratégique ». De même, rembourser les prestataires pour chaque service qu'ils assurent sans considération ni de la qualité ni de la nécessité de ces services est un exemple de politique d'achat de prestations passive ; en revanche, rémunérer à l'acte des services bien définis et hautement prioritaires (comme dans de nombreux exemples de « financement basé sur les résultats » ou de « rémunération aux résultats ») constitue un exemple de politique d'achat de prestations active. Ainsi, aux deux extrêmes des méthodes prospectives et rétrospectives on trouve à la fois des politiques passives, des budgétisations (souvent rigides) qui se fondent simplement sur des antécédents, avec des montants déterminés en fonction de normes se référant simplement aux intrants et une couverture qui n'est ni plafonnée ni contrôlée, et qui est assurée sur la seule foi des actes déclarés par le prestataire, quelle qu'en soit la nature.

Avec les **méthodes rétrospectives de rémunération des prestataires**, l'unité de service qui est destinataire de la rémunération est déterminante. Pour les services hospitaliers, beaucoup de pays utilisent la rémunération sur la base du cas traité, en règle générale sur la base d'une certaine variante des GDC. Cette formule se différencie de la rémunération pour chacun des actes effectués (rémunération à l'acte) ou des méthodes intermédiaires, comme la rémunération par journée d'hospitalisation. L'un des éléments distinctifs clés de ces méthodes, c'est la mesure dans laquelle est

« groupée » l'unité de services sur la base de laquelle les prestataires seront remboursés. Par exemple, le remboursement pour chacune des prestations assurées correspond à un système de rémunération dégroupé, alors que défrayer un établissement sur la base de la journée d'hospitalisation ou de l'admission correspond à un système de rémunération éminemment groupé. D'une manière générale, plus le degré de regroupement est élevé, plus le risque financier se trouve déplacé de l'acquéreur sur le prestataire.

S'agissant des incitations générées par les différentes méthodes de paiement, les méthodes prospectives tendent à être favorables à un contrôle des dépenses (pour l'acquéreur) mais pas en ce qui concerne la productivité ou la réactivité vis-à-vis du patient. Inversement, les méthodes rétrospectives peuvent entraîner une amélioration de la réactivité vis-à-vis des usagers des services mais inciter les prestataires à générer plus de services, ce qui est défavorable à la maîtrise des coûts et potentiellement susceptible d'encourager les déclarations frauduleuses de prestations. Le remboursement par cas traité limite dans une certaine mesure ces inconvénients, en fixant un montant que l'établissement percevra, sans considération de la longueur du séjour du patient ou des moyens mis en œuvre en ce qui le concerne. Mais ce système reste une incitation à accroître le volume des cas, et aussi à se montrer excessivement économe quant aux moyens mis en œuvre pour le traitement de chacun.³⁸

De ce fait, les pays s'orientent souvent vers des méthodes de paiement mixte et des mécanismes administratifs complémentaires

38 Ellis, R.P. (1998). « Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins ». *Journal of Health Economics* 17(5):537-555.

visant à contrer les effets potentiellement négatifs des incitations inhérentes aux modes de rémunération. Cela inclut des efforts de vérification de la validité des informations fournies par les prestataires ainsi que des vérifications tendant à assurer que les incitations à l'économie ne portent pas préjudice à la qualité des soins. Dans le cadre d'une stratégie de financement de la santé, il convient également de reconnaître que la réforme des mécanismes de rémunération des prestataires n'est pas une décision qui se prend une fois pour toutes. Il conviendrait plutôt d'intégrer dans une telle stratégie des processus de révision et d'ajustement périodique des méthodes de rémunération, de manière à pouvoir réagir aux changements de situation.³⁹ Il existe une somme considérable de documents de référence qui militent en faveur à la fois d'une politique de réforme de la rémunération des prestataires et de sa mise en œuvre effective.^{40,41,42}

Structure du marché : des questions similaires se posent à propos du regroupement des moyens financiers, étant donné que dans la plupart des pays les mêmes institutions qui s'occupent du regroupement des moyens financiers s'occupent également de l'achat des prestations de service. Les conséquences en sont toutefois différentes. Elles sont liées et aux modalités existantes et aux modalités futures possibles selon lesquelles une ou plusieurs institutions assurant l'achat des prestations parviennent à mettre en place des incitations financières s'adressant aux prestataires. Lorsqu'il existe une multiplicité d'institutions assurant l'achat de prestations qui rémunèrent un prestataire, l'harmonisation des mesures incitatives visant à susciter le comportement souhaitable se trouve compromise puisque les prestataires ont la possibilité de « faire passer des coûts » d'une institution à une autre (comme cela se fait aux États-Unis, par exemple).⁴³ En outre, lorsqu'il n'y a pas entre les différentes institutions assurant l'achat des prestations une unification des systèmes d'information en ce qui concerne la rémunération des prestataires, cela entraîne pour ces institutions un surcroît de charges administratives, surcroît de charges qui ajoute de l'inefficacité dans l'ensemble du système de santé. Par conséquent, comprendre la structure du marché de l'achat des prestations est indispensable pour pouvoir analyser le potentiel incitatif de l'environnement et son influence sur le comportement du prestataire.⁴⁴ La Figure 6 présente un tableau général de l'achat des prestations, avec des

39 Langenbrunner, J., E. Orosz, J. Kutzin, M. Wiley (2005). "Purchasing and paying providers." In Figueras, J., R. Robinson, E. Jakubowski, eds. « *Purchasing to Improve Health Systems Performance* ». Observatoire européen des systèmes de soins de santé. Buckingham, Angleterre : Open University Press.

40 Cashin, C., ed. (2015). « *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage* ». Joint Learning Network for Universal Health Coverage (Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture sanitaire universelle). <http://www.jointlearningnetwork.org/resources/assessing-health-provider-payment-systems-a-practical-guide-for-countries-w>.

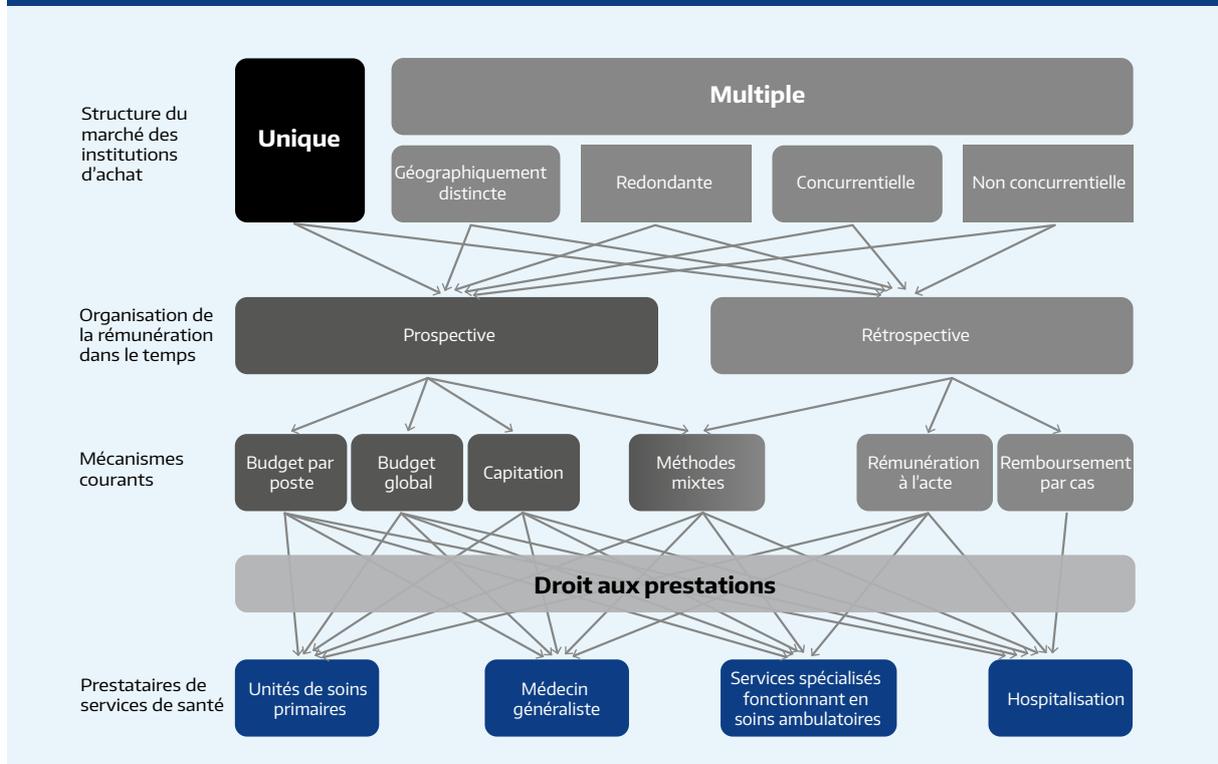
41 Langenbrunner, J.C., C. Cashin, S. O'Dougherty (2009). « *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals* ». Washington, D.C. : Banque mondiale. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13806>.

42 Özaltın, A., and C. Cashin, eds. (2014). « *Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions* ». Joint Learning Network for Universal Health Coverage (Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture sanitaire universelle). <http://www.jointlearningnetwork.org/resources/costing-of-health-services-for-provider-payment-a-practical-manual>.

43 Fahs, M.C. (1992). « Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin ». *Health Services Research* 27(1):25-45.

44 Un autre aspect important est celui qui concerne les dispositifs de gouvernance (en particulier) des institutions publiques/à caractère obligatoire chargées de l'achat des prestations. Cet aspect est examiné plus loin, dans la partie consacrée à la gouvernance.

Figure 6 : vue d'ensemble de la structure du marché de l'achat des prestations et des méthodes de rémunération des prestataires



illustrations des types les plus courants de méthodes de rémunération des prestataires et des structures du marché des institutions d'achat de prestations.

Modalités d'organisation entre institutions d'achat de prestations et prestataires de services : une question importante qui se pose est celle de savoir si les prestataires doivent être séparés, sur le plan de l'organisation, des institutions d'achat de prestations, ou si, au contraire, ils doivent être intégrés. Un moyen utile d'aborder cette question consiste à déterminer la mesure dans laquelle les prestataires (en particulier ceux du public) disposent d'autonomie quant à leurs procédures internes d'attribution des ressources. Souvent, lorsque les institutions d'achat des prestations et les prestataires de soins sont des entités à caractère public quant

à leur budget, l'autonomie est limitée, et l'on ne saurait dire qu'il existe un cloisonnement entre elles. Dans un tel contexte, les efforts d'amélioration des performances consistant à modifier les incitations faites aux prestataires à travers des réformes de la rémunération peuvent être voués à l'échec parce que les prestataires ne sont pas en mesure de réagir aux mesures incitatives nouvelles (par exemple, de prendre des décisions qui affecteraient les ressources humaines). Ceci est un exemple de défaut d'harmonisation entre le dispositif de financement des soins de santé et le dispositif de prestation de soins ; assurer l'harmonisation en la matière constitue un volet essentiel de toute stratégie de financement de la santé efficace. Les réformes nécessaires pour y parvenir impliquent en principe une autonomie accrue des prestataires publics quant à la gestion

interne de leurs ressources, combinée à un changement radical des modalités selon lesquelles ces prestataires ont à rendre compte de leur action. L'expérience suggère qu'une telle réforme présuppose souvent, pour se concrétiser, des changements substantiels sur le plan juridique.

4.7. STRUCTURATION DES PRESTATIONS, RATIONNEMENT, BASE D'OUVERTURE DES DROITS

Tous les systèmes de financement de la santé comportent, de manière explicite ou implicite, des politiques portant sur les prestations ou sur la base d'ouverture des droits aux prestations, en même temps que des règles qui les accompagnent, comme l'obligation pour les patients d'adhérer à un système de contrôle d'accès, une prise en charge sur les fonds publics des médicaments génériques seulement, ou l'obligation pour les patients d'acquitter un ticket modérateur sur le lieu de prestation des soins. De telles règles *rationnent* les prestations de santé dispensées à la population. La *participation du patient aux coûts* (souvent désignée par les vocables de ticket modérateur ou de copaiement) est sans doute la forme la plus élémentaire de rationnement explicite des prestations, tandis que la non-disponibilité de certains services ou intrants dans certaines structures sanitaires est sans doute la forme la plus élémentaire de rationnement implicite. Il convient de noter que si les termes « ensemble de prestations » sont souvent associés à une certaine forme « d'assurance » explicite, tous les systèmes proposent des prestations d'un type ou d'un autre, que ce soit implicitement ou explicitement. Ainsi, le point de départ de la réforme d'un système n'est jamais une

absence complète de prestations, même si les réformes peuvent tendre à l'instauration d'un ensemble explicite de prestations. Les décisions concernant la structuration des prestations et le rationnement de celles-ci sont représentées de manière figurative dans le schéma tridimensionnel popularisé par le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*.

Ce schéma tridimensionnel évoque les décisions à prendre à propos des questions suivantes : *quelles prestations* assurer ; *pour quels* bénéficiaires ; *moyennant quelle participation* du patient aux coûts. Implicitement, ces décisions portent inclusivement sur les questions suivantes : quelles prestations **ne pas** assurer ; quelle catégorie **exclure** des bénéficiaires ; quelle part des coûts **ne pas** prendre en charge. Le schéma, tel que reproduit dans la Figure 7, est une représentation très simplifiée de la réalité ; il vise à mettre en exergue les choix et les compromis à faire dans ces trois dimensions. Dans la réalité, les choix politiques concernant la structuration des prestations doivent tenir compte de la situation du moment dans le pays considéré ; par exemple, les inégalités quant à la desserte de la population (en termes de couverture de services et de couverture financière), qui sont courantes, ne sont pas reflétées dans ce schéma simplifié. Une stratégie de financement de la santé qui ne se donnerait pour objectif que l'expansion de ce qui est figuré par le cube interne n'apporterait certainement pas de réponse directe à de tels problèmes d'équité.⁴⁵

Considérant qu'il n'est pas envisageable d'assurer à tout le monde uniquement au

45 Roberts, M.J., W.C. Hsiao, M.R. Reich (2015). « Disaggregating the universal coverage cube: putting equity in the picture ». *Health Systems and Reform* 1(1):22-27.

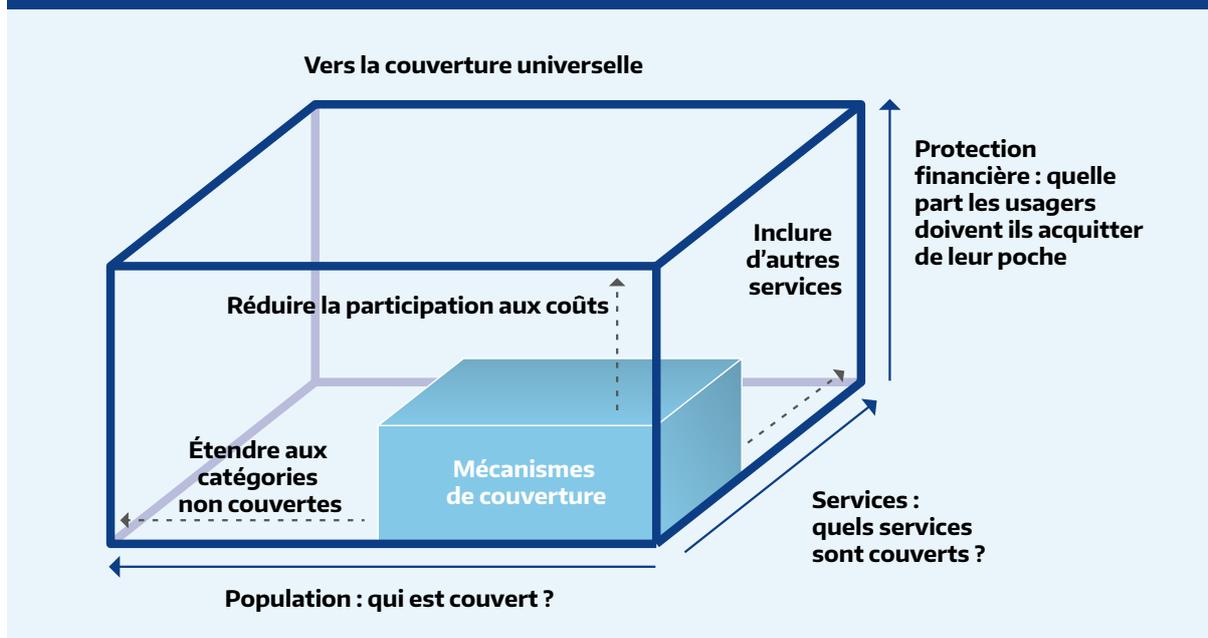
moyen d'un financement public tous les types de service et produits assimilés, la politique de financement de la santé implique des compromis et des choix. De tels choix doivent être arrêtés en connaissance de cause sur la base d'une analyse et de données spécifiques aux pays, en particulier des bases factuelles illustrant le rapport coût/efficacité des différents types d'interventions constitutives des services de santé, les priorités politiques concernant la couverture de la population, celle des services et celle des coûts. Normalement, il s'agit là de choix à *la marge*, c'est-à-dire de modifications à apporter à une politique existante en matière de couverture de la population, des services et des coûts, plutôt que d'un bouleversement total des dispositions en vigueur.

Dans la pratique, les trois dimensions tendent à se combiner dans les choix de politique, si bien que les questions doivent être abordées simultanément :

- qui est couvert, pour quels services ; et
- pour les services couverts pour chaque personne (ou pour chaque groupe de population), quelle part des coûts (s'il en est) devra être acquittée par l'utilisateur au moment de bénéficier des prestations ?

Formuler ainsi les questions, plutôt que de formuler des questions indépendantes les unes des autres, aide à comprendre que des groupes différents de population peuvent avoir des droits différents aux services (par exemple, le fait que des personnes sont couvertes par des régimes différents d'assurance-maladie), et/ou que des services différents (pour tous les groupes de populations ou pour des groupes différents) peuvent avoir des dispositifs de participation aux coûts différents (par exemple, exonération des plus pauvres, gratuité des services pour les enfants de moins de cinq ans mais acquittement d'un ticket modérateur pour les autres patients, ou encore gratuité du traitement pour la tuberculose).

Figure 7 : Structuration et rationnement des prestations selon les trois dimensions de la couverture



Structuration des prestations et politique de financement de la santé : la politique concernant les prestations et la participation du patient aux coûts est sans doute le domaine où existe la connexion la plus directe entre le système de santé et la population. À cet égard, il est utile de raisonner en termes de forfait de prestations, et de conditions d'accès à ces services, services que les organismes compétents rémunéreront au moyen de fonds en gestion commune. Cette définition implique que ce qui ne fait pas partie du forfait de prestations doit être payé par le patient, ce qui fait du lien entre prestations et participation aux coûts un lien explicite (c'est-à-dire que des services partiellement couverts sont soumis à une participation aux coûts), plutôt que de consister en mesures isolées de rationnement des services, de lever des recettes supplémentaires, ou encore de dissuader la demande. À son tour, cela facilite l'élaboration d'un cadre intégré de politique de financement de la santé. En incluant « les conditions d'accès » dans la définition de ces dernières, la structuration des prestations peut servir d'instrument politique devant permettre d'orienter l'utilisation de la manière désirée (par exemple, en subordonnant le droit à la consultation d'un spécialiste à une inscription chez un médecin référent pour les soins primaires).

Une série de questions se pose lorsque l'on s'intéresse à la (re)structuration des prestations. En principe, ce à quoi on s'intéresse principalement, c'est de déterminer quels services inclure dans la couverture et, dans le même temps, d'essayer d'équilibrer les approches techniques de l'évaluation des besoins sanitaires de la population, l'évaluation des technologies, le rapport coût/efficacité des interventions et leurs implications budgétaires, tout en faisant la part de la nécessité d'associer au processus

les citoyens et les groupes de défense d'intérêts. Comme c'était le cas avec la réforme de la rémunération des prestataires, la restructuration des prestations n'est pas une décision valable une fois pour toutes, et une partie de cette politique portera sur les processus, les mécanismes et les institutions qui seront nécessaires pour procéder à des réajustements périodiques (par exemple annuels) des prestations au fil du temps.

Si de tels efforts sont essentiels, dans certains cas, l'importance accordée aux aspects techniques de la structuration des prestations pourrait faire perdre de vue les objectifs fondamentaux de cette structuration des prestations et ses liens avec la politique générale de financement de la santé. En particulier, *la structuration des prestations est plus étroitement liée à l'objectif consistant à promouvoir la transparence dans l'ouverture des droits* (c'est-à-dire la détermination des services couverts et des produits qui s'y rapportent) et *les obligations de la population* (par exemple, d'accepter un copaiement ou d'adhérer à un système de médecin référent), en d'autres termes, les règles à respecter en contrepartie des droits. Une condition sine qua non du succès d'un forfait de prestations, c'est donc que les gens comprennent quels sont leurs droits et leurs obligations, et que la définition de la politique ne saurait être complète sans la dernière mesure consistant à convertir les résultats de tout exercice technique en un langage que la population peut comprendre.

Base de l'ouverture des droits : un élément critique de la politique (et des choix) s'imposant un pays, c'est la base légale sur laquelle les individus ont le droit d'accéder à des services de santé financés par des fonds publics. La distinction clé s'établit entre :

- un droit basé sur des cotisations, c'est-à-dire un droit à des prestations de services découlant d'une contribution spécifique versée par les individus couverts ou pour le compte de ceux-ci ; et
- un droit qui n'est pas subordonné à des cotisations, c'est-à-dire un droit à des prestations qui découle d'une autre base, comme la citoyenneté, la résidence, ou l'appartenance à un groupe spécifique de population (par exemple, les personnes vivant en deçà du seuil de pauvreté). Dans de tels cas, la source de financement est en règle générale constituée par les recettes budgétaires de l'État.

On appelle couramment « assurance » un dispositif instaurant un droit basé sur des cotisations, et « assurance sociale pour la santé » un dispositif dans lequel la participation (et la contribution) sont obligatoires en vertu de la loi pour des groupes déterminés de population. Comme observé plus haut dans la partie relative à l'organisation collective du financement, on trouve beaucoup d'exemples de pays dans lesquels, en vertu de la législation nationale, les cotisations en faveur de groupes déterminés de la population sont imputées sur le budget de l'État. Par exemple, en République de Moldova, en 2011, les transferts opérés à partir des recettes budgétaires générales au bénéfice de certains groupes de populations (par exemple, les enfants/les scolaires, les personnes handicapées, les retraités, les bénéficiaires d'aide sociale) représentaient presque 55 % des recettes de la caisse nationale d'assurance-maladie.⁴⁶

⁴⁶ Shishkin, S. et Jowett, M. (2012). « A review of health financing reforms in the Republic of Moldova ». Health Financing Policy Paper 2012/1. Copenhague, Danemark : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

L'expression « **sans condition de cotisation** » se réfère à une base d'ouverture des droits et ne doit pas être comprise comme signifiant que le bénéficiaire ne contribue pas à abonder les recettes publiques qui servent à financer la couverture dont il tire parti. Du fait que des contributions indirectes (telles que la TVA) sont dans beaucoup de pays une source de recettes importante, même les personnes qui ne payent pas d'impôt sur le revenu ou de charges sociales contribuent souvent aux recettes publiques à travers leurs achats de biens soumis à la TVA. Ainsi, la base d'ouverture des droits ne devrait pas être confondue avec la source des recettes du système. La question consiste simplement à déterminer si le droit aux prestations découle ou non d'une *cotisation directe acquittée à cette fin*, ou si ce droit découle d'une autre base.

PARTIE 3 : GOUVERNANCE, DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS, SUIVI & ÉVALUATION

4.8. GOUVERNANCE DES FONCTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Si, dans tous les pays, le dispositif de financement de la santé inclut le recouvrement des recettes, une organisation collective des financements, l'achat des prestations et services et la structuration des prestations, l'organisation de ces différentes responsabilités diffère d'un pays à l'autre. Une stratégie de financement de la santé devrait se pencher sur les changements concernant chacun de

ces aspects, ainsi que l'harmonisation des réformes entre ces différentes fonctions et politiques, pour en assurer la cohérence. De plus, elle devrait également se pencher sur des politiques qui peuvent être extérieures au fonctionnement lui-même de ces dispositifs mais qui n'en influent pas moins sur la qualité de ce fonctionnement. Il s'agit là de l'aspect que nous désignerons ci-après « gouvernance du système de santé », qui a ses rapports spécifiques avec la politique de financement.

La Figure 8 donne une présentation synthétique des dispositifs de financement de la santé (pilier central) et des différentes modalités selon lesquelles le système interagit avec la population. Les flèches noires partant du rectangle « gouvernance du financement » se réfèrent aux mesures que le gouvernement peut avoir à prendre pour parvenir à ce que les réformes adoptées en matière d'obtention de recettes, de mise en commun des moyens de financement, d'achat des prestations de services et de structuration des prestations (et fourniture des services) soient conformes aux objectifs politiques définis. Chacune des rubriques centrales contenues dans le diagramme (par exemple : la mise en commun des moyens de financement) peut être regardée comme un marché, et des mesures de politique propres à influencer sur la manière dont ces fonctions s'exercent doivent être définies.

Concrètement, « les mesures de gouvernance » devant être examinées ici incluent la *réglementation*, la *communication de l'information* et les *dispositifs permettant de superviser* des institutions spécifiques du système de santé. On évoquera ci-après quelques exemples :

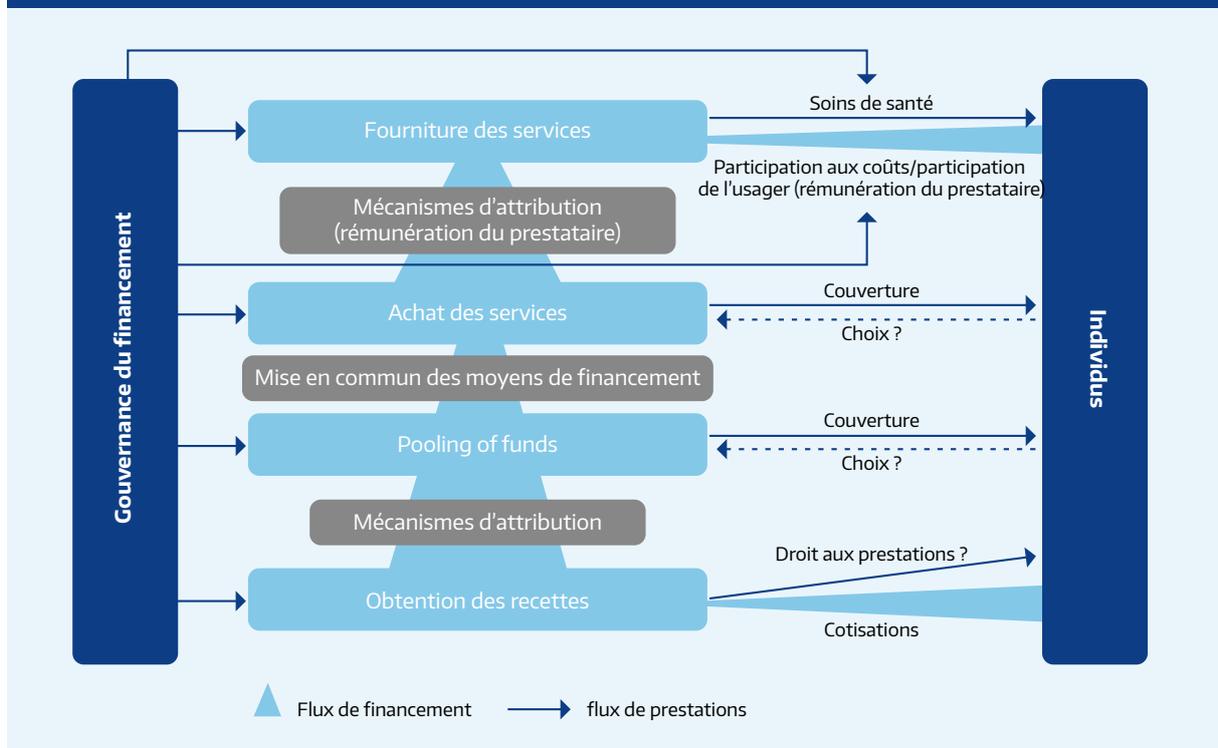
- une réglementation propre à empêcher les organismes d'assurance d'exclure des

- individus sur la base de leur état de santé ;
- l'instauration de règles d'ajustement des risques entre assureurs ou entre plusieurs aires géographiques ;
- l'instauration des conditions de fonctionnement d'un conseil de direction à la tête d'un organisme national d'assurance santé ;
- l'instauration d'une obligation de faire rapport publiquement sur l'utilisation du budget ou sur le fonctionnement d'une institution nationale chargée de l'achat des prestations de santé ;
- informer sur leurs droits les personnes qui sont exemptes de toute participation aux coûts ;
- d'une manière générale, l'une des grandes responsabilités qui relèvent de la gouvernance est la coordination des politiques. Une telle coordination doit tendre à l'harmonisation du système avec les objectifs politiques de la CSU et à l'amélioration de la cohérence (c'est-à-dire la réduction des contradictions) entre les différents aspects du système de financement, et entre financement et prestation de services.

4.9. PLAN D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

- i) **Evaluation** : il arrive couramment que suivi et évaluation soient perçus comme une seule et même chose, mais ce sont deux activités distinctes, entre lesquelles il faut voir une démarcation nette. Une attention particulière est accordée à la définition des indicateurs pour le suivi, ce qui est nécessaire mais non suffisant. Assurément, la finalité de cette partie de la stratégie est de développer les mécanismes (ou perfectionner ceux

Figure 8 : les dispositifs de financement de la santé et la population⁴⁷



qui existent) permettant de tirer les enseignements opportuns de la mise en œuvre de la réforme, de garantir la reddition de comptes à l'égard du public, et de prévoir « un système d'alerte précoce » qui permette de procéder rapidement à des ajustements de mise en œuvre souvent nécessaires. Le suivi des indicateurs de performance clés est important pour observer les progrès, mais le suivi seul ne suffit pas pour disposer d'informations suffisantes pour tirer les enseignements opportuns des effets de la réforme. De fait, les indicateurs de suivi dans le temps peuvent décrire les changements dans la marche vers l'instauration de la CSU, mais **un tel suivi ne peut pas expliquer pourquoi** de tels changements se produisent. Pour cela, une évaluation (qui est une recherche appliquée sur les mesures prises) est nécessaire.

Le plan d'évaluation devrait faire partie intégrante de la stratégie de financement de la santé. En principe, la stratégie consiste en une série d'hypothèses basées sur l'analyse de la situation et l'évaluation des options de réforme. En particulier, l'hypothèse selon laquelle si la série des mesures envisagées est mise en œuvre, une réponse aura été apportée (du moins en partie) aux causes identifiées de mauvais fonctionnement, et le pays pourra progresser dans la voie de l'instauration de la CSU. Ainsi, le plan d'évaluation découle directement de la teneur de la stratégie elle-même.

Le plan d'évaluation qui a été intégré dans la stratégie à la conception de celle-ci doit être

⁴⁷ D'après : Kutzin, J. (2001). « A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements ». Health Policy 56(3):171-204.

considéré en règle générale comme initial ou préliminaire parce que la manière dont la mise en œuvre doit se poursuivre dépend de manière critique de la méthodologie spécifique qui s'avérera appropriée. Par exemple, au Kirghizistan, les réformes ont été programmées sur une base géographique et sur une période de plusieurs années. C'est-à-dire que l'année un, les réformes ont été mises en œuvre dans deux des sept régions du pays. L'année suivante, deux autres régions ont été ajoutées et, encore une année après, les trois dernières régions. Cela a permis de concevoir une évaluation devant permettre de tirer parti d'un tel phasage et devant offrir au cours des premières années une possibilité de comparaison entre régions réformées et régions non réformées. Lorsque la stratégie de mise en œuvre n'est pas structurée par phases, une méthodologie différente est nécessaire. Ainsi, si les principales orientations du plan d'évaluation doivent être définies dans la stratégie de financement de la santé, les méthodes spécifiques à utiliser doivent être définies dans le cadre du plan de mise en œuvre des réformes.

Un aspect important de toute évaluation est une description détaillée du processus de mise en œuvre et de la comparaison entre sa réalité et sa conception initiale. Il est essentiel de bien comprendre ce qui a été mis en œuvre, et comment cela a été mis en œuvre, si l'on veut comprendre les effets de la réforme. De plus, il est essentiel d'être en mesure d'observer le processus de mise en œuvre pour pouvoir déceler tout problème éventuel, notamment aux premiers stades, où des ajustements peuvent s'avérer nécessaires pour que les réformes puissent aller de l'avant.

Enfin, les personnes ou entités responsables de la réforme (en règle générale, le ministère de la santé) seront appelées à expliquer

au public comment cela se déroule et ce qui a été accompli. Répondre à une telle attente du public en termes de reddition de comptes peut être grandement facilité par des études d'évaluation solides. De telles études consisteront probablement en études quantitatives sur le long terme aussi bien qu'en études qualitatives « d'évaluation rapide » assurant la réactivité à une attente d'information sur les progrès sur le court terme.

Pour toutes ces raisons, l'évaluation est essentielle. De plus, elle ne doit pas être perçue comme quelque chose qui intervient plusieurs années après la mise en œuvre de la stratégie mais au contraire comme un élément faisant partie intégrante du processus. Accompagner la mise en œuvre d'une évaluation se déroulant de manière concurrente peut procurer une aide déterminante aux personnes ou entités responsables de la conduite des réformes du financement de la santé.

ii) **Suivi** : la stratégie de financement de la santé doit comporter des indicateurs en principe quantifiables et objectivement vérifiables et ce, pour chacun des objectifs spécifiés dans la stratégie. On peut envisager un diagramme/une carte heuristique de ces indicateurs en fonction des objectifs spécifiques du pays considéré classés selon les objectifs de la CSU et leurs buts plus immédiats. Pour chaque indicateur, les sources d'information devront être identifiées par avance. Autant que possible, on devrait utiliser les méthodes en vigueur dans le cadre du système d'information sur la santé et de collecte de données nationales sur les comptes de la santé, et l'on devrait renforcer ces méthodes, de même que les liens avec l'institut national de statistiques. D'autres études et analyses pourront être

entreprises pour dégager, si nécessaire, des données et autres informations plus spécifiques.

4.10. DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Des mesures de développement des capacités peuvent également être nécessaires pour la réussite de la stratégie de financement de la santé. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire, pour que les réformes soient efficaces, de renforcer les capacités en comptabilité et gestion financière au niveau local. Il peut également s'avérer nécessaire de procéder

à un développement des capacités pour assurer le suivi et l'évaluation de la stratégie de financement de la santé. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire de soutenir des centres de recherche pour l'utilisation des instruments d'évaluation politique et économique, de mettre en place des systèmes solides d'information sur la santé, ou encore d'institutionnaliser l'observation des comptes nationaux de la santé publique. Enfin, des boucles de rétro information et une démarche itérative dans le cadre de la mise en œuvre (reconnaître les éléments de réussite et adapter les éléments d'échec) amélioreront les chances de réussite de la mise en œuvre de la stratégie.



For additional information, please contact:

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

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

ISBN: 978-92-4-251210-6

