



# MATRICE DES PROGRÈS

EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

GUIDE POUR L'ÉVALUATION DES PAYS



FINANCEMENT DE LA SANTE. ORIENTATIONS N° 9

# **MATRICE DES PROGRÈS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

## **GUIDE POUR L'ÉVALUATION DES PAYS**



**i** *Le présent guide pour l'évaluation des pays (première édition) devrait, idéalement, être lu en même temps que la deuxième version du document intitulé « Assessing Country Health Financing Systems: the Health Financing Progress Matrix, WHO [Health Financing Guidance Paper #8](#) ») et avec le modèle de collecte de données correspondant. Tous les documents qui ont été publiés en novembre 2020 sont disponibles sur le site Web de l'OMS*

*Nous valorisons vos retours d'expérience ! Les commentaires et suggestions relatifs à un quelconque aspect du présent document ou de la matrice des progrès en matière de financement de la santé sont à nous faire parvenir via le formulaire en ligne disponible sur notre site.*

Matrice des progrès en matière de financement de la santé : guide pour l'évaluation des pays [The health financing progress matrix: country assessment guide]

(Financement de la santé. Orientations n° 9/Health financing guidance, no. 9)

ISBN 978-92-4-002634-6 (version électronique)

ISBN 978-92-4-002635-3 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2021

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/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, 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 oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, 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 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Citation suggérée.** Matrice des progrès en matière de financement de la santé : guide pour l'évaluation des pays [The health financing progress matrix: country assessment guide]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (Financement de la santé. Orientations n° 9/Health financing guidance, no. 9). Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/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 oeuvre 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 oeuvre.

**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.

Traduction par l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique

# TABLE DES MATIÈRES

AUTEURS.....	6
REMERCIEMENTS.....	6
LISTE DES ACRONYMES.....	7
UTILISATION DU PRÉSENT DOCUMENT.....	8
1. CONTEXTE.....	9
1.1 À propos de l'évaluation de la matrice des progrès en matière de financement de la santé.....	9
1.2 À qui sont destinées les évaluations de la matrice des progrès en matière de financement de la santé ?.....	9
1.3 Approche recommandée pour la mise en œuvre des évaluations de pays.....	10
2. ÉTAPE 1 DE L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM.....	11
2.1 Choix des dispositifs et des programmes de santé à inclure.....	11
2.2 Description de chaque dispositif ou programme.....	12
2.3 Cartographie des dépenses de santé.....	14
3. ÉTAPE 2 DE L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM.....	15
3.1 Domaines évalués et attributs souhaitables.....	15
3.2 Questions posées aux fins de l'évaluation.....	16
3.3 Qu'est-ce qui compte et à quoi ressemblent les progrès ?.....	18
3.4 Indicateurs quantitatifs généraux.....	19
3.5 Problèmes soulevés lors des évaluations.....	19
4. POLITIQUE, PROCESSUS ET GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ.....	21
Question 1.1 (hfstrat).....	22
Question 1.2 (govacntbl).....	24
Question 1.3 (data4gov).....	27
5. MOBILISATION DES RESSOURCES financières.....	30
Question 2.1 (revpol).....	31
Question 2.2 (predict).....	34
Question 2.3 (stable).....	36
Question 2.4 (prgrsv).....	38
Question 2.5 (taxe santé).....	41
6. LA MISE EN COMMUN DES RESSOURCES.....	44
Question 3.1 (poolpol).....	45
Question 3.2 (redistlim).....	47
Question 3.3 (fragsolve).....	49
Question 3.4 (revpool).....	51
Question 3.5 (vhispl).....	53
7. ACHATS ET PAIEMENT DES PRESTATAIRES.....	55

Question 4.1 (allocneeds) .....	56
Question 4.2 (ppmcohrnt) .....	58
Question 4.3 (ppmqrcrd) .....	61
Question 4.4 (ppmeff).....	63
Question 4.5 (info4prch).....	66
Question 4.6 (prvdauton) .....	68
8. PRESTATIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS.....	70
Question 5.1 (benexplt) .....	71
Question 5.2 (benprcss).....	73
Question 5.3 (benundrstd).....	75
Question 5.4 (copaydsgr) .....	77
Question 5.5 (benrevalgn) .....	79
9. GESTION DES FINANCES PUBLIQUES .....	81
Question 6.1 (pfmdiag) .....	82
Question 6.2 (pfmalloprty).....	84
Question 6.3 (bdgtprcss).....	87
Question 6.4 (bdgtcntrl).....	89
Question 6.5 (expinfmon) .....	91
10. FONCTIONS ET PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE.....	93
Question 7.1 (prgalgnplcy).....	94
Question 7.2 (prgpoolalgn) .....	96
Question 7.3 (scrtyprep) .....	98
Question 7.4 (scrtyresp).....	100
11. AUTRES RESSOURCES .....	102

## AUTEURS

Les auteurs principaux sont Matthew Jowett et Joseph Kutzin ; les autres auteurs sont Hélène Barroy, Fahdi Dkhimi, Alexandra Earle, Triin Habicht, Inke Mathauer, Julia Sallaku et Susan Sparkes.

## REMERCIEMENTS

Le guide pour l'évaluation des pays de la matrice des progrès en matière de financement de la santé (première édition) est le fruit d'un effort collectif de l'équipe « Financement de la santé » de l'OMS dans le monde. Des observations détaillées ont été présentées par un grand nombre de collègues des bureaux régionaux et de pays de l'OMS. Nous tenons à remercier Camilo Cid et Claudia Pescetto du Bureau régional des Amériques ; Grace Kabaniha, Juliet Nabyonga, Diane Karenzi Muhongerwa, Mayur Mandalia, Alexis Bigeard, Ben Nganda et Seydou Coulibaly du Bureau régional de l'Afrique ; Awad Mataria, Faraz Kahlid, Ilker Dastan et Hoda Khaled Hassan du Bureau régional de la Méditerranée orientale ; Tamas Evetovits et Sarah Thomson du Bureau régional de l'Europe ; Lluís Vinyals Torres, Valeria de Oliveira Cruz, Tsolmon Tsilaajav et Hui Wang du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ; ainsi que Peter Cowley, Tomas Roubal et Annie Chu du Bureau régional du Pacifique occidental. Au Bureau de Genève et aux bureaux associés, nous remercions Elina Dale, Bruno Meessen, Agnes Soucat, Sarah Barber, David Clarke, et Justine Hsu.

Nous remercions particulièrement les bureaux de pays de l'OMS qui ont participé au test pilote de la première version de la matrice des progrès en matière de financement de la santé, ainsi que les évaluateurs qui ont été effectués le travail, à savoir : Farhad Farewar pour l'Afghanistan ; Touhidul Islam, Sangay Wangmo et Tahmina Begum pour le Bangladesh ; Tania Bissouma pour la Côte d'Ivoire ; Ermias Dessie pour l'Éthiopie ; Kingsley Addai Frimpong et Justice Nonvignon pour le Ghana ; Vilma Montanez du Honduras ; Kenneth Munge Kabubei pour le Kenya ; Aurelie Klein, Christopher Fitzpatrick et Vanhpheng Sirimongkhoun pour la République démocratique populaire lao ; Taketo Tanaka de Malaisie ; Erdenechimeg Enkhee et Chimeddagva Dashzeveg pour la Mongolie ; Thant Sin Htoo et Vida Gomez pour le Myanmar ; Roshan Karn pour le Népal ; Francis Ukwuije et Daniel Ogbuabor pour le Nigéria ; Wajeeha Raza et Sameen Siddiqi pour le Pakistan ; Vilma Montanez pour le Pérou ; Padmal De Silva, Olivia Nieveras, Susie Perera et Amala Da Silva pour le Sri Lanka ; Brendan Kwesiga et Aliya Walimbwa pour l'Ouganda ; Maximillian Mapunda, Sheila O'Dougherty et Gemini Mtei pour la République-Unie de Tanzanie et Solomon Kagulura pour la Zambie. Les observations des personnes ayant procédé à l'évaluation ont été intégrées dans la deuxième version de la matrice des progrès en matière de financement de la santé qui a été publiée en novembre 2020 et que cette première édition du guide pour l'évaluation des pays complète.

Nous remercions également les nombreuses personnes qui ont participé aux sessions des conférences internationales de l'*International Health Economics Association* (iHEA 2018) et de l'Association africaine d'économie et politique de la Santé (AfHEA 2020), ainsi qu'aux réunions d'information et séminaires organisés au sein de l'OMS et avec les organismes partenaires qui participent aux travaux techniques relatifs au financement de la santé, en particulier le Department for International Development du Royaume-Uni (devenu le *UK Foreign, Commonwealth & Development Office*) ; la Banque mondiale ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; le mécanisme de financement mondial (GFF) ; *Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) ; *Results for Development* ; la *Clinton Health Access Initiative* ; *ThinkWell* ; l'Université nationale de Séoul ; le *Wellcome Trust* du *Kenya Medical Research Institute* (Kenya) ; la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et le réseau « *Providing for Health* » (P4H).

Un grand merci également à Juan Gregorio Solano pour son appui lors de l'élaboration de ce document.

Pour finir, un immense merci au gouvernement britannique et en particulier au D<sup>r</sup> Jo Keatinge, qui au début des travaux, nous a conseillé de mesurer les progrès en matière de financement de la santé de façon systématique, à la suite d'une évaluation externe d'une précédente subvention, ce qui nous a permis d'amorcer ce travail. Un important financement au titre de la subvention « *Making Health Systems Stronger* » a été utilisé pour le développement conceptuel et pour tester la matrice des progrès en matière de financement de la santé au niveau des pays. Nous sommes également reconnaissants à la République de Corée du Sud et à la Commission européenne pour les fonds supplémentaires qu'ils ont fournis pour appuyer cette initiative.

## LISTE DES ACRONYMES

AMO	Assurance-maladie obligatoire ( <i>Social Health Insurance</i> )
CAF	Coût, assurance et fret
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CSU	Couverture sanitaire universelle
DCS	Dépenses courantes de santé
DFID	Ministère du développement international (Royaume-Uni)
DRG	Groupes homogènes de malades ( <i>Disease Related Group</i> )
FBP	Financement basé sur la performance
FBR	Financement basé sur les résultats
FMI	Fonds monétaire international
GFP	Gestion des finances publiques
	Matrice des progrès en matière de financement de la santé ( <i>Health Financing Progress Matrix</i> )
HFPM	
OMS	Organisation mondiale de la Santé
P4P	Rémunération en fonction des performances ( <i>Pay for Performance</i> )
PEFA	Dépenses publiques et responsabilité financière ( <i>Public Expenditure and Financial Accountability</i> )
PEMFAR	Examens de la gestion des dépenses publiques et de la responsabilité financière ( <i>Public Expenditure Management and Financial Accountability Review</i> )
PIB	Produit intérieur brut
RSI	Règlement sanitaire international
SIGF	Système d'information pour la gestion financière
SSP	Soins de santé primaire
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée

## UTILISATION DU PRÉSENT DOCUMENT

Le présent guide pour l'évaluation des pays (première édition) a été conçu avant tout dans le but d'apporter un appui aux évaluateurs chargés de réaliser les évaluations-pays avec la « matrice des progrès en matière de financement de la santé » (deuxième version). Ce document a été nourri des retours d'expérience accumulés dans le cadre de tests de validation du concept qui ont été effectués dans vingt pays. Le contexte et une explication complète sur la matrice des progrès en matière de financement de la santé sont présentés dans le document suivant :

- [Assessing Country Health Financing Systems : the Health Financing Progress Matrix, WHO Health Financing Guidance Paper #8](#). Ce document décrit l'évaluation de façon détaillée.

Le guide pour l'évaluation des pays (première édition) accompagne le document ci-après et devrait par conséquent être utilisé avec celui-ci :

- Matrice des progrès en matière de financement de la santé : modèle de collecte de données pour les évaluations de pays

Tous les documents ont été publiés fin 2020 et sont disponibles sur la page Web de l'OMS consacrée à la matrice des progrès en matière de financement de la santé.

# 1. CONTEXTE

## 1.1 À propos de l'évaluation de la matrice des progrès en matière de financement de la santé

La matrice des progrès en matière de financement de la santé (*Health Financing Progress Matrix*, HFPM) est l'approche qualitative normalisée qui est désormais promue par l'Organisation mondiale de la Santé pour évaluer le statut d'un système de financement de la santé d'un pays, pour ce qui relève tant de l'élaboration que de la mise en œuvre des politiques de financement de la santé. En combinaison avec les estimations de revenus et de dépenses fournies par la base de données mondiale sur les dépenses de santé et les mesures des résultats des pays en matière de couverture des services de santé et de protection financière, la matrice HFPM évalue les dispositifs de financement de la santé qui ont été mis en place dans un pays à un moment donné en les comparant à un ensemble de valeurs de référence exprimées sous forme de 19 attributs souhaitables. Les évaluations sont exhaustives, mais ne tiennent compte que des éléments essentiels du système de financement de la santé, en se basant sur des informations et des analyses facilement accessibles. La matrice HFPM complète par conséquent les travaux existants et rassemble des documents politiques et techniques souvent indépendants dans un cadre unique.

Le lecteur pourra retrouver dans le document d'orientation n° 8 de l'OMS sur le financement de la santé les attributs souhaitables des systèmes de financement de la santé et plus de détails sur la manière dont la matrice des progrès en matière de financement de la santé a été élaborée. Ces attributs résument bien ce dont les systèmes de financement de la santé ont besoin pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, sur la base de théories et de données probantes. Non seulement les évaluations effectuées par la matrice HFPM permettent de connaître la situation actuelle du système de financement de la santé d'un pays par rapport à cet ensemble de valeurs de référence, mais elles fournissent également des orientations pour le futur. La matrice HFPM permet aussi, de façon systématique, de suivre les progrès qui ont été accomplis par les pays au fil du temps, et de comprendre les changements dynamiques qui se sont produits au niveau du processus d'élaboration des politiques, et pas seulement au niveau des produits et des résultats.

## 1.2 À qui sont destinées les évaluations de la matrice des progrès en matière de financement de la santé ?

Les évaluations de pays sont destinées en premier lieu à toutes les personnes qui participent à l'élaboration, la mise en œuvre ou la supervision de la politique de financement de la santé. Alors que la réalisation d'une première évaluation, c'est-à-dire d'une évaluation de base, prend un à deux mois environ, les évaluations suivantes peuvent être effectuées plus rapidement, si l'on se concentre sur les changements qui ont été apportés entre-temps.

Si l'on se concentre sur les éléments essentiels uniquement, les évaluations prennent relativement peu de temps et peuvent donc être effectuées régulièrement, de manière à obtenir un retour d'information plus fréquent pour le cycle annuel de formulation, de mise en œuvre, de réexamen, d'ajustement et d'amélioration des politiques. Pour résumer, les évaluations de pays effectuées par la matrice HFPM ont pour but de fournir des informations régulières, opportunes et claires, utiles pour l'élaboration de politiques, à la lumière d'une évaluation objective du système de financement de la santé d'un pays, par rapport à un ensemble de valeurs de référence fondées sur des données probantes et en tenant compte des priorités politiques qui ont été définies.

En rassemblant divers documents politiques et travaux d'analyse souvent réalisés par différents organismes dans une seule évaluation cohérente, la matrice HFPM peut devenir une source commune pour les différentes parties prenantes qui participent à l'élaboration de politiques de financement de la santé. Les évaluations de pays peuvent aussi servir de base pour un dialogue au niveau national, entre différents organismes par exemple, mais aussi pour la présentation de rapports aux organes directeurs. Elles peuvent par ailleurs servir de base pour l'élaboration de rapports destinés aux organismes de financement extérieurs, le cas échéant. Enfin, les attributs, les questions et les niveaux de progrès peuvent être utilisés pour renforcer les capacités et servir de base pour des débats et des discussions techniques.

### 1.3 Approche recommandée pour la mise en œuvre des évaluations de pays

Il peut y avoir plusieurs raisons de démarrer une évaluation de pays à l'aide de la matrice HFPM. Quoiqu'il en soit, le bureau de pays de l'OMS et le Ministère de la santé devront en convenir. Dans la plupart des cas, un évaluateur principal devrait être engagé pour réaliser ou diriger l'évaluation. Il devrait s'agir d'un expert respecté, reconnu dans le domaine du financement de la santé et doté d'une connaissance approfondie du système de santé du pays. Dans certains cas, il pourrait être nécessaire de faire appel à des évaluateurs supplémentaires. La réalisation d'une évaluation de pays consiste notamment à passer en revue et à résumer les sources d'information secondaires, l'analyse primaire à effectuer, le cas échéant, étant très limitée. Il peut toutefois arriver que les informations disponibles pour évaluer certaines questions soient insuffisantes. Mais cette situation en elle-même constitue une information importante, qui pourra être inscrite à l'ordre du jour des discussions sur les futures priorités à définir en matière de travaux analytiques et techniques.

Les évaluateurs principaux travailleront en étroite collaboration avec le coordonnateur désigné par le Ministère de la santé et les instances compétentes, telles qu'un groupe de travail technique sur le financement de la santé. Le processus à suivre par l'évaluateur principal au niveau des pays est souple, mais dans tous les cas, ce dernier devra être appuyé par une équipe de soutien sélectionnée parmi les collaborateurs des bureaux régionaux de l'OMS et l'équipe « Financement de la santé » du Siège de l'OMS à Genève. Cette équipe de soutien fournira des conseils au besoin, ainsi qu'un retour d'information sur les réponses préliminaires, ce qui permettra de garantir la qualité de l'évaluation avant l'examen formel.

Une fois entièrement rédigée, l'évaluation est soumise à un processus d'examen en deux étapes, qui permet de renforcer la qualité et l'objectivité de l'évaluation. Le premier examen est effectué par deux spécialistes qui n'ont pas été étroitement associés à l'évaluation, mais qui idéalement, ont une certaine connaissance du pays et de son système de financement de la santé. Les spécialistes passent en revue l'évaluation de manière indépendante, y compris toute notation préliminaire qui a été fournie, puis conviennent d'une note consensuelle pour chaque question. Un examen et une discussion plus approfondie ont ensuite lieu avec l'évaluateur principal afin de finaliser les scores et les messages clés.

La deuxième étape de l'examen a pour objectif de vérifier l'interprétation qui a été faite des résultats d'un pays par rapport aux niveaux de progrès relatifs à chaque question, afin d'assurer une cohérence entre les pays. Cela permet de garantir la crédibilité du processus d'évaluation et la qualité des informations consignées dans la base de données mondiale des évaluations de pays effectuées à l'aide de la matrice HFPM, où sont téléversées les évaluations finalisées.

## 2. ÉTAPE 1 DE L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM

**i** LA PREMIÈRE ÉTAPE DE L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM CONSISTE À BROSSER UN PANORAMA DES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DE COUVERTURE SANITAIRE (DISPOSITIFS ET PROGRAMMES) MIS EN PLACE DANS LE PAYS, EN INDIQUANT LES BUTS ET LES OBJECTIFS ESSENTIELS VISÉS PAR CHACUN D'EUX. CETTE CARTOGRAPHIE DONNE UN APERÇU INITIAL DE L'ÉTENDUE DE LA FRAGMENTATION STRUCTURELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET CONSTITUE UNE SOURCE UTILE POUR LA DEUXIÈME ÉTAPE. LES INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAPE 1 DEVRAIENT ESSENTIELLEMENT PROVENIR DE SOURCES SECONDAIRES, LESQUELLES DEVRAIENT ÊTRE INDIQUÉES EN RÉFÉRENCE.

### 2.1 Choix des dispositifs et des programmes de santé à inclure

Avant la fin de l'Étape 1, une décision doit être prise concernant les dispositifs<sup>1</sup> ou les programmes qui seront inclus. L'évaluateur principal devra donc avoir discuté ce point avec l'équipe « Financement de la santé » de l'OMS. Veuillez noter que dans la présente évaluation, les dispositifs ne sont pas mentionnés de la même manière que dans les comptes nationaux de la santé. Cette évaluation vise à décrire les principales caractéristiques des dispositifs de financement importants ou pertinents en place dans le système de santé national ; importants dans le sens où un dispositif ne devrait être inclus que s'il est pertinent pour les discussions sur les futures réformes et orientations politiques relatives au financement de la santé. L'objectif n'est pas d'inclure tous les programmes comme dans une étude sur les comptes nationaux de la santé, mais ceux-ci devraient faire l'objet de références croisées. En général, l'étape 1 comprend des dispositifs ou des programmes qui présentent certaines des caractéristiques suivantes :

- Ils représentent une grande partie des dépenses de santé en général et de santé publique en particulier. C'est pourquoi dans cette évaluation, nous incluons le budget national de la santé, qui n'est généralement pas considéré comme un programme ou dispositif.
- Ils couvrent une grande partie de la population ; un régime d'assurance-maladie, par exemple.
- Les fonds de ces dispositifs ou programmes sont distincts et gérés séparément.
- Ils sont gérés à l'aide de mécanismes de gouvernance distincts du principal système de santé, tels qu'un programme de santé vertical, par exemple.
- Ils constituent une initiative de haut niveau, dans le cadre de laquelle de nouvelles approches sont adoptées pour le paiement des prestataires par exemple, même s'ils ne couvrent pas (encore) un large groupe de population ou ne représentent pas un montant de dépenses important.

S'agissant du secteur privé, l'assurance privée devrait être incluse, de préférence dans un seul dispositif ou secteur. Malgré les grandes variations qui existent généralement dans ce secteur, celui-ci devrait être résumé aux fins de l'Étape 1, et l'accent devrait être mis sur le rôle de l'assurance-maladie privée dans le système de santé, par rapport aux prestations financées par le budget public. Les paiements directs ne devraient pas être inclus dans une catégorie ou un dispositif distinct. Avec un 'diagramme de Sankey' (voir la section suivante), on distingue l'étendue des paiements directs dans un système de santé, mais ceux-ci ne constituent pas pour autant un dispositif au sens d'un ensemble de fonds distinct géré dans un but précis.

---

<sup>1</sup> Note du traducteur : il n'existe pas en français un terme capturant exactement le contenu du terme anglais 'scheme'. Pour ce document, nous avons opté pour le terme 'dispositif', qui nous semblait le moins mauvais.

Les personnes suivantes devraient participer aux discussions :

- L'évaluateur principal ;
- le responsable du bureau pays de l'OMS ;
- la personne-ressource du Ministère de la santé ;
- le conseiller du Bureau régional de l'OMS ;
- le personnel désigné du Siège de l'OMS à Genève.

## 2.2 Description de chaque dispositif ou programme

**i** L'ÉTAPE 1 DÉCRIT LA MANIÈRE DONT CHAQUE DISPOSITIF OU PROGRAMME EST CONÇU, SELON UN CERTAIN NOMBRE DE CRITÈRES, DONT LES PRINCIPALES FONCTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ. DES DÉTAILS SUPPLÉMENTAIRES FIGURENT DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, QUI A ÉTÉ REPRODUIT DANS LE MODÈLE DE COLLECTE DE DONNÉES FOURNI SÉPARÉMENT.

	DOMAINE ÉVALUÉ	NOTES D'ORIENTATION
A	CIBLE DU DISPOSITIF	Une fois que l'ensemble des dispositifs à documenter a été convenus, indiquez quelle est la cible visée par chacun d'eux. Il peut s'agir de tous les citoyens dans le cas d'un financement général des établissements de santé prévu par le budget, d'un régime d'assurance destiné aux employés du secteur public, d'une assurance communautaire, de programmes de gratuité des soins, de programmes verticaux de lutte contre les maladies, etc. En plus d'une brève description, veuillez ajouter un code en utilisant la liste déroulante.
B	POPULATION CIBLE	Veuillez indiquer ici la meilleure estimation du nombre de personnes qui ont droit à des services ou à d'autres prestations au titre de ce dispositif. Cela permet d'obtenir un dénominateur pour divers calculs portant sur l'équité.
C	POPULATION COUVERTE	Veuillez entrer des données ou des estimations concernant le nombre de personnes effectivement couvertes par rapport à la population cible. Ce chiffre permet d'obtenir des informations sur le numérateur et dans certains cas, il sera identique au dénominateur, par exemple lorsque la couverture est accordée (question suivante) de façon automatique. Dans d'autres dispositifs, comme ceux qui visent le secteur informel ou des travailleurs non rémunérés, le nombre réel de participants pourrait être nettement inférieur.
D	LES CONDITIONS À REMPLIR POUR RECEVOIR DES PRESTATIONS/ÊTRE COUVERT	Sur quelle base juridique la couverture ou les prestations sont-elles accordées ? S'agit-il d'un dispositif a) <i>obligatoire</i> , à savoir que les prestations sont accordées en échange d'une cotisation exigée par la loi, laquelle est versée par les bénéficiaires ou pour leur compte (retenues sur salaire dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie par exemple) ; b) <i>automatique</i> , à savoir que les conditions à remplir pour recevoir des prestations (être citoyen ou résident, avoir un certain niveau de revenu ou être dans une situation de pauvreté) ne sont pas liées au versement d'une cotisation ; ou c) <i>participatif</i> , à savoir que la participation est volontaire, c'est-à-dire qu'elle n'est pas exigée par le gouvernement, même si elle peut être exigée par un employeur ?
E	DROITS AUX PRESTATIONS	Le dispositif contient-il une liste explicite ( <i>liste positive</i> ) des services, des médicaments, etc. qui sont couverts ? Les services offerts contiennent-ils par exemple des exclusions ( <i>liste négative</i> ) ? Veuillez ajouter une description et un code en utilisant la liste déroulante.

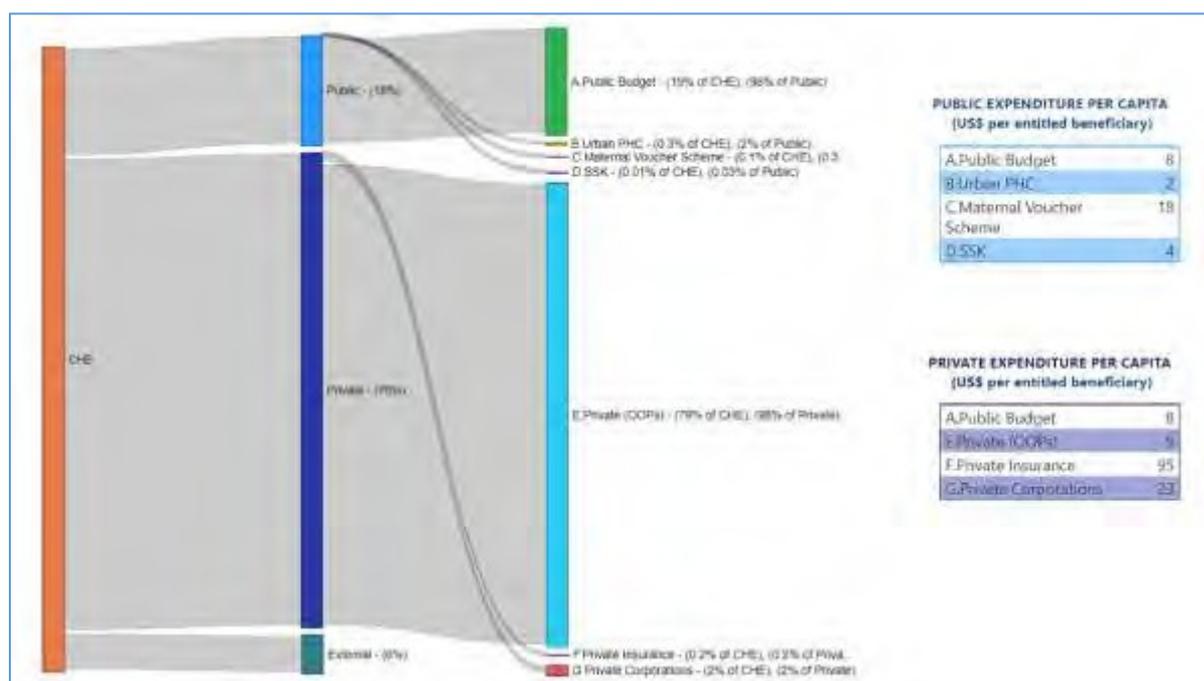
	DOMAINE ÉVALUÉ	NOTES D'ORIENTATION
F	<b>TICKETS MODÉRATEURS (FRAIS À LA CHARGE DES USAGERS)</b>	Les utilisateurs doivent-ils payer un <i>ticket modérateur</i> (frais d'utilisateur) ? Dans l'affirmative, veuillez indiquer de façon plus détaillée les services auxquels ils s'appliquent et s'ils s'appliquent à certains sous-groupes. Existe-t-il des exemptions liées à la situation du participant (niveau de revenu ou situation de pauvreté, âge, sexe, maladie par exemple), au lieu géographique (zone rurale ou urbaine par exemple), ou au type d'établissement (centre de santé ou hôpital par exemple) ? Pour finir, veuillez expliquer comment le ticket modérateur est structuré. Les participants doivent-ils payer un montant fixe unique, une série de montants fixes ou un pourcentage de la facture ? Dans le dernier cas, existe-t-il un plafond par rapport au montant total des paiements à effectuer sur une période donnée ?
G	<b>AUTRES CONDITIONS D'ACCÈS</b>	Outre le paiement d'un ticket modérateur le cas échéant, les participants pourraient devoir remplir d'autres conditions pour avoir droit aux services. Par exemple, les patients pourraient devoir suivre un parcours d'orientation-recours ou être limités aux établissements de santé publics ou à un réseau de prestataires privilégié. D'autres conditions pourraient être que seuls des médicaments génériques sont couverts, ou que les traitements offerts sont limités. Par exemple, les premières années d'existence du régime de couverture universelle de la Thaïlande, l'hémodialyse n'était couverte par l'État en tant que traitement pour l'insuffisance rénale que si la dialyse péritonéale (traitement de première intention) n'était pas efficace.
H	<b>SOURCES DE REVENU</b>	D'où proviennent les fonds pour le dispositif ou le programme ? Les fonds peuvent provenir du budget de la santé et être versés sous forme de financement direct aux établissements de santé, d'allocations à un dispositif ciblé (destiné aux enfants de moins de cinq ans par exemple), ou de transferts à un régime d'assurance-maladie pour le compte des pauvres. Ils peuvent également provenir de cotisations prépayées spécifiquement liées à la couverture, comme dans les régimes d'assurance. Pour finir, veuillez mentionner tout financement qui provient de sources externes.
I	<b>MISE EN COMMUN</b>	Les revenus du dispositif sont-ils conservés au niveau national ou alloués aux autorités gouvernementales infranationales ? Les revenus du dispositif sont-ils mis en commun dans un seul fonds ou dans plusieurs fonds destinés à des groupes de population ou des zones géographiques particuliers ?
J	<b>MÉCANISMES DE GOUVERNANCE</b>	Décrivez brièvement les mécanismes de gestion et de gouvernance des différents dispositifs ou programmes, lorsque cela est possible. Il existe des similarités avec les mécanismes de mise en commun. Veuillez par conséquent fournir ici des informations sur le ministère de tutelle dont relève le dispositif (Ministère de la santé ou des affaires sociales par exemple), et sur les conseils d'administration, etc. Veuillez ajouter des références, pour plus d'information.
K	<b>PAIEMENT DES PRESTATAIRES</b>	Expliquez comment les prestataires de services de santé sont payés dans le cadre de ce dispositif. Vous pouvez indiquer plusieurs approches. Veuillez ajouter un code en utilisant la liste déroulante.
L	<b>PRESTATION DE SERVICES ET ATTRIBUTION DES CONTRATS</b>	Quels sont les types d'établissements qui fournissent des services au titre du programme ? Des établissements publics, privés à but lucratif ou privés à but non lucratif ? Existe-t-il un programme d'accréditation ou un réseau de fournisseurs privilégiés ? Des contrats ou des accords sur la prestation de services sont-ils utilisés ?

Pour plusieurs sections, des listes de codage déroulantes ont également été conçues et devraient être utilisées dans la mesure du possible.

## 2.3 Cartographie des dépenses de santé

**i** LA MATRICE HFPM FOURNIT UNE ÉVALUATION COMPLÉMENTAIRE AUX COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ. LES DONNÉES RELATIVES AUX DÉPENSES ISSUES D'ÉTUDES SUR LES COMPTES DE LA SANTÉ PEUVENT ÊTRE COMPARÉES AUX DISPOSITIFS ET AUX PROGRAMMES DÉFINIS À L'ÉTAPE 1, AFIN DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS QUALITATIVES ET DE DONNER UN APERÇU DE LEUR IMPORTANCE RELATIVE, D'UN POINT DE VUE FINANCIER.

Une fois qu'il y a accord sur les dispositifs et programmes inclus dans l'Étape 1 de l'évaluation, les données relatives aux dépenses de santé sont comparées à chacun d'eux. Un exemple utilisant des données du Bangladesh est présenté ci-dessous à l'aide d'un diagramme de Sankey. Faire la mise en carte des données sur les dépenses de santé par dispositif permet également d'estimer les dépenses par habitant pour chaque dispositif ou programme et d'obtenir des informations générales utiles pour l'Étape 2 de l'évaluation. Pour ce faire, un compte national de santé récent et spécifique au pays, dans lequel les noms des différents « dispositifs » sont identifiés comme des « agents de financement », constitue la meilleure source de données. Ces diagrammes peuvent être conçus avec l'appui de l'équipe « Financement de la santé » de l'OMS.



### 3. ÉTAPE 2 DE L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM

#### 3.1 Domaines évalués et attributs souhaitables

**i** L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM PORTE SUR SEPT DOMAINES OU SECTEURS LIÉS AUX QUATRE FONCTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ, AUXQUELS S'AJOUTENT TROIS DOMAINES D'ÉVALUATION SUPPLÉMENTAIRES.

Sept domaines d'évaluation ont été définis dans cette seconde version de la matrice HFPM. Ils suivent le cadre de financement de la santé basé sur les fonctions essentielles. Un nouveau module a été inclus : il traite des questions liées aux fonctions de santé publique, aux programmes de santé et à la sécurité sanitaire. Les domaines d'évaluation sont les suivants :

- |   |  |
|---|--|
| <b>1) Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la Santé</b> | Trois attributs  |
| <b>2) Mobilisation des ressources financières</b>                                   | Quatre attributs désirables  |
| <b>3) Mise en commun des ressources</b>   | Deux attributs désirables  |
| <b>4) Achats et paiement des prestataires</b>                                       | Trois attributs désirables   |
| <b>5) Prestations et conditions d'accès</b>   | Cinq attributs désirables  |
| <b>6) Gestion des finances publiques</b>  | Deux attributs désirables  |
| <b>7) Fonctions et programmes de santé publique</b>                                 | (pas d'attribut désirable propre ; ce domaine s'inspire des autres domaines) |

Des attributs désirables, précédemment appelés principes directeurs, ont été définis pour chaque domaine évalué. Ils capturent une situation positive pour chaque domaine de l'évaluation. Ces attributs idéaux ou désirables sont basés sur une théorie du changement, des preuves empiriques et une chaîne de résultats qui justifient l'hypothèse qu'en cas de progression sur ces attributs, il est réaliste de s'attendre à ce que l'on progresse vers la couverture sanitaire universelle.

Le nombre des attributs uniques propres à chaque domaine évalué est indiqué ci-dessus. Cependant, plusieurs d'entre eux sont transversaux ; par exemple, deux attributs du domaine « Augmentation des recettes » sont également pertinents pour le domaine « Gestion des finances publiques ». De même, alors que le domaine « Fonctions et programmes de santé publique » n'a pas d'attributs propres, il s'appuie sur cinq attributs relatifs à d'autres domaines d'évaluation. Étant donné que l'évaluation contient de nombreux éléments transversaux, plusieurs tableaux de concordance ont été intégrés dans la base de données qui l'accompagne, ce qui permet aux utilisateurs d'obtenir des réponses selon leurs préférences (pour plus de détails, consultez le document WHO Health Financing Guidance #8).

## 3.2 Questions posées aux fins de l'évaluation

**i** L'ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR LA MATRICE HFPM (DEUXIÈME VERSION) COMPREND TRENTE-TROIS QUESTIONS, DONT QUATRE NOUVELLES QUESTIONS QUI NE FIGURAIENT PAS DANS LA PREMIÈRE VERSION. CES QUESTIONS PORTENT SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ SANITAIRE, AINSI QUE SUR LE FINANCEMENT DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DES FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, ÉGALEMENT APPELÉES BIENS COMMUNS POUR LA SANTÉ.

Chaque domaine évalué comprend plusieurs questions liées à un attribut souhaitable, comme il est indiqué de façon détaillée dans le document WHO Health Financing Guidance #8 et dans la liste qui figure au début de chaque section du présent document. Les attributs souhaitables correspondent à une situation souhaitable ou idéale par rapport à l'une des fonctions de financement de la santé, tandis que chaque question examine de manière plus approfondie certains aspects spécifiques de cet attribut. À mesure qu'un plus grand nombre de pays utiliseront la matrice HFPM pour évaluer leur système de financement de la santé, toutes ces questions seront passées en revue, révisées et améliorées. Cette première édition publiée en novembre 2020 contient trente-trois questions qui ont été réparties comme suit :

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1) Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la Santé | Trois questions  |
| 2) Mobilisation des ressources   | Cinq questions   |
| 3) Mise en commun des ressources   | Cinq questions   |
| 4) Achats et paiement des prestataires                                       | Cinq questions   |
| 5) Prestations et conditions d'accès   | Cinq questions   |
| 6) Gestion des finances publiques  | Six questions    |
| 7) Fonctions et programmes de santé publique                                 | Quatre questions |

Une liste complète de questions est fournie ci-dessous :

DOMAINE ÉVALUÉ	#	LIBELLÉ DE LA QUESTION
<b>Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la Santé</b>	Question 1.1	Existe-t-il un énoncé de politique sur le financement de la santé à jour, guidé par des objectifs et fondé sur des données factuelles ?
	Question 1.2	Les organismes de financement de la santé sont-ils tenus de rendre des comptes via des mécanismes et des processus de gouvernance appropriés ?
	Question 1.3	Les informations relatives au financement de la santé sont-elles systématiquement utilisées pour suivre, évaluer et améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ?
<b>2) Mobilisation des ressources financières</b>	Question 2.1	La stratégie de votre pays en matière de mobilisation des ressources domestiques tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Question 2.2	Dans quelle mesure le financement public des dépenses de santé est-il prévisible sur plusieurs années dans votre pays ?
	Question 2.3	Quel est le degré de stabilité du flux de fonds publics vers les prestataires de soins de santé ?
	Question 2.4	Dans quelle mesure les différentes sources de revenus sont-elles mobilisées de manière progressive ?
	Question 2.5	À quel degré les pouvoirs publics se servent-ils des impôts et des subventions pour influencer les comportements en matière de santé ?
<b>3) Mise en commun des ressources</b>	Question 3.1	La stratégie de votre pays en matière de mise en commun des ressources tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Question 3-2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Question 3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de ressources fragmentés ?

DOMAINE ÉVALUÉ	#	LIBELLÉ DE LA QUESTION
	Question 3.4	Les sources de revenus et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?
	Question 3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
<b>4) Achats et paiement des prestataires</b>	Question 4.1	Dans quelle mesure le paiement des prestataires est-il motivé par des informations sur les besoins en matière de santé de la population qu'ils desservent ?
	Question 4.2	Les paiements des prestataires sont-ils harmonisés entre les acheteurs et au sein de ceux-ci afin de garantir des incitations cohérentes pour les prestataires ?
	Question 4.3	Les mécanismes d'achat favorisent-ils la qualité des soins ?
	Question 4.4	Les méthodes de paiement des prestataires et les mécanismes administratifs complémentaires permettent-ils de remédier aux éventuelles sur-prestations ou sous-prestations de services ?
	Question 4.5	Les informations sur les activités des prestataires saisies par les organismes acheteurs sont-elles suffisantes pour orienter les décisions d'achat ?
	Question 4.6	Quel est le degré d'autonomie financière des prestataires de soins et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?
<b>5) Prestations et conditions d'accès</b>	Question 5.1	Existe-t-il une série de prestations clairement définies pour l'ensemble de la population ?
	Question 5.2	Les décisions concernant les services qui doivent être financés par des fonds publics sont-elles prises de façon transparente et suivant des processus et des critères clairement définis ?
	Question 5.3	Jusqu'à quel point les prestations auxquelles a droit la population et les conditions pour y accéder sont-elles claires et faciles à comprendre ?
	Question 5.4	Les frais d'usager sont-ils conçus pour s'assurer que les obligations financières soient claires et s'accompagnent de mécanismes de protection pour les patients ?
	Question 5.5	Les prestations définies sont-elles en adéquation avec les recettes disponibles, les services de santé disponibles et les mécanismes d'achat ?
<b>6) Gestion des finances publiques</b>	Question 6.1	Existe-t-il une évaluation à jour sur les principaux goulets d'étranglement de la gestion des finances publiques en matière de santé ?
	Question 6.2	La formulation et la mise en œuvre du budget de la santé tiennent-elles compte des priorités du secteur et favorisent-elles une utilisation flexible des ressources ?
	Question 6.3	Des processus ont-ils été mis en place pour permettre aux autorités sanitaires de participer à la planification du budget général et à l'élaboration d'un budget pluriannuel ?
	Question 6.4	Des mesures ont-elles été mises en place pour remédier aux problèmes liés aux sous-utilisations ou aux dépassements budgétaires dans le domaine de la santé ?
	Question 6.5	Les rapports sur les dépenses de santé sont-ils complets, rendus dans les délais et accessibles au public ?
<b>7) Fonctions et programmes de santé publique</b>	Question 7.1	Les programmes de santé spécifiques sont-ils conformes aux stratégies et aux politiques générales en matière de financement de la santé ou sont-ils inclus dans celles-ci ?
	Question 7.2	Les mécanismes de mise en commun favorisent-ils la coordination des programmes de santé entre eux et avec le système de santé en général et leur intégration entre eux et dans le système de santé ?
	Question 7.3	Les mécanismes de financement favorisent-ils la mise en œuvre des capacités requises par le Règlement Sanitaire International pour se préparer aux situations d'urgence ?
	Question 7.4	Des systèmes de gestion des finances publiques ont-ils été mis en place pour permettre une riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique ?

### 3.3 Qu'est-ce qui compte et à quoi ressemblent les progrès ?

**i** CHAQUE QUESTION PORTE SUR UNE OU PLUSIEURS ATTRIBUTS DESIRABLES. QUATRE NIVEAUX DE PROGRÈS ONT ÉTÉ DÉFINIS POUR CHAQUE QUESTION, ET CHACUN D'EUX DÉCRIT LA SITUATION À MESURE QU'ELLE S'AMÉLIORE. CETTE RUBRIQUE PORTE SUR LES ÉVALUATIONS DE PAYS.

Chaque domaine évalué comprend plusieurs questions et pour chaque question, des informations générales sont fournies, qui permettent de comprendre pourquoi elle est importante et pertinente si l'on veut progresser vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Quatre niveaux de progrès sont indiqués pour chaque question, qui montrent à quoi ressemblent les progrès. L'essence de la matrice des progrès, c'est la conviction qu'il existe des façons meilleures ou pires de concevoir et de mettre en œuvre des réformes du financement de la santé, qui sont capturées par les attributs désirables. À leur tour, ces attributs s'inspirent des données factuelles accumulées dans le monde et du « bon sens », si l'on évalue la couverture sanitaire universelle au niveau de « l'ensemble du système et l'ensemble de la population ».

Pour chaque niveau de progrès, des informations et des réflexions supplémentaires sont fournies pour orienter l'évaluateur principal pendant son évaluation. Celles-ci concernent essentiellement les caractéristiques qui mettent en évidence des niveaux de « progrès » croissants, au regard des caractéristiques des systèmes qui sont liées aux buts et aux objectifs intermédiaires du système de santé en matière de performance (et idéalement, ont un effet de causalité sur ceux-ci) et ce, dans l'ensemble du système. Les niveaux de progrès, les libellés et les attributs génériques sont présentés ci-dessous. Veuillez noter que certaines questions portent uniquement sur a) l'élaboration de politiques, tandis que d'autres portent également sur b) la mise en œuvre.

NIVEAU DE PROGRÈS		ATTRIBUTS GÉNÉRIQUES
1	<b>ÉMERGENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Il n'existe pas d'énoncé de politique clair ou approuvé, ni en cours. Les stratégies en cours ne tiennent pas compte des données factuelles mondiales et n'exploitent pas les données locales.</li> <li>b) Il n'y a pas de financement pour les politiques ou les mécanismes censés assurer la mise en œuvre.</li> </ul>
2	<b>EN PROGRESSION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Des politiques sont en cours d'élaboration, des discussions formelles sont menées avec les parties prenantes ; elles ne tiennent compte que partiellement des données factuelles mondiales et des évaluations locales.</li> <li>b) Certains aspects de la politique sont en train d'être mis en œuvre ou la politique est en train d'être testée.</li> </ul>
3	<b>ÉTABLI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) L'énoncé de politique a été formellement approuvé et tient largement compte des données factuelles mondiales et des évaluations locales relatives aux problèmes de performance.</li> <li>b) La mise en œuvre est généralisée et des évaluations sont en cours, qui permettent d'ajuster les politiques et la mise en œuvre.</li> </ul>
4	<b>AVANCÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) L'énoncé politique a été approuvé, est conforme aux données factuelles mondiales et aux évaluations locales en matière de performance et a été distribué à un large éventail de parties prenantes.</li> <li>b) La mise en œuvre au niveau national est efficace et fait systématiquement l'objet d'un suivi et d'une évaluation de la performance, ce qui permet d'améliorer l'élaboration des politiques.</li> </ul>

Dans le contexte de la matrice HFPM, ces termes devraient être considérés comme des libellés, plutôt que comme ayant une signification propre. Si l'évaluation est établie sous quatre catégories distinctes, c'est bien afin de faciliter la présentation et la communication. Sur un plan plus réel il est préférable de considérer l'évaluation

des progrès, pour toutes les questions, comme une variable continue, plutôt que discrète. Même si les niveaux de progrès sont généralement décrits comme des critères, cela permet d'apporter un appui supplémentaire à l'évaluateur principal pendant l'évaluation, y compris par des exemples.

### 3.4 Indicateurs quantitatifs généraux

**i** *AFIN DE SOUTENIR LE PROCESSUS D'ÉVALUATION AU NIVEAU DU PAYS, DES INDICATEURS QUANTITATIFS PERTINENTS ET PUBLIQUEMENT DISPONIBLES ONT ÉTÉ COMPILÉS DANS UN TABLEAU DE BORD QUI ÉVOLUERA AVEC LE TEMPS, À MESURE QUE L'ON DISPOSERA DE PLUS D'INFORMATIONS ET D'INDICATEURS.*

Le processus d'évaluation requiert que des données quantitatives pertinentes soient recueillies et classées ; elles permettront d'effectuer une évaluation rigoureuse et de renforcer son objectivité. Des indicateurs pertinents, qui ont été publiés dans la base de données mondiale sur les dépenses de santé et dans d'autres bases de données sélectionnées, ont été compilés dans un tableau de bord. Ce dernier a été spécialement élaboré et conçu pour aider ceux qui effectuent des évaluations de pays à l'aide de la matrice HFPM. Ce tableau de bord est disponible sur le site Web de l'OMS.

L'analyse par pays des comptes nationaux de la santé devrait être utilisée en plus des indicateurs publiés dans la base de données mondiale sur les dépenses de santé. Cependant, les données disponibles uniquement à l'intérieur des pays seront tout aussi, voire plus importantes pour l'évaluation. Dans de nombreux cas, ces données sont plus précises que celles qui figurent dans les bases de données publiées.

### 3.5 Problèmes soulevés lors des évaluations

**i** *POUR DE NOMBREUSES QUESTIONS, L'ÉVALUATEUR PRINCIPAL DEVRA FAIRE APPEL À DES SOURCES LOCALES POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATIONS ET À DES FINS DE VALIDATION. IL CONVIENT CEPENDANT DE NOTER QUE LES ÉVALUATIONS EFFECTUÉES À L'AIDE DE LA MATRICE HFPM NÉCESSITENT PRINCIPALEMENT QUE L'ON RASSEMBLE LES INFORMATIONS EXISTANTES, PLUTÔT QUE DE RÉALISER DE NOUVELLES COLLECTES OU ANALYSES.*

Certaines données devront certes être recueillies, mais les chercheurs principaux ne sont pas censés effectuer de nouvelles analyses importantes. En effet, une part importante de l'évaluation consiste à identifier les domaines où il existe peu d'informations et qui pourraient être prioritaires dans le cadre de futurs travaux. Certaines questions pourraient être soulevées pendant l'évaluation, qui devraient être évoquées avec l'équipe de soutien. Certaines d'entre elles sont mentionnées ci-dessous :

- **Performance du dispositif ou performance du système** : l'évaluation a pour but de déterminer à quel point les mécanismes de financement de la santé d'un pays sont alignés sur l'objectif de progression vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Il s'agit essentiellement d'évaluer les performances de l'ensemble du système de santé, et pas seulement d'un ou de deux dispositifs individuels. Après avoir examiné comment sont organisés les dispositifs individuels et quelles sont leurs performances, évaluez à quel point ils s'harmonisent les uns avec les autres pour constituer l'ensemble du système de santé. Dans la mesure du possible, l'évaluateur principal devrait également évaluer si les dispositifs ou les programmes individuels pourraient avoir des retombées positives ou négatives sur l'ensemble du système de santé ou sur la population qu'ils ne couvrent pas. Voir la question 3.5 (vhispiii), par exemple.
- **Penser en termes de fonctions et non de labels** : L'OMS utilise la notion de « fonctions de financement de la santé », qui désigne par exemple la mobilisation des ressources, la mise en commun ou l'achat. Cette approche permet d'évaluer, de façon standardisée, des systèmes de financement de la santé de pays qui

sont organisés de façon différente, et distingués par des labels tels que « système financé par l'impôt » ou « système d'assurance-maladie ». Le cadrage terminologique utilisé dans l'évaluation est donc fonctionnel et non contraint par des labels politiques. L'évaluateur principal devra donc rapporter ce qu'il constate à propos du système de santé du pays dans des termes qui correspondent aux différents domaines d'évaluation et fonctions.

- **La fragmentation** : une grande partie de l'évaluation porte sur la « fragmentation », souvent à l'origine des problèmes pour la performance des systèmes de santé. La fragmentation peut être due à l'existence de plusieurs dispositifs de protection dans le même pays ; par exemple un dispositif d'assurance pour les fonctionnaires, un autre dispositif pour les salariés du secteur privé et une assurance-maladie communautaire pour les travailleurs du secteur informel. Une cartographie de ces dispositifs est effectuée à l'étape 1 de l'évaluation. De tels dispositifs n'existent pas dans de nombreux pays, notamment lorsque c'est une approche traditionnelle, qui consiste à inscrire les plans au budget, qui domine. Mais même dans ces systèmes, il peut y avoir fragmentation : ce sera le cas lorsque des programmes de santé distincts, pour la tuberculose ou le VIH par exemple, mettent en place leurs propres régimes de prestations, de paiement des prestataires, etc. Bien que très improbable, si le système de santé examiné n'est pas fragmenté, vous devriez l'indiquer dans vos réponses, et vous n'aurez peut-être pas à répondre à certaines questions.
- **Mettre en évidence le caractère dynamique de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques** : l'un des aspects essentiels de l'évaluation consiste à mettre en évidence le caractère dynamique de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, et pas simplement de donner une image statique de la situation courante. Dans la pratique, cela signifie qu'il faut examiner les discussions et par exemple les travaux d'analyse qui sont en cours, la manière dont les politiques évoluent et dans quel sens elles évoluent, même si elles sont en cours d'élaboration ou à l'état de projet. Cela permettra que des évaluations soient effectuées et des observations formulées de façon plus régulière.

## 4. POLITIQUE, PROCESSUS ET GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<b>i</b>	<p><i>CE DOMAINE D'ÉVALUATION PERMET DE RECHERCHER DES STRATÉGIES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ QUI VISENT L'ENSEMBLE DU SYSTÈME, SONT AXÉES SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS LIÉS À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET REPOSENT SUR DES DONNÉES FACTUELLES RELATIVES AUX CAUSES SOUS-JACENTES D'UNE PERFORMANCE SOUS-OPTIMALE. DANS CETTE SECTION, ON CHERCHE ÉGALEMENT À DÉTERMINER SI LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EST GÉRÉ DE FAÇON EFFICACE, GRÂCE À UNE DÉFINITION CLAIRE DES RÔLES ET DES PROCESSUS DES INSTANCES ET DES MÉCANISMES QUI PERMETTENT DE DEMANDER DES COMPTES AUX ORGANISMES DE MISE EN OEUVRE, ET À UNE TRANSPARENCE À L'ÉGARD DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES SUR LE PLAN FINANCIER ET NON FINANCIER.</i></p>
----------	--

ATTRIBUTS SOUHAITABLES DANS LE DOMAINE DES POLITIQUES, DES PROCESSUS ET DE LA GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ		QUESTIONS
<b>GV1</b>	Les politiques de financement de la santé sont guidées par les objectifs en matière de couverture sanitaire universelle, visent l'ensemble du système de santé, hiérarchisent et déterminent l'ordre des stratégies.	hfstrat (1.1) <sup>2</sup> govacntbl (1.2) bdgtprcss (6.3) prgalgnplcy (7.1)
<b>GV2</b>	Des comptes sont rendus de manière transparente, sur le plan financier et non financier, à l'égard des dépenses publiques de santé.	govacntbl (1.2) expinfmon (6.5)
<b>GV3</b>	Les données factuelles récoltées à l'échelle internationale et les données et évaluations provenant de l'ensemble du système sont activement utilisées pour orienter la mise en œuvre et l'ajustement des politiques.	Data 4gov (1.3) pfmdiag (6.1)

\* Les attributs souhaitables définissent des situations idéales pertinentes pour chaque domaine d'évaluation.

<sup>2</sup> Note du traducteur : Le lecteur notera à côté de chaque question, un acronyme en lettres minuscules. Il s'agit de l'identifiant de la question dans la base de données globale. Nous avons conservé l'acronyme anglais.

## Question 1.1 (hfstrat) :

Existe-t-il un énoncé de politique sur le financement de la santé à jour, guidé par des objectifs et fondé sur des données factuelles ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question a pour but de déterminer s'il existe un énoncé de politique clair, relativement récent et pertinent par rapport à la situation actuelle du pays, en ce qui concerne la stratégie de financement de la santé. De nombreux pays ont élaboré des documents autonomes sur la stratégie nationale de financement de la santé, mais ceux qui ne l'ont pas fait pourraient quand même disposer d'un énoncé de politique clair inclus dans un document plus large sur la politique sanitaire par exemple, ou d'un document sur la stratégie de renforcement du système de santé.

Ce qui est important, c'est que les orientations stratégiques relatives aux principaux domaines de la politique de financement de la santé aient un certain niveau de précision, que celles-ci s'appuient sur des évaluations qui examinent les principaux défis à relever en matière de performance, comme par exemple, s'agissant de la couverture sanitaire universelle, l'utilisation des services selon les besoins et la protection financière des patients. Cet examen est essentiel pour l'évaluation de cette question, à savoir si et comment la performance du système de santé national a été évaluée, et si et comment les facteurs à l'origine d'une mauvaise performance ont été identifiés.

Les politiques qui sont simplement importées d'autres pays ou copiées chez ceux-ci ont peu de chances d'être efficaces. En revanche, les politiques qui traitent directement des problèmes spécifiques rencontrés par le système de santé du pays sont celles qui auront probablement une incidence positive sur la performance. Des évaluations pourraient avoir été menées par le gouvernement, des spécialistes locaux, un partenaire du développement ou un organisme international. L'essentiel ici est de savoir s'il en existe et le cas échéant, si elles sont utilisées pour orienter les politiques, et si des mécanismes de mise en œuvre ont été mis en place pour traduire les politiques en actes.

Veillez noter que cette question est également posée à d'autres endroits de l'évaluation, pour des domaines spécifiques de la politique de financement de la santé. Elle doit par conséquent être prise au sens large. Par « à jour », on entend au cours des trois ou quatre dernières années, même si le plus important, c'est que la politique en vigueur demeure pertinente par rapport à la situation actuelle. Notez également qu'à la question 7.1, il est spécifiquement demandé si les programmes verticaux mentionnés à l'Étape 1 sont alignés sur la politique de financement de la santé générale. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de répondre de façon détaillée à cette question ici.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

En résumé, un bon processus d'élaboration d'une politique de financement de la santé présente les attributs suivants :

- Il existe un énoncé de politique relatif au financement de la santé à jour ou récent,
- La politique est guidée par des objectifs clairs, notamment pour ce qui a trait à la couverture sanitaire universelle et à la sécurité sanitaire,
- La politique tient compte des données factuelles mondiales relatives à ce qui fonctionne en matière de politique de financement de la santé et de couverture sanitaire universelle,
- Les réformes et les stratégies qui sont proposées s'attaquent aux causes sous-jacentes des problèmes de performance que rencontre le système de santé, en se basant sur des diagnostics pertinents, des analyses de situation ou des évaluations spécifiques du système de santé du pays, ,
- Les parties prenantes compétentes ont participé à ce processus,
- Le processus est aligné sur une stratégie plus large du système de santé et la renforce, notamment en ce qui concerne la prestation de services.

### **NIVEAU 1 ÉMERGENT**

*Il n'existe pas d'énoncé de politique clair en ce qui concerne le financement de la santé, et aucun document juridique appuyant la mise en œuvre n'est disponible.*

Aucun diagnostic ni aucune évaluation n'ont été effectués récemment, c'est-à-dire au cours des trois ou quatre dernières années. Aucune étude de recherche appliquée sur le financement de la santé n'a été menée. Des évaluations improvisées relatives à des fonctions particulières du financement de la santé peuvent exister, mais celles-ci ne traitent pas des causes sous-jacentes des problèmes de performance. Des énoncés de politique peuvent avoir été élaborés à partir de données factuelles provenant d'autres pays, mais ne s'appuient pas sur une analyse récente de la situation qui tienne compte du contexte propre au pays. Certains aspects de l'énoncé de politique relatif au financement de la santé peuvent apparaître dans la stratégie sanitaire nationale, mais ils n'établissent pas un lien clair ni ne cadrent avec le système de santé et les objectifs relatifs à la couverture sanitaire universelle au sens plus large.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Un énoncé de politique a été élaboré, mais peu de mesures ont été prises pour qu'il se traduise par des changements concrets apportés au système.*

Un énoncé de politique reposant sur des données factuelles mondiales a été élaboré, mais pas récemment. Une évaluation qui essaie d'analyser les causes profondes des problèmes sous-jacents peut avoir été effectuée par des organismes externes, mais celle-ci n'a pas été prise en compte pour orienter les décisions politiques. L'énoncé de politique ne cadre pas bien avec les objectifs visés par la politique sanitaire nationale et en est toujours au stade de la consultation, faute de consensus et de données factuelles solides. Certains changements proposés ne sont pas adaptés au contexte national.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Un énoncé de politique à jour reposant sur un diagnostic récent de la situation actuelle a été élaboré.*

Un énoncé de politique relatif au financement de la santé a été élaboré et transformé en décret gouvernemental. Une évaluation ou un diagnostic récents peuvent avoir été effectués à la demande d'un partenaire du développement au cours des trois ou quatre dernières années, dans le but d'évaluer l'incidence sur la protection financière uniquement, par exemple. Les changements qui seront mis en œuvre portent sur certains aspects du financement de la santé uniquement, mais pas sur l'ensemble du système. Les parties prenantes compétentes ne participent pas toutes au processus, et aucun plan d'évaluation et de suivi clair n'a été élaboré.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Un énoncé de politique clair reposant sur un diagnostic de la situation actuelle existe a été élaboré en collaboration avec d'autres secteurs et avec la participation des parties prenantes compétentes.*

Un énoncé de politique relatif au financement de la santé a été élaboré à partir d'un diagnostic de la performance du système de santé national, qui identifie les causes sous-jacentes des problèmes de performance. Le processus a été mené par le gouvernement. Les objectifs visés par le système de santé ont été clairement définis, notamment en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle (équité en matière d'utilisation des services, qualité, protection financière), les objectifs plus généraux (santé, réactivité, prise en compte des questions d'équité par chaque objectif), et éventuellement, la sécurité sanitaire (capacités en matière de préparation et de riposte, par exemple). Les objectifs sont adaptés au contexte national et non utilisés de façon générique. Les changements qui doivent être mis en œuvre pour résoudre les problèmes de performance sous-jacents ont été clairement définis. Les changements recommandés peuvent être mis en œuvre dans le pays et se sont traduits par des lois ou des réglementations adoptées par consensus et via un processus de participation incluant toutes les parties prenantes.

## Question 1.2 (govacntbl) :

**Les organismes de financement de la santé sont-ils tenus de rendre des comptes via des mécanismes et des processus de gouvernance appropriés ?**

### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

Le système de financement de la santé doit être soumis à l'obligation de rendre des comptes afin de s'assurer : i) qu'une vision et une stratégie sectorielles cohérentes soient mises en place ; et ii) que les organismes chargés de la mise en œuvre des dispositifs et des programmes de financement de la santé s'acquittent efficacement de leurs fonctions. Cette responsabilisation n'est pas assurée par un seul organisme, mais par une série d'entités, d'organismes et d'institutions. Par exemple, la responsabilisation à l'égard de l'utilisation des ressources publiques peut être assurée par l'intermédiaire de comités de coordination de la santé nationaux, de conseils de surveillance d'organismes d'assurance-maladie sociale, de hauts conseils généraux pour l'assurance-maladie, du ministère des finances, de comités parlementaires, du parlement lui-même, d'une sorte de comité public, et le contrôle, par des groupes de la société civile et les médias. Le Ministère de la santé supervisera très probablement certains dispositifs ou programmes.

Cette question porte sur les mécanismes et les processus institutionnels nationaux qui régiront le système de financement de la santé. Ils incluent que les responsables des programmes individuels soient soumis à l'obligation de rendre des comptes et que l'on s'assure de la cohérence du système, c'est-à-dire entre les programmes de financement de la santé. Lorsque la supervision des dispositifs individuels n'est pas efficace, comme lorsque la répartition des rôles et des responsabilités entre les dispositifs n'est pas claire, des problèmes de performance sont susceptibles d'apparaître, tels qu'une utilisation insuffisante des ressources et une inadéquation entre la mise en œuvre et les objectifs stratégiques. De même, lorsque les objectifs des programmes ne s'harmonisent pas les uns avec les autres, ce qui crée de l'incertitude quant aux rôles et aux responsabilités de chacun d'eux, les prestations peuvent faire double emploi ou les prestataires peuvent être payés plus d'une fois pour le même service. Dans les pays où il existe un organisme chargé des achats semi-autonome, la séparation n'est généralement pas claire entre le rôle de cet organisme et celui du Ministère de la santé, surtout lorsque l'organisme en question relève d'un autre département ministériel, comme celui du travail ou des affaires sociales. Par exemple, alors qu'il se concentre généralement sur la mise en œuvre des politiques, l'organisme chargé des achats pourrait s'impliquer plus activement dans l'élaboration des politiques.

### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Commencez par passer en revue les dispositifs de l'Étape 1 et les instances de contrôle qui y sont mentionnées. Évaluez si leurs rôles et leurs responsabilités sont clairement définis. Deuxièmement, dressez une liste de toutes les instances de contrôle supérieures chargées d'assurer la cohérence entre les dispositifs. Pensez à un puzzle où chaque pièce représente un programme individuel qui, une fois le puzzle terminé, s'emboîte parfaitement dans les autres pièces. Recherchez des cadres, des procédures et des mesures juridiques et relatifs à la présentation de rapports qui améliorent la cohérence de la politique et de la stratégie et permettent de responsabiliser les organisations chargées de la mise en œuvre. Évaluez à quel point la représentation dans les processus de gouvernance penche en faveur de certains groupes (syndicats, employeurs, fonctionnaires, par exemple), au lieu d'être un reflet de la population en général, notamment dans les lieux où le nombre de travailleurs informels est élevé. Évaluez enfin si les rapports financiers et non financiers sont transparents, à savoir s'ils indiquent à quoi a servi l'argent et s'ils sont accessibles au public. Si l'ordre du jour de la prochaine réunion des organes directeurs est disponible, vérifiez si des informations détaillées sur la performance sont fournies et examinées.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les rôles et les responsabilités des organes directeurs en matière de financement de la santé n'ont pas été clairement définis, le niveau de responsabilisation est faible et les dispositifs sont mal coordonnés.*

La supervision du financement de la santé est faible et inefficace. Il n'existe pas de documentation claire concernant le mandat, le rôle et les responsabilités des institutions chargées de la gouvernance, que ce soit par rapport aux programmes qu'elles supervisent ou par rapport aux unes et aux autres. La gouvernance est effectuée au niveau des dispositifs ou des programmes uniquement, et non de l'ensemble du système. En conséquence, les dispositifs présentent des lacunes et contiennent des doublons inutiles. Par exemple, les prestations font double emploi, et les prestataires sont payés plus d'une fois pour le même service. Les organismes et les gestionnaires privés ne sont pas tenus de rendre des comptes sur la façon dont les fonds sont dépensés, ni sur les progrès accomplis vers l'atteinte des priorités stratégiques. Il existe peu de communications officielles entre les principales institutions gouvernementales telles que le Ministère de la santé, le ministère des finances et, le cas échéant, les organismes chargés des achats et les organismes d'assurance. Il n'existe pas ou il existe très peu d'informations publiques sur la façon dont les fonds sont utilisés ou sur les activités menées par les organismes chargés du financement de la santé.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Certains rôles et responsabilités ont été définis et répartis entre les organes directeurs en ce qui concerne le financement de la santé, mais les doublons et la mauvaise coordination demeurent. Des mécanismes de responsabilisation ont été mis en place mais demeurent faibles.*

Des documents officiels, et dans certains cas des lois ont été élaborés ; ils définissent le mandat, le rôle et les responsabilités des divers organes directeurs. Cependant, un manque de clarté quant à la manière dont ils s'articulent, ainsi que des zones d'incertitude, des lacunes et des doublons demeurent (il n'existe toujours pas de gouvernance claire du financement de la santé à l'échelle du système). Un organisme chargé des achats peut exister, mais il n'est pas habilité à agir de façon stratégique. De plus, les mécanismes de présentation de rapports et de responsabilisation ne sont pas clairs. Le Ministère des finances, le Ministère de la santé et l'organisme chargé des achats ou l'organisme d'assurance communiquent jusqu'à un certain point, mais pas de manière très efficace. Par exemple, le budget de l'organisme chargé des achats est directement approuvé par le Ministère des finances ou le parlement, mais l'implication ou la supervision du Ministère de la santé visant à aligner les mécanismes de l'organisme chargé des achats sur les objectifs du système de santé en matière de performance ne sont pas efficaces. Des analystes des politiques, des prestataires de soins de santé et d'autres parties prenantes sont impliqués à certaines étapes du cycle d'élaboration des politiques de financement de la santé.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*La plupart des dispositifs de financement de la santé sont dotés de mécanismes de reddition de comptes aux organes de supervision clairs et d'une manière générale, les rôles et les responsabilités sont clairement définis et répartis, bien qu'une meilleure coordination soit encore nécessaire. Les mécanismes de responsabilisation fonctionnent relativement bien.*

Le Ministère de la santé définit les priorités et les stratégies globales du système de santé et joue un rôle de premier plan dans l'élaboration des politiques et des budgets relatifs au financement de la santé. Un ou plusieurs organismes chargés des achats établissent des contrats, des taux et des mécanismes de paiement de façon autonome, en s'appuyant dans une certaine mesure sur les orientations politiques plus larges fournies par le conseil d'administration ou le Ministère de la santé. L'acheteur est doté d'un conseil d'administration, mais le cadre juridique qui l'entoure est imprécis. Par exemple, bien que le conseil d'administration approuve le budget, il est confiné à un rôle passif, s'agissant de demander des comptes à l'équipe exécutive en ce qui concerne les résultats non financiers. Les organismes en charge de la supervision et les processus de supervision ont permis d'accroître la responsabilisation des organismes chargés du financement de la santé, et des mesures ont été prises pour lutter contre les mauvaises performances, mais des améliorations doivent encore être apportées. Des rapports sur la performance sont mis à la disposition du public, mais pas tous les ans.

#### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les rôles des institutions chargées de la gouvernance sont clairement définis, tant pour les dispositifs individuels que pour l'ensemble du système de financement de la santé. Les parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales sont systématiquement impliquées, et les organismes chargés de la mise en œuvre sont tenus de rendre publiquement des comptes sur leur performance.*

Le rôle de chef de file du Ministère de la santé en ce qui concerne l'élaboration des politiques de financement de la santé et la supervision des organismes chargés de la mise en œuvre des dispositifs et des programmes, y compris des organismes semi-autonomes chargés des achats, est clairement défini. Les programmes et les dispositifs sont dotés de mécanismes de supervision et de présentation de rapports clairs, et les instances supérieures assurent la cohérence entre les organismes chargés du financement de la santé. Le Ministère des finances, le Ministère de la santé et les organismes nationaux chargés des achats sont systématiquement impliqués dans l'élaboration des politiques de financement de la santé, et les rôles et les responsabilités (élaboration ou mise en œuvre des politiques par exemple) sont clairement définis. Les ajustements sont apportés aux politiques de financement de la santé de manière transparente, et le grand public, ainsi que les parties prenantes publiques et privées concernées, participent aux étapes essentielles. Des mécanismes et des dispositifs institutionnels clairs ont été mis en place afin que les institutions et les gestionnaires privés chargés du financement de la santé puissent rendre des comptes, tels que la présentation régulière de rapports publics sur les résultats financiers et non financiers, et une supervision par le public, y compris la société civile, en vue de lutter contre les mauvaises performances.

## Question 1.3 (data4gov) :

**Les informations relatives au financement de la santé sont-elles systématiquement utilisées pour suivre, évaluer et améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ?**

### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

La production et l'utilisation d'informations et de données factuelles pertinentes et fiables sur le financement de la santé sont essentielles pour l'élaboration et la mise en œuvre efficace d'une politique de financement de la santé complète (question 1.1), ainsi que pour une gouvernance et une redevabilité efficaces en matière de financement de la santé (question 1.2). Veuillez noter que deux autres questions, qui seront traitées ultérieurement, abordent aussi le sujet de l'information. La question 3.3 évoque notamment le problème de l'existence d'un système d'information sanitaire commun ou unique pour les organismes chargés des achats, une mesure qui permettrait de réduire les problèmes dus à la fragmentation ; et la question 4.5 examine comment et jusqu'à quel point les informations contenues par les bases de données relatives au paiement des prestataires sont utilisées pour orienter les décisions d'achat.

Il est important de faire la distinction entre les informations de suivi qui permettent d'évaluer si des progrès sont en train d'être accomplis ou pas dans des domaines essentiels pour le financement de la santé tels que la protection financière, et les informations fournies par des évaluations qui permettent d'analyser les causes sous-jacentes de la détérioration de la protection financière, par exemple. Les deux types d'informations sont importants pour répondre à cette question. La fréquence à laquelle les données relatives aux dépenses de santé sont récoltées, au moyen d'études par exemple, sur les comptes nationaux de la santé (qui permettent d'obtenir des informations essentielles pour le suivi), varie d'un pays à l'autre. Dans l'idéal, la collecte de données est orientée par un cadre pour le suivi et l'évaluation à l'échelle du système qui s'étend aux politiques de financement de la santé et aux stratégies connexes. Lorsqu'il existe plusieurs cadres pour le suivi et l'évaluation, axés par exemple sur chacun des dispositifs ou programmes présentés en détail à l'Étape 1 ou sur des subventions extérieures individuelles, ceux-ci doivent s'harmoniser avec le cadre systémique et l'alimenter.

Pour soutenir les instances chargées de la gouvernance, les données sur le financement de la santé doivent être accompagnées d'informations sur l'utilisation des services et les activités des prestataires, afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées. La facilité avec laquelle ces données peuvent être combinées dépend du système d'architecture de données. Comme il a été mentionné ci-dessus, les données sur le financement de la santé sont souvent recueillies de façon cloisonnée, et les données provenant des registres des patients, des établissements et des agents de santé, ainsi que des systèmes informatisés de gestion clinique des dossiers des patients ou de l'approvisionnement, peuvent s'avérer difficiles à harmoniser. La production et la consolidation des données relatives au financement de la santé et connexes, associées à des améliorations similaires en ce qui concerne la capacité d'analyser et d'utiliser ces données, constituent par conséquent des éléments importants qui permettront de progresser vers une gouvernance plus forte en matière de financement de la santé.

### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Pour cette question, il s'agit de déterminer :

- a) Si des données pertinentes sur le financement de la santé sont générées de façon régulière et si les études sur les comptes nationaux de la santé sont considérées comme fiables et sont utilisées pour orienter l'évaluation des politiques nationales et alimenter les discussions.
- b) S'il existe un cadre systémique pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques et des stratégies nationales en matière de financement de la santé, et si celui-ci est utilisé à des fins de gouvernance.
- c) En lien avec le point b), si les données factuelles relatives au financement de la santé sont récoltées de façon à ce que les progrès vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle puissent être évalués à l'échelle du système.

- d) Si les données sur le financement de la santé et les données sur les activités et la performance sont combinées pour permettre aux instances de gouvernance de remplir leurs fonctions.
- e) Si des évaluations et des recherches appliquées à l'élaboration des politiques plus approfondies sont menées et mises à la disposition du public.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les informations requises pour le suivi ne sont pas générées de façon systématique et peu d'évaluations sont menées, sauf dans le cadre de certains programmes. Il n'existe pas de méthode de collecte de données commune dans le système de santé, et les données issues d'enquêtes menées auprès des ménages sont peu utilisées à des fins de gouvernance.*

Les comptes nationaux de la santé n'ont pas été présentés ou ne l'ont pas été récemment, et aucune étude n'a été menée sur la protection financière au cours des dernières années. Il n'existe pas ou il existe peu d'évaluations approfondies sur les mauvaises performances en matière de financement de la santé. Des informations montrant le lien qui existe entre les dépenses et la performance sont disponibles pour certains dispositifs ou programmes, notamment pour ceux qui sont financés par des sources externes, mais ces informations ne sont pas intégrées dans les systèmes de données du secteur de la santé. Lorsque la collecte de données est automatisée, elle est limitée et parfois, aucun code standard n'a été défini pour les établissements de santé, les caractéristiques des patients, les produits diagnostiques, les procédures, etc. Par exemple, un établissement de santé peut être enregistré comme étant certifié par le Ministère de la santé ou un organisme connexe, et un autre établissement en tant qu'entreprise agréée par le Ministère des finances, ce qui rend très difficile l'intégration des données et la génération d'informations pertinentes pour les instances de gouvernance.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Il existe des mécanismes de suivi, mais ceux-ci ne sont pas systématiquement mis en œuvre et sont fortement tributaires des organismes extérieurs. L'utilisation des données issues d'enquêtes menées auprès de ménages a augmenté, mais leur intégration avec d'autres données est difficile. La gouvernance demeure faible.*

Une étude sur les comptes nationaux de la santé a été menée au cours des deux dernières années et des évaluations ont été effectuées. Cependant, elles ne sont pas régulières et sont réalisées à l'initiative de bailleurs de fonds extérieurs. Il existe peu de données montrant que les informations sur les dépenses et les résultats des évaluations sont utilisés pour orienter les décisions prises par les instances de supervision en matière de politiques. La triangulation des données sur le financement de la santé, des données sur les dépenses de santé et de données provenant d'autres sources (enquêtes auprès des ménages, données sur les activités des prestataires par exemple) a commencé. L'intégration des données sur le financement de la santé dans l'architecture de la cybersanté émergente (création d'une terminologie commune par exemple) est en train d'être discutée. Des codes standard sont utilisés pour les établissements de santé publics, mais pas pour les établissements privés.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Il existe un cadre pour le suivi et l'évaluation, et des études sur les comptes nationaux de la santé, des études sur la protection financière et des évaluations sont réalisées de façon plus régulière.*

Les instances chargées de la gouvernance reçoivent régulièrement des informations de qualité, mais une ventilation supplémentaire est nécessaire pour évaluer, par exemple, si la répartition entre les dispositifs, c'est-à-dire au niveau du système, est équitable. Les évaluations vont au-delà de la description et analysent les causes sous-jacentes, en se basant sur des hypothèses claires relatives aux effets escomptés des réformes et des politiques. Des recherches appliquées aux politiques sont menées par divers acteurs et il existe des données qui montrent que les instances chargées de la gouvernance les utilisent. Les systèmes de données relatifs au financement de la santé sont mieux intégrés dans l'architecture de la cybersanté, et des identifiants communs ont été mis en place.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Il existe un système de suivi et d'évaluation en matière de financement de la santé bien conçu, et des données de haute qualité sont systématiquement fournies et utilisées pour orienter les instances chargées de superviser le financement de la santé et informer le public sur les progrès accomplis.*

Des données de qualité sur le financement de la santé, relatives aux dépenses de santé (fournies annuellement) et à la protection financière (disponibles tous les cinq ans), existent et sont analysées avec les données relatives à la performance, afin de permettre aux instances chargées de la gouvernance, qui les utilisent pour ajuster les politiques et demander aux organismes chargés de la mise en œuvre des comptes par rapport aux priorités et aux stratégies convenues, d'effectuer une évaluation à l'échelle du système. La plupart des données proviennent des statistiques produites de façon systématique par le gouvernement et les systèmes parallèles ne sont pas nécessaires. Les systèmes de données relatifs au financement de la santé sont pleinement intégrés dans l'architecture de la cybersanté et dans le cadre plus large de l'administration électronique. Les évaluations sont utilisées pour prendre des décisions concernant la révision des stratégies de financement de la santé et concernant des politiques sanitaires plus générales. Des mécanismes complets de protection de la vie privée et des données ont été mis en place. Des comptes sont rendus au public par l'entremise du parlement par exemple ou via la présentation de rapports annuels accessibles au public.

## 5. MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

*L'ÉVALUATION DE CE DOMAINE PERMET DE DÉTERMINER S'IL EXISTE UN ÉNONCÉ DE POLITIQUE CLAIR QUI TIENT COMPTE DES DONNÉES FACTUELLES MONDIALES, TANT EN CE QUI CONCERNE LE NIVEAU DES FONDS RÉCOLTÉS POUR LA SANTÉ QUE LA COMBINAISON DES SOURCES DE REVENUS. LE TAUX D'EXÉCUTION DU BUDGET EST ÉGALEMENT ÉVALUÉ, DE MÊME QUE L'UTILISATION DE MESURES FISCALES DIRECTES POUR INFLUENCER LA SANTÉ. PLUSIEURS DE CES ATTRIBUTS ONT UN LIEN DIRECT AVEC LA SECTION RELATIVE À LA GESTION DES FINANCES PUBLIQUES.*



CARACTÉRISTIQUES SOUHAITABLES EN CE QUI CONCERNE LA MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES *		QUESTIONS
RR1	Les dépenses de santé reposent principalement sur des sources de financement publiques ou obligatoires.	revpol (2.1) prgrsv (2.4) bdgtcntrl (6.4)
RR2	Le niveau du financement public (et extérieur) peut être prévu sur plusieurs années.	predict (2.2) bdgtprcss (6.3)
RR3	Le flux des fonds publics (et extérieurs) est stable et le taux d'exécution du budget est élevé.	stable (2.3) pfmalloprty (6.2) bdgtprcss (6.3) bdgtcntrl (6.4)
RR4	Des mesures fiscales ont été mises en place pour inciter les personnes et les entreprises à adopter un comportement plus sain.	hlthtax (2.5)

\* Les attributs souhaitables définissent des situations idéales pertinentes pour chaque domaine évalué.

## Question 2.1 (revpol) :

La stratégie de votre pays en matière de mobilisation des ressources domestiques tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question concerne spécifiquement la politique, la stratégie et la vision du pays par rapport à l'augmentation des recettes en faveur de la santé. La politique en matière d'augmentation des recettes repose sur deux éléments principaux : le niveau de financement et la combinaison des sources de revenus. À mesure que les pays s'enrichissent, le gouvernement a tendance à consacrer un pourcentage plus élevé de son budget au secteur de la santé, et les dépenses publiques occupent une place de plus en plus prépondérante dans les dépenses de santé globales. Des données prouvent également que plus le financement public occupe une place prépondérante, plus les systèmes de santé sont performants en matière de couverture sanitaire universelle. Par exemple, les paiements directs au point de service ont tendance à diminuer, et l'accès et la protection financière augmentent. Par « recettes publiques », on entend celles qui sont obligatoires, prépayées et mises en commun. Dans les systèmes de santé fortement tributaires du financement privé, les patients sont facturés en fonction de leurs besoins sanitaires, et vu le coût élevé de nombreux services, beaucoup de besoins demeurent insatisfaits, ce qui représente un obstacle important à la couverture sanitaire universelle.

Concernant le niveau de financement, un certain nombre de cibles ont été définies en fonction des priorités sanitaires, du niveau de dépenses publiques par habitant et des fonds alloués aux soins de santé primaires. Il n'existe pas de chiffre magique ou de bon niveau en ce qui concerne les dépenses (des données prouvent que la performance varie considérablement, quel que soit le niveau des dépenses), mais si le niveau des dépenses publiques est très bas, peu de progrès seront accomplis vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

S'agissant de la combinaison des sources de revenus, il est plus utile de penser aux dispositifs publics et privés en termes de régimes obligatoires ou volontaires. Les dispositifs volontaires à but non lucratif tels que les mutuelles par exemple ont une incidence très limitée du point de vue de leur portée et rencontrent les mêmes problèmes d'antisélection que les dispositifs d'assurance à but lucratif. En outre, les dispositifs d'assurance obligatoires financés par des taxes prélevées sur les salaires ont une portée limitée lorsque l'emploi informel est prépondérant et peuvent aggraver les inégalités en matière d'accès aux services. Les initiatives en faveur de l'assurance-maladie devraient reconnaître la nécessité d'injecter massivement des fonds en ouvrant des crédits au budget général.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Recherchez des énoncés de politique dont l'objectif est de privilégier et augmenter la prépondérance du recours aux dépenses publiques, et d'accroître le niveau des dépenses publiques réelles par habitant (lorsque celles-ci sont faibles relativement à d'autres pays par exemple). Vérifiez que ces énoncés s'accompagnent de réelles augmentations. Recherchez des énoncés de politique ou des initiatives qui ont pour but d'accroître la mobilisation de ressources domestiques. Évaluez les initiatives telles que les dispositifs d'assurance et déterminez s'ils seront financés par les recettes générales (souhaitable), des taxes prélevées sur les salaires (moins souhaitable lorsque le niveau de l'emploi informel est élevé) ou des contributions volontaires (moins souhaitable, compte tenu des restrictions en matière d'augmentation et des problèmes d'antisélection). Au-delà des énoncés de politique, examinez les indicateurs pertinents et l'évolution des tendances avec le temps.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*La politique ou la stratégie en matière de mobilisation de ressources domestiques traduit une mauvaise compréhension des leçons à tirer de l'expérience acquise sur le plan international.*

Les sources de financement public obligatoires sont minimales par rapport aux dépenses de santé totales (plus de 60 % des fonds proviennent de paiements directs par exemple), et invariablement, lorsque les décisions en

matière d'allocation budgétaire sont prises, la santé ne constitue pas une priorité (elle représente moins de 8 % des dépenses publiques, par exemple). L'énoncé de politique tient pour acquis que d'importants revenus peuvent être mobilisés au moyen de contributions volontaires ou qu'il est facile de transformer des paiements directs en prépaiements grâce à des dispositifs d'assurance.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*La politique ou la stratégie traduit une compréhension limitée de l'importance du financement public, mais elle n'est pas réaliste ou il n'existe pas de plan de mise en œuvre clairement défini.*

La recommandation selon laquelle les systèmes de santé devraient dépendre principalement de « sources obligatoires » signifie qu'ils devraient être financés principalement par une forme d'impôt, mais pas que tout le monde devrait, par exemple, payer une contribution financière pour adhérer à un dispositif d'assurance-maladie et être davantage protégé. Des objectifs en matière de dépenses irréalistes peuvent encore être visés, sans être accompagnés de plans de mise en œuvre clairement définis. Les données montrent que la plupart des recettes proviennent d'une combinaison de sources extérieures (donateurs) et privées (des paiements directs principalement, mais aussi des contributions au titre de l'assurance-maladie volontaire) ; et la santé ne constitue toujours pas une priorité en matière de dépenses publiques, par rapport aux pays à revenu similaire, et ce malgré une récente augmentation.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*La politique ou la stratégie traduit une compréhension claire des principales leçons à retenir concernant l'importance d'augmenter le financement public, mais certains aspects restent problématiques.*

Les orientations politiques traduisent un plus grand réalisme à l'égard des objectifs en matière de dépenses et une prise de conscience qu'il n'est pas souhaitable d'étendre l'assurance-maladie volontaire. Des questions sont posées concernant l'utilisation de subventions fiscales pour encourager l'adhésion. Bien que la plupart des recettes proviennent de sources publiques ou obligatoires (recettes budgétaires du gouvernement et cotisations au titre de l'assurance-maladie sociale obligatoire par exemple), les sources privées jouent un rôle important (elles représentent 30 % ou plus des recettes). La part du secteur de la santé dans les dépenses publiques est demeuré stable ou a régulièrement progressé.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*La politique ou la stratégie reconnaît qu'il est nécessaire de recourir principalement au financement public, d'une manière qui soit réaliste sur le plan fiscal, et d'envisager le rôle complémentaire explicite du financement privé dans un cadre politique global.*

La santé est principalement financée par des sources publiques ou obligatoires, et les sources privées jouent un rôle minime (elles représentent moins de 20 %) mais clairement défini dans le financement total, ce qui montre les limites des contributions volontaires. Une priorité moyenne à élevée est accordée à la santé dans les dépenses publiques globales, et les subventions inéquitables accordées aux dépenses de santé privées sont minimales ou complètement évitées.

### **i INDICATEURS QUANTITATIFS**

Plusieurs indicateurs utiles pour cette question sont examinés ci-dessous, et les dernières données relatives à chaque indicateur disponible dans votre pays figurent dans le tableau de bord associé. Veuillez passer en revue ces données et dans la mesure du possible, obtenir des informations sur le plan local en ce qui concerne les années les plus récentes. **Les dépenses générales du gouvernement (en pourcentage du PIB)** donnent une idée de la capacité budgétaire globale du gouvernement. Cela est important dans la mesure où, même si une priorité élevée était accordée au secteur de la santé dans les allocations budgétaires, ce qui se refléterait dans les **dépenses de santé du gouvernement par habitant (en pourcentage des dépenses générales du gouvernement)**, le montant dépensé par le gouvernement par personne (**dépenses de santé du gouvernement par habitant**) pourrait demeurer faible. Cela soulève la question plus générale des finances publiques. Bien qu'il ne s'agisse pas là du rôle principal des ministères de la santé, elles ont une grande importance et devraient par

conséquent constituer un sujet de préoccupation. Les **dépenses de santé du gouvernement par habitant (en pourcentage du PIB)** sont un indicateur mixte qui combine la capacité budgétaire du gouvernement et le niveau de priorité accordé à la santé. La répartition entre **financements publics, privés et extérieurs** donne une idée de la mesure dans laquelle les fonds publics prédominent par rapport aux fonds privés (les paiements directs surtout), et les données relatives aux financements extérieurs traduisent une dépendance envers les organismes extérieurs et leur influence potentielle.

## Question 2.2 (predict) :

Dans quelle mesure le financement public des dépenses de santé est-il prévisible sur plusieurs années dans votre pays ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question concerne la prévisibilité du financement du secteur de la santé par des fonds publics ; cette prévisibilité est essentielle pour une planification et une fourniture efficaces des services de santé et pour éviter des interruptions de services. Un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) rend les recettes plus prévisibles, tout comme le permettrait le fait d'inscrire tous les financements extérieurs éventuels au budget, autrement dit de les faire passer par des systèmes publics nationaux, plutôt que par des canaux parallèles pour la budgétisation et la présentation de rapports. Tenez compte des fonds publics nationaux et des fonds provenant de sources extérieures qui transitent par les systèmes publics nationaux lorsque vous répondez à cette question.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Cette question a pour but de vérifier l'existence d'un processus budgétaire pluriannuel dans le pays, qui se sert du CDMT (ou d'un outil similaire) pour planifier et prévoir les futurs financements. Elle permet aussi de déterminer si le CDMT est mis en œuvre de manière efficace, et jusqu'à quel point le budget annuel alloué au Ministère de la santé est conforme aux prévisions du CDMT.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Il n'existe pas de budgétisation prévisionnelle ou il en existe peu, et le montant des fonds publics alloués à la santé varie de façon importante ou importante d'une année à l'autre (et quand des fonds sont disponibles, il s'agit de financements extérieurs).*

Le pays n'a pas recours à une planification budgétaire prévisionnelle systématique, c'est-à-dire qu'il ne dispose pas d'un processus budgétaire pluriannuel basé sur l'élaboration d'un CDMT. En conséquence, l'enveloppe des ressources consacrées à la santé n'est pas clairement établie et est imprévisible. Aucun scénario de recettes pluriannuel n'est prévu par le gouvernement et il n'existe pas de cadre de dépenses pour le secteur, ni de plan à plus long terme concernant les financements extérieurs, etc.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Il existe des scénarios en ce qui concerne les recettes et les dépenses, mais la capacité de prévoir le montant des fonds publics qui seront alloués au secteur de la santé demeure faible.*

Les ajustements budgétaires en cours d'année sont fréquents et les flux d'aide provenant de l'extérieur sont hors budget. Il existe un CDMT, mais celui-ci est de mauvaise qualité. Les recettes sont surestimées et les fonds qui seront disponibles dans le futur sont difficiles à prévoir. Il n'existe pas de lien entre le CDMT et le processus budgétaire annuel. Les scénarios concernant les recettes publiques sont inexacts et le gouvernement central ne parvient pas à influencer les processus de planification et de budgétisation des autorités décentralisées.

#### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Le montant des fonds publics qui seront alloués au secteur de la santé est relativement prévisible en raison du bon fonctionnement des processus budgétaires.*

Par exemple, il existe des prévisions fiables concernant les recettes, un processus d'établissement du budget clair, ainsi qu'un lien entre les plans à moyen terme et les processus budgétaires annuels. De même, le gouvernement collabore régulièrement avec les autorités infranationales en ce qui concerne la planification et

la budgétisation. Cependant, certains problèmes subsistent, notamment la non-prise en compte du caractère fongible de l'aide, etc.

#### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Le montant des fonds publics qui seront alloués à la santé est hautement prévisible.*

Dans ce cas de figure, il existe par exemple des prévisions précises en ce qui concerne les recettes, et des informations sur les plafonds budgétaires sectoriels sont disponibles. Il existe un CDMT de bonne qualité, et les secteurs de la santé et des finances se concertent sur un cadre spécifique pour la santé, qui est utilisé pour élaborer des budgets triennaux glissants. Un CDMT relatif à la santé a été présenté et constitue un bon indicateur du montant du budget qui sera alloué au Ministère de la santé chaque année. Il existe un lien clairement établi entre le CDMT et les processus d'élaboration du budget. Le gouvernement central et les autorités infranationales collaborent étroitement en ce qui concerne la planification et la budgétisation, les flux d'aide provenant de l'extérieur sont inscrits au budget, et les baisses potentielles du financement national sont incluses dans les négociations et la planification.

#### **i INDICATEURS QUANTITATIFS**

Extrait de la base de données PEFA (dépenses publiques et responsabilité financière), l'indicateur **PI-21 (prévisibilité des ressources qui seront allouées en cours d'année)** permet de d'évaluer jusqu'à quel point le ministère des finances central est en mesure de prévoir les engagements et les besoins de trésorerie, et de fournir des informations fiables sur la disponibilité des fonds aux unités budgétaires, aux fins de la prestation de services. Les pays qui disposent de données reçoivent une note allant de A (élevée) à D (faible). Il convient de noter que cet indicateur concerne les dépenses publiques en général et pas uniquement les dépenses de santé publiques.

D'autres informations sur le contexte peuvent être obtenues à partir des informations prospectives ou des séries chronologiques disponibles sur des indicateurs tels que les dépenses de santé du gouvernement par habitant (en pourcentage des dépenses générales du gouvernement), ainsi que dans l'outil GGHE pc, disponible sur le tableau de bord relatif aux indicateurs connexe.

### Question 2.3 (stable) :

À quel degré le flux de fonds publics vers les prestataires de soins de santé est-il stable ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

La portée de cette question dépasse le cadre de l’approbation des budgets et concerne la qualité de l’exécution de ces budgets. L’exécution médiocre du budget constitue un problème majeur dans de nombreux pays et sert souvent de contre-argument aux efforts déployés pour augmenter les crédits budgétaires alloués à la santé. Réfléchissez aux raisons sous-jacentes de cette situation, telles que la surestimation des recettes, le décalage entre la planification et la budgétisation, l’absence d’un processus formel de préparation du budget, les retards dans la mise en œuvre des réformes de la Gestion des Finances Publiques (GFP) ou le caractère irréaliste des plans fondés sur des données peu fiables. Parmi les autres raisons, on peut citer le retard ou le mauvais alignement des décaissements ou du déblocage des fonds, la faiblesse des capacités du Ministère de la santé en matière de planification des dépenses et les retards dans la passation des marchés. Tous ces facteurs ont une incidence sur la stabilité des flux de fonds destinés aux prestataires de soins de santé. L’instabilité des flux de fonds peut entraîner des retards dans le paiement des salaires et des ruptures de stock de fournitures essentielles, ce qui peut nuire à l’efficacité d’autres interventions, telles que l’achat stratégique.

#### **i** QU’EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Les progrès dans ce domaine se traduisent par des mesures propres à atténuer la mauvaise exécution du budget et les perturbations dans le flux des fonds destinés aux prestataires de soins de santé. Les critères sont notamment :

- la qualité de la prévision des dépenses ;
- des mesures anticycliques pour lisser les dépenses ;
- le déblocage des fonds en temps voulu ;
- des systèmes transparents de gestion de la trésorerie ;
- les entités infranationales bénéficient d’une certaine souplesse pour réaffecter les dépenses ;
- les délais de traitement des demandes de remboursement et des paiements (pour les fonds d’assurance) sont courts.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les budgets de santé aux niveaux central et infranational, ainsi qu’au niveau de l’agence d’assurance-maladie obligatoire (AMO) le cas échéant, sont rarement exécutés conformément aux prévisions.*

Il est fréquent que le budget de santé ne respecte pas les principes de base de la discipline budgétaire. Cette situation peut s’expliquer par de mauvaises prévisions de recettes, entraînant des flux de recettes insuffisants ou imprévisibles, un déblocage tardif ou irrégulier des fonds, des changements dans la hiérarchisation des priorités en milieu d’année, des contrôles rigides des lignes budgétaires et des capacités très inégales des entités infranationales. C’est la logique d’un budget de trésorerie qui est en place ; il expose le secteur à des risques de pénurie de fonds. Il en résulte un problème important, celui de la sous-exécution des budgets.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les budgets de santé sont parfois exécutés conformément aux prévisions.*

L'exécution du budget de santé est conforme aux principes de base de la discipline budgétaire, mais comporte quelques insuffisances, notamment une sous-utilisation des crédits ou des procédures exceptionnelles. Problèmes similaires à ceux du niveau 1 mais moins graves ; les recettes provenant de l'AMO (le cas échéant) arrivent irrégulièrement avec de longs délais entre la soumission des demandes de remboursement et les paiements, les politiques en place concernant les réserves sont peu claires, il y a des délais de versement des cotisations et des transferts budgétaires, etc.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les budgets de santé (y compris le fonds de l'AMO) sont généralement exécutés conformément aux prévisions.*

Des problèmes similaires mais moins graves par rapport au niveau 2. Cependant, ni le gouvernement ni le fonds d'AMO ne disposent de mécanismes anticycliques solides pour lisser les dépenses en cas de chute inattendue des recettes. La sous-utilisation ou le dépassement des crédits est limité sur une base annuelle, mais des retards subsistent dans le déblocage des fonds, par exemple sur une base trimestrielle.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Le flux de fonds publics vers le secteur de la santé est très stable.*

Grâce à une bonne prévision des recettes, au processus de formulation du budget, à l'exécution en temps voulu des budgets approuvés conformément aux prévisions, et aux réserves ou autres mécanismes d'allocation anticycliques mis en place pour lisser les flux financiers en cas de rentrées de recettes moins importantes que prévu. Un système de gestion de trésorerie transparent et fiable permet de débloquer des fonds en temps voulu en faveur des prestataires de services de première ligne. Les cas de sous-exécution importante sont rares.



### **INDICATEURS QUANTITATIFS**

Extrait de la base de données PEFA (Dépenses publiques et responsabilité financière), l'indicateur PI-1 *Taux de réalisation global des dépenses* mesure à quel degré les dépenses budgétaires agrégées effectives correspondent au montant initialement approuvé, tel que défini dans les documents budgétaires et les rapports budgétaires du gouvernement. Cet indicateur évalue la crédibilité du budget en calculant la mesure dans laquelle les dépenses globales réelles s'écartent du budget initial sur les trois dernières années pour lesquelles des données sont disponibles (y compris les dépenses financées par des prêts ou des dons extérieurs inscrits au budget, ainsi que le crédit pour éventualités et les intérêts sur la dette). Si l'on note un écart constant entre les dépenses et le budget initial, cela révèle des problèmes de qualité de la planification budgétaire ou des difficultés dans l'exécution du budget.

Les pays pour lesquels des données sont disponibles reçoivent une note allant de A (élevé) à D (faible). Il convient de noter que cet indicateur porte sur les dépenses publiques en général et n'est pas spécifique aux dépenses publiques de santé. Vous trouverez des évaluations PEFA détaillées ici :

[https://www.pefa.org/assessments?c\\_ids\[\]=95](https://www.pefa.org/assessments?c_ids[]=95)

D'autres informations contextuelles utiles peuvent être obtenues à partir de données de tendances ou de séries chronologiques sur des indicateurs tels que les Dépenses publiques domestiques générales de santé par habitant et les dépenses publiques domestiques générales de santé par habitant rapportées sur les dépenses publiques générales.

## Question 2.4 (prgrsv) :

Dans quelle mesure les différentes sources de recettes sont-elles mobilisées de manière progressive ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question **ne concerne pas le volume de fonds mobilisés** ou dépensés pour la santé, **mais plutôt la manière** dont **l'argent est mobilisé** et la répartition des charges. Cette question fait écho à l'objectif explicite « d'équité dans le financement » énoncé dans des résolutions mondiales et dans de nombreuses déclarations politiques nationales, qui accordent une importance au financement « équitable » des systèmes de santé. La mesure dans laquelle cette affirmation se vérifie varie d'un pays à l'autre et, au sein d'un même pays, au fil du temps. Le soutien au financement équitable se traduit par des mécanismes de financement solidaire en faveur du secteur, c'est-à-dire un financement public. Une mesure de la charge de financement, c'est-à-dire la manière dont elle est répartie par rapport à la capacité, peut alors être classée comme *progressive*, *proportionnelle* ou *régressive*. *Progressif* signifie que la charge financière (pourcentage du revenu) est plus élevée pour les personnes plus riches que pour les personnes moins nanties ; *régressif* signifie que la charge (pourcentage du revenu) est plus élevée pour les personnes moins nanties ; *proportionnel* signifie que la charge est la même quel que soit le niveau de revenu.

Il convient d'évaluer le caractère progressif ou régressif de chaque source de recettes utilisée pour financer le système de santé ; ensuite, le calcul de la part relative de chaque source dans les dépenses totales de santé est nécessaire pour évaluer le caractère progressif ou régressif du financement global. La structure des différentes sources de recettes pour le financement de la santé varie d'un pays à l'autre, mais les données mondiales suggèrent ce qui suit :

- **Recettes du budget général** : généralement un mélange d'impôts indirects (par exemple, accises, TVA) et d'impôts directs (par exemple, impôt sur le revenu, impôt sur le bénéfice des sociétés). Les impôts directs sont généralement conçus pour être progressifs, tandis que les impôts indirects ont tendance à être quelque peu régressifs (à moins que des exonérations n'existent pour des produits de première nécessité tels que les denrées alimentaires et les articles consommés principalement par les pauvres).
- Les cotisations (obligatoires) à l'**AMO** – sont généralement fixées proportionnellement aux revenus. Ces cotisations peuvent devenir régressives lorsque les pays fixent des plafonds au montant maximum de la cotisation (de sorte que ceux qui ont un revenu supérieur à ce plafond paient effectivement un taux inférieur).
- **Les paiements directs des soins de santé par les ménages** sont traditionnellement régressifs, mais apparaissent parfois dans les études comme progressifs ; ce résultat découle du fait que les personnes les plus pauvres ne sollicitent pas de soins ou le font beaucoup moins, ce qui entraîne une diminution de leurs paiements directs de santé.
- **Prépaiement volontaire** pour l'assurance-maladie : il peut s'agir de régimes d'assurance à but lucratif ou non. Les cotisations peuvent être progressives ou régressives en fonction de la personne qui souscrit la police d'assurance-maladie. Les subventions fiscales pour la souscription de polices d'assurance-maladie volontaire sont généralement très régressives ; les prestations offertes par l'assurance-maladie volontaire ont également tendance à être très régressives.

Si possible, compilez les taux d'imposition pour les différentes sources de recettes, examinez comment ils varient d'une tranche de revenu à l'autre et recherchez des exonérations importantes ; il est possible qu'un département d'économie d'une université, ou éventuellement une des banques de développement ou le Fonds monétaire international (FMI), ait fait une telle analyse, c'est-à-dire de la progressivité des recettes publiques.

## **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Bien qu'il n'existe pas de niveau de financement correct, ni total ni public, il est souhaitable, compte tenu des faits, de s'orienter vers une dépendance croissante à l'égard des sources publiques. Il est également souhaitable de réduire la dépendance à l'égard des paiements directs de santé au point de service, en particulier lorsque la corrélation attendue avec les performances en matière de couverture sanitaire universelle se vérifie. Idéalement, des séries chronologiques sont disponibles pour les informations identifiées ci-dessus, afin de donner une idée de l'évolution de la situation. Bien que les données soient le principal déterminant de l'évaluation globale, il convient de rechercher toute discussion et tout effort sérieux susceptibles d'améliorer la situation, par exemple des propositions visant à renforcer le recouvrement de l'impôt ou à le rendre plus progressif, même si leur mise en œuvre est difficile.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*La plupart des sources de recettes ont un caractère fortement régressif, c'est-à-dire que le paiement n'est pas basé sur la capacité de payer en raison, par exemple, de faibles niveaux de recettes publiques entraînant une forte dépendance à l'égard des paiements directs de santé*

Dans ce scénario, les paiements directs de santé dominent, représentant généralement plus de 50 % des dépenses de santé courantes ; en outre, les recettes générales sont largement régressives, par exemple sur la base des impôts indirects avec peu d'exonérations. En outre, il y a peu de dialogue ou de mesures visant à accroître la dépendance à l'égard des sources de recettes à caractère progressif.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Le recours accru aux sources de recettes publiques atténue dans une certaine mesure les inégalités dans les paiements de santé, mais des inégalités importantes subsistent dans la conception des politiques.*

À titre d'exemple, les cotisations à l'AMO sont un montant fixe plutôt que des pourcentages, les plafonds de cotisation sont bas, ce qui favorise les personnes ayant des revenus plus élevés, et il existe des subventions fiscales pour la souscription volontaire à un régime d'assurance-maladie privée.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Le recouvrement des recettes est conçu de sorte à favoriser l'équité, mais bute sur des obstacles contraignant une mise en œuvre efficace.*

Par exemple, l'évasion fiscale, le non-respect du paiement de l'impôt ou des cotisations d'assurance. Toujours est-il que, dans l'ensemble, le système repose principalement sur des sources publiques ou obligatoires.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*La plupart des sources de recettes sont très équitables, c'est-à-dire que le paiement est principalement basé sur la capacité de payer.*

Par exemple, pas de plafonds de contribution aux charges sociales pour l'AMO, élargissement de l'assiette fiscale des seuls salaires à tous les revenus, et avec des niveaux relativement faibles de dépenses totales de santé provenant des cotisations paiements directs de santé ou des assurances-maladies volontaires (et sans subventions fiscales pour ces dernières).

## **i** INDICATEURS QUANTITATIFS

- Examiner les tendances de la composition des recettes du secteur public et du secteur privé en utilisant les classifications des régimes de financement des Comptes nationaux de la santé.
- Rechercher des analyses locales effectuées sur les recettes publiques, par exemple le dosage entre les impôts directs et indirects. Certaines études calculent un indice Kakwani comme mesure de la progressivité.

- Examiner la structure des impôts directs et indirects, par exemple le taux d'imposition augmente-t-il en fonction du revenu ? Existe-t-il des exonérations de TVA pour les produits de première nécessité, par exemple les denrées alimentaires ?
- En ce qui concerne l'assurance-maladie/les impôts sur les salaires, cherchez à savoir si les cotisations sont des montants fixes ou un pourcentage et, dans ce dernier cas, si le pourcentage varie en fonction de la tranche de revenu.

## Question 2.5 (taxe santé) :

À quel degré les pouvoirs publics se servent-ils des impôts et des subventions comme instruments pour influencer sur les comportements en matière de santé ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Les pouvoirs publics peuvent (et bon nombre le font) recourir à des mesures fiscales (taxes et subventions) pour faire face aux externalités négatives découlant de la consommation de produits nocifs, tels que le tabac, l'alcool, les breuvages sucrés et les combustibles fossiles. Inversement, les pouvoirs publics contribuent parfois aux problèmes de santé en encourageant des comportements malsains, notamment par le biais de subventions aux combustibles fossiles. Cette question s'intéresse à la mesure dans laquelle les pouvoirs publics utilisent les politiques fiscales comme instruments de santé publique.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Cette question porte spécifiquement sur l'utilisation explicite des taxes et des subventions comme instrument de santé publique. Si les recettes générées au moyen de ces instruments peuvent être substantielles, elles sont abordées dans la question 2.3 sur la stabilité des flux de financement sur la composition globale des sources de recettes. Outre le fait qu'ils permettent de mobiliser des recettes, les impôts liés à la santé sont importants car ils réduisent également les externalités négatives, et partant, les coûts de santé connexes. Afin de garantir l'efficacité du régime fiscal relatif à la santé, il est nécessaire de veiller à ce que les taxes soient conçues et augmentées de manière à réduire l'accessibilité financière des produits nocifs. Pour plus d'informations concernant les mesures fiscales en faveur de la santé en particulier, voir la [brochure de l'OMS](#) sur les taxes sanitaires. Les éléments clés d'un régime fiscal favorable à la santé sont notamment les suivants :

- **Structure de l'impôt** : désigne le type d'impôt et la manière dont il est appliqué. Les taxes sanitaires sont des droits d'accise plutôt que des taxes de vente ou des droits de douane. Les droits d'accise peuvent consister en une taxe spécifique (par unité) ou une taxe ad valorem (pourcentage de la valeur) ou un système mixte spécifique et ad valorem. En général, les taxes spécifiques, ou les systèmes mixtes où la composante spécifique est supérieure à la composante ad valorem, sont considérés comme les meilleures pratiques. Les systèmes uniformes (c'est-à-dire un taux unique pour tous les produits) sont considérés comme une bonne pratique, tandis que les systèmes à plusieurs niveaux ne sont pas encouragés, sauf s'ils font partie des seuils relatifs à la teneur en alcool ou en sucre. L'assiette fiscale est également importante. Pour les taxes spécifiques, l'assiette est généralement le nombre de cigarettes/paquets ou le volume de la boisson. Les systèmes plus complexes peuvent prendre comme base la teneur en alcool ou en sucre. Il convient de prêter attention à l'assiette des taxes ad valorem. Les systèmes ad valorem qui ont pour base le prix de détail sont préférés à ceux dont la base est le prix de gros, le prix départ usine ou le prix englobant l'assurance et le fret (CAF).
- **Taux d'imposition** : des taux d'imposition plus élevés entraînent des prix plus élevés, en particulier lorsque les structures fiscales appropriées sont appliquées. L'OMS recommande que les droits d'accise sur le tabac représentent au moins 70 % du prix de vente au détail (ou que la taxe totale en représente au moins 75 %). Des documents d'orientation concernant les taxes sur l'alcool et les breuvages sucrés sont en cours d'élaboration.
- **Accessibilité économique** : l'objectif stratégique est de réduire l'accessibilité économique des produits. Des régimes fiscaux bien conçus peuvent s'avérer insuffisants, et le gouvernement devrait évaluer les tendances en matière de prix et d'accessibilité économique et augmenter régulièrement les taxes pour s'assurer de la réduction de l'accessibilité économique au fil du temps.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les taxes sanitaires n'ont pas de base juridique, elles ne sont pas utilisées comme un instrument pour influencer la consommation, et il peut exister des subventions qui sont nuisibles à la santé.*

À ce stade, il n'existe pas de base juridique pour les taxes sanitaires ou alors très peu (peut-être une) peuvent exister ; cependant, elles sont mal conçues et s'écartent des meilleures pratiques de l'OMS. Par exemple, les structures de l'impôt peuvent être mal conçues ou les taux d'imposition peuvent être bien inférieurs aux niveaux recommandés ou aux références régionales et mondiales, ce qui entraîne des prix bas ou devient, à la longue, plus accessible économiquement. Aucune justification sur le plan de la santé n'a été avancée pour leur mise en œuvre et, dans la mesure où elles existent, elles sont utilisées principalement pour la mobilisation de recettes. Des subventions peuvent exister ou sont largement utilisées (par exemple, les subventions pour les combustibles fossiles ou les subventions agricoles qui favorisent la production de tabac).

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les taxes sanitaires ont une base juridique, et certaines existent mais sont fixées à des niveaux trop bas pour influencer de manière appropriée les comportements malsains, et des subventions néfastes peuvent continuer à exister.*

Dans ce cas, certaines taxes sanitaires sont appliquées (le plus souvent sur le tabac et l'alcool) et on reconnaît le bien-fondé sur le plan sanitaire de leur mise en œuvre (par exemple, les taxes sur le tabac font partie d'une stratégie de lutte contre les maladies non-transmissibles). Cependant, de nombreux défis existent en matière de conception fiscale. Par exemple, les structures de l'impôt peuvent être mal conçues ou les taux d'imposition peuvent être bien inférieurs aux niveaux recommandés ou aux références régionales et mondiales, ce qui entraîne des prix bas ou devient, à la longue, plus accessible économiquement. Il peut y avoir des subventions ou elles sont largement utilisées (par exemple, les subventions pour les combustibles fossiles ou les subventions agricoles qui favorisent la production de tabac), mais leurs effets néfastes ont été reconnus.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Un régime fiscal est en place et porte sur au moins deux produits potentiellement dangereux, les subventions aux combustibles fossiles sont supprimées ou réduites et le gouvernement envisage d'augmenter les taux conformément aux orientations internationales.*

Les taxes sanitaires sont largement appliquées et leur fondement sur le plan de la santé constitue une forte motivation pour les décideurs politiques. Des taxes sanitaires supplémentaires sont probablement à l'étude ou déjà mises en œuvre (par exemple, les breuvages sucrés). De nombreux éléments tirés des meilleures pratiques sont présents et des progrès ont été réalisés dans la réforme des systèmes fiscaux afin de réduire les difficultés en matière de conception et de détermination des taux. Il en a résulté des augmentations des taxes et des prix et une réduction de l'accessibilité économique au cours des dernières années, mais il existe encore une marge de réforme, notamment des augmentations des taux d'imposition. La priorité est accordée à l'administration fiscale et à l'application de la législation, notamment aux progrès réalisés, y compris la mise en œuvre du Protocole sur le commerce illicite des produits du tabac. Les subventions néfastes ne sont pas largement utilisées et, lorsqu'elles existent, des efforts sont en cours pour les réduire davantage ou les supprimer. Le pays représente un bon exemple pour leurs groupes de pairs.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Des mesures fiscales sont mises en œuvre concernant toute une série de produits nocifs afin de décourager leur utilisation/consommation et sont fixées à des niveaux conformes aux orientations internationales.*

Les taxes sanitaires sont largement appliquées et leur fondement sur le plan de la santé constitue une forte motivation pour les décideurs politiques. Les meilleures pratiques en matière de structures de l'impôt sont présentes et les taux d'imposition sont suffisamment élevés et conformes aux critères de référence régionaux et mondiaux pour réduire la consommation et ont fait l'objet d'augmentations régulières pour garantir une réduction de l'accessibilité économique au fil du temps. L'administration fiscale et le recouvrement des impôts sont efficaces. Il n'existe pas ou peu de subventions néfastes et là où elles subsistent, leur suppression est envisagée. Le pays évalué représente un excellent exemple pour les autres.



## INDICATEURS QUANTITATIFS

- **L'accessibilité économique de la marque de cigarettes la plus vendue** : l'accessibilité économique est mesurée par le pourcentage du PIB par habitant nécessaire pour acheter 2 000 cigarettes (100 paquets) de la marque la plus vendue. Au fur et à mesure que la taxe augmente, les cigarettes deviennent moins accessibles économiquement. Une tendance positive du taux de croissance signifie que les cigarettes sont devenues moins accessibles économiquement, en moyenne, entre 2008 et 2018.
- **Part des droits d'accise (pourcentage du prix de la marque la plus vendue que représentent les droits d'accise)** : L'OMS recommande un objectif de 70 % en ce qui concerne la part des droits d'accise. Pour certains pays, la part totale des taxes peut être un meilleur indicateur que la part des droits d'accise ; la part totale des taxes comprend aussi les droits et prélèvements à l'importation.
- **Structure des taxes** : il s'agit du type de taxe (c'est-à-dire spécifique, ad valorem ou système mixte), du caractère uniforme ou progressif de la taxe et, dans le cas d'un système ad valorem ou mixte, de la base d'imposition. L'OMS recommande des systèmes spécifiques uniformes, ou des systèmes mixtes avec des composantes spécifiques plus importantes.

Des informations spécifiques à chaque pays sont disponibles pour chaque indicateur [ici](#).

## 6. LA MISE EN COMMUN DES RESSOURCES

<b>i</b>	<p><i>CET ASPECT DE L'ÉVALUATION PORTE SUR LES MODALITÉS DE LA MISE EN COMMUN DES FONDS POUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ. LE TERME « POOL » EST UTILISÉ POUR DÉSIGNER UN RÉGIME OU UN PROGRAMME DISTINCT, DOTÉ D'UN FINANCEMENT SPÉCIFIQUE, QUI S'ADRESSE À UN GROUPE DE POPULATION SPÉCIFIQUE, PAR EXEMPLE UN RÉGIME D'ASSURANCE DES FONCTIONNAIRES, OU UN ENSEMBLE DE SERVICES, PAR EXEMPLE UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. L'ÉTAPE 1 FOURNIT UNE DESCRIPTION DES PRINCIPAUX PROGRAMMES ET ACTIONS EN COURS DANS LE PAYS.</i></p>
----------	---

LES ATTRIBUTS SOUHAITABLES DE LA MISE EN COMMUN*.		QUESTIONS
<b>PR1</b>	<p>La structure et les mécanismes de mise en commun dans l'ensemble du système de santé renforcent le potentiel de redistribution des fonds prépayés disponibles.</p>	<p>prgrsv (2.4) poolpol (3.1) redistlim (3.2) revpool (3.4) vhisfill (3.5) pfmallocprty (6.2) scrtyresp (7.4)</p>
<b>PR2</b>	<p>Le système de santé et les fonctions de financement sont intégrés ou coordonnés sur l'ensemble des régimes et des programmes.</p>	<p>data4gov (1.3) poolpol (3.1) fragsolve (3.3) pfmallocprty (6.2) prgalgnplcy (7.1) prgpoolalgn (7.2) scrtyprep (7.3)</p>

\* Les attributs souhaitables définissent des situations idéales pertinentes pour chaque domaine d'évaluation.

### Question 3.1 (poolpol) :

La stratégie de votre pays en matière de mise en commun des ressources tient-elle compte de l'expérience et des données internationales ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question porte sur la politique, la stratégie ou la vision du pays concernant les modalités de mise en commun. Il existe des preuves solides que la fragmentation des dispositifs de mise en commun a des conséquences néfastes car, pour un niveau donné de financement prépayé, la fragmentation limite le potentiel de redistribution en fonction des besoins, ce qui signifie que la capacité à assurer une plus grande protection contre le risque financier et à permettre une plus grande équité dans la distribution des ressources aux services est moindre qu'elle ne le serait dans un pool plus important. En outre, la fragmentation entraîne souvent une duplication des responsabilités fonctionnelles entre les régimes et les programmes, ce qui dénote un manque d'efficacité. Il est donc généralement souhaitable d'adopter une politique ou une stratégie de financement de la santé qui vise à réduire la fragmentation ou à en atténuer les effets. Il convient cependant de reconnaître que la fragmentation des pools est souvent une question à forte charge politique, et que ce sont souvent les stratégies d'atténuation qui s'avèrent plus pertinentes que la lutte directe contre la fragmentation existante. En revanche, une stratégie pays qui accroîtrait explicitement la fragmentation du pool serait préoccupante.

Il existe également des preuves très solides que la souscription volontaire à un régime d'assurance-maladie, en particulier lorsqu'elle repose sur des cotisations individuelles, est victime d'un phénomène d'anti-sélection et échoue généralement. Par conséquent, les stratégies qui sont définies sur la base de l'espoir ou de la croyance que l'on peut simplement convaincre les individus d'adhérer ne correspondent pas à la réalité. Les approches fondées sur les cotisations à l'intention du secteur informel, qui impliquent des subventions et des intermédiaires locaux solides, restent un défi, mais elles reflètent au moins une approche politique plus éclairée que le simple espoir que les gens souscrivent et renouvellent leur adhésion chaque année. Dans l'ensemble, il est essentiel d'analyser la stratégie de mise en commun d'un pays dans une perspective systémique plutôt que de se concentrer sur un régime particulier.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Dans le cadre de l'évaluation de cette question, il convient de rechercher les déclarations politiques qui reconnaissent les problèmes de fragmentation et s'efforcent de les réduire ou de les atténuer d'une manière ou d'une autre ; ensuite, s'il existe des déclarations politiques relatives à l'assurance-maladie volontaire, il convient d'évaluer si les limites de cette approche sont reconnues.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*La politique ou stratégie est contraire aux principes clés et aux enseignements tirés des données internationales.*

Le pays prévoit-il de mettre en place différents régimes pour différents groupes de population (ou de répondre à chaque nouvelle priorité par un nouveau régime) ; de s'appuyer sur l'affiliation volontaire aux régimes de couverture ; de promouvoir l'assurance-maladie privée d'une manière qui alimentera l'inégalité (par exemple par des subventions fiscales) et contribuera à une plus grande segmentation de la population en différents régimes ; de se doter de systèmes d'information et d'autres dispositifs administratifs distincts pour chaque régime ou programme gouvernemental de couverture ?

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*La politique ou stratégie montre une certaine compréhension des principaux enseignements mais continue à segmenter la population sans qu'il y ait des mesures d'accompagnement ou de compensation, ou des changements dans le flux des recettes budgétaires existantes.*

Le manque de mesures d'accompagnement signifie que la politique part du postulat que les gens finiront par cotiser et adhérer à un programme, mais il n'y a pas de mesures d'incitation ou d'autres actions politiques pour accompagner cette démarche. Le manque de mesures compensatoires signifie que la politique ne tient pas compte de la probabilité que certains régimes – pour les personnes à revenu élevé en particulier – soient financés à un niveau par habitant beaucoup plus élevé que d'autres.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*La politique ou stratégie reflète les principales leçons tirées des données probantes, en réduisant la fragmentation ou en atténuant ses effets, mais les principaux défis, tels que les subventions fiscales pour l'assurance-maladie volontaire ou les régimes d'AMO distincts, ne sont pas entièrement traités.*

Des exemples de politiques visant à réduire la fragmentation seraient de réunir en un seul pool des sources de financement auparavant séparées (par exemple, les recettes du budget général et les cotisations à l'AMO). Les exemples d'atténuation des effets de la fragmentation peuvent inclure la consolidation ou la fusion de régimes financés à des niveaux inférieurs avec des subventions budgétaires accrues, et des mécanismes de « quasi-mise en commun » tels que la création de bases de données ou d'une plateforme de données communes à tous les régimes qui permettent de surveiller, par exemple, les différences dans l'utilisation des services. Dans de nombreux pays, un régime d'AMO distinct est mis en place pour les fonctionnaires ou autres travailleurs salariés.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

La politique ou stratégie tient compte des données et des principes fondamentaux sur la mise en commun, et elle est assortie d'actions explicites pour remédier à la fragmentation ou l'atténuer et pour surveiller ou ajuster les effets non voulus sur l'équité.

Comme pour le niveau 3, les mesures visant à remédier à la fragmentation peuvent inclure des mécanismes d'ajustement des risques, la fusion des régimes, la compensation entre les régimes, des informations communes et d'autres systèmes. Quant au suivi ou à l'ajustement des effets imprévus, un pool unifié peut par exemple contribuer à une plus grande iniquité dans l'utilisation des services s'il existe de grandes inégalités dans la disponibilité des services du côté de l'offre et si les mécanismes de paiement des prestataires canalisent les ressources du pool vers le lieu où se trouvent les services et les prestataires. Une stratégie « avancée » prendrait en compte ces possibilités et intégrerait des mesures d'atténuation.

### Question 3.2 (redistlim) :

Quel est le degré de faiblesse des capacités du système de santé à redistribuer les fonds prépayés ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question porte sur la manière dont les fonds sont distribués par le biais du système de santé et sur les critères, le cas échéant, qui déterminent ces allocations. Dans de nombreux systèmes de santé, les fonds ne sont pas affectés aux services ou aux populations définis comme prioritaires dans les documents de politique de santé ; ces fonds sont souvent répartis de manière inéquitable entre les différentes régions d'un pays, ce qui affecte à la fois la quantité et la qualité de l'offre de services.

Ici, nous examinons l'allocation de fonds au niveau intermédiaire du système de santé, par exemple du budget national aux organisations chargées des achats. On peut y remédier, par exemple, en utilisant une formule de répartition géographique. La question 4.1 (allocneeds) examine la manière dont les fonds sont alloués depuis les organismes acheteurs jusqu'aux prestataires.

Tant la théorie que les faits montrent que les dispositifs de mise en commun de grande taille, fondés sur un dosage des risques divers et dans lesquels la participation est automatique/obligatoire, permettent une plus grande capacité de redistribution en ce qui concerne les recettes prépayées dans le secteur de la santé. Cette question considère également le niveau de financement prépayé comme « acquis » ; l'accent est mis sur la mesure dans laquelle les dispositifs de mise en commun limitent la possibilité de redistribuer les fonds prépayés disponibles dans le système. L'une des principales préoccupations sur le plan de la politique concernant cette question est l'ampleur de la fragmentation.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

##### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Le potentiel de redistribution des fonds prépayés disponibles des populations ayant des besoins plus faibles vers celles ayant des besoins plus élevés est fortement limité par des obstacles structurels, et il existe peu ou pas de mécanismes compensatoires.*

Par exemple, en raison de l'existence de plusieurs régimes de couverture maladie financés et gérés séparément, comme lorsqu'il peut y avoir un petit régime d'AMO pour le secteur formel ou même des régimes distincts pour les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé, et seulement des subventions du côté de l'offre pour le reste de la population. Elle peut également se refléter dans des contextes de décentralisation fiscale où il y a peu ou pas de péréquation entre les entités infranationales, etc.).

##### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Il existe une certaine redistribution des fonds prépayés disponibles, mais les régimes reflètent le manque de diversité dans la couverture de la population et une dépendance excessive à l'égard de la participation volontaire.*

La redistribution peut se faire par le biais d'une formule d'allocation du gouvernement central, ou d'une forme de mécanisme de péréquation. On constate un manque de diversité dans la couverture de la population lorsque des régimes distincts existent pour des groupes spécifiques, par exemple les fonctionnaires, les travailleurs du secteur privé et le reste de la population, sans constitution de pools ni compensation pour ce qui concerne ces régimes. On parle de participation volontaire par exemple lorsque des personnes peuvent décider d'adhérer à un régime de mutuelle ou lorsque des travailleurs du secteur informel peuvent souscrire ou non à un régime d'AMO) déjà offert au secteur formel.

##### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Le système permet un bon niveau de redistribution des fonds prépayés, mais n'inclut pas l'ensemble de la population*

Par exemple, la redistribution peut se faire en regroupant certaines recettes budgétaires avec les contributions à l'AMO pour couvrir les non cotisants ; un régime commun d'AMO pour les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé en est un autre exemple ; une formule de redistribution des recettes fiscales qui réduit la variation des dépenses publiques de santé par habitant et par région ; la compensation par le financement budgétaire peut permettre de réduire les grandes inégalités de financement par habitant entre les régimes.

#### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Des mécanismes de redistribution très efficaces sont en place et incluent l'ensemble de la population.*

Les exemples de ce scénario comprennent un pool unique unifié avec des transferts budgétaires qui permettent d'inclure ou de couvrir l'ensemble de la population ; des transferts ajustés en fonction des risques entre les pools, qu'ils soient définis comme des « assurances » ou des entités géographiques infranationales, pour permettre un pool unique virtuel, les « ajusteurs » de la formule permettant de prendre en compte les différences en termes de besoins en ressources de santé dues à des facteurs à caractère individuel (par exemple, l'âge, le sexe, les risques sanitaires, la privation relative) ou géographique (par exemple, l'éloignement). Les conséquences involontaires potentielles pour l'équité découlant des déséquilibres du côté de l'offre, même avec un pool unifié, sont réglées au moyen d'actions portant sur la prestation de services, les ressources humaines ou l'achat.

#### **i INDICATEURS QUANTITATIFS**

Les flux financiers décrits à l'étape 1 constituent une référence importante pour cette question, en particulier les dépenses publiques par habitant par régime et dans le temps, si elles sont disponibles. En outre, les dépenses publiques par habitant par région géographique constitueraient une source d'information utile. De même, il peut être utile de comparer la part des dépenses de santé totales (ou publiques) qui transitent par chaque régime par rapport à la part de la population totale affiliée à chaque régime.

### Question 3.3 (fragsolve) :

Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes découlant de la multiplicité de pools de ressources fragmentés ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question est particulièrement pertinente lorsqu'il y a fragmentation du système de santé, en termes de multiplicité de régimes de couverture ou de programmes de santé ; l'ampleur de cette fragmentation devrait être manifeste dès l'étape 1. La question 3.2 précédente porte sur la fragmentation structurelle et vise à déterminer si les pays progressent au fil du temps en fusionnant ou en intégrant différents régimes ou, au contraire, en permettant une redistribution des ressources entre eux. Par contre, cette question évalue si des interventions ou des mécanismes sont utilisés pour surmonter ou atténuer les effets négatifs de la fragmentation, lorsque la lutte contre la fragmentation par la fusion, l'intégration ou la redistribution des fonds entre les régimes n'a pas lieu.

La fragmentation peut engendrer des inégalités d'accès aux services et de leur utilisation, ainsi que des coûts financiers directs pour les patients. Elle nuit également à la cohérence de l'architecture des données sur le financement de la santé. Par exemple, les données générées par différents programmes/systèmes deviennent difficiles à compiler et à comparer, ce qui est important pour une analyse des progrès réalisés à l'échelle du système vers la couverture sanitaire universelle.

En répondant à cette question, il convient d'identifier les actions qui compensent les effets négatifs de la fragmentation sur l'équité et l'efficacité, plutôt que les actions qui modifient la structure même de la mise en commun, ce qui devrait être fait à la question 3.2. À titre d'exemple, on peut citer les interventions qui favorisent l'équité, par exemple l'harmonisation des prestations entre les régimes, et les mesures en faveur de l'efficacité, telles que l'unification des systèmes d'information sur les patients. Pour les décideurs politiques, une grande partie de la marge de manœuvre réside dans la fonction d'achat, bien que les décisions concernant la conception des prestations et la gouvernance globale du système de santé puissent également atténuer la fragmentation. La question 7.2 aborde également cette question, mais en mettant l'accent sur les programmes de santé (par exemple, la tuberculose, le VIH). Il n'est donc pas nécessaire de traiter cette question en profondeur ici.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

- Réaliser des progrès dans ce domaine passe par l'instauration et la mise en œuvre de politiques qui répondent aux différents problèmes découlant de la mise en commun fragmentée, comme décrit ci-dessus. Voici quelques exemples de mécanismes qui permettent d'y parvenir :
- Harmoniser les droits aux prestations entre les régimes (veuillez noter que cette question est examinée plus en détail à la question 5.1 (benexplct).
- Veiller à ce que les mécanismes de paiement des prestataires soient coordonnés et cohérents entre les régimes/programmes, par exemple au moyen d'un système de paiement unifié.
- Créer un système d'information sanitaire commun ou unifié pour l'ensemble des régimes/programmes. Il s'agit d'harmoniser progressivement les informations entre les organismes acheteurs, ce qui peut être réalisé grâce à l'interopérabilité par l'adoption de définitions (interopérabilité sémantique) et de terminologies communes (interopérabilité syntaxique), ou par la conception de couches d'interopérabilité permettant de transformer des données hétérogènes en informations comparables et compatibles (interopérabilité technique).

**NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Il n'existe pas de mesures compensatoires pour remédier aux inégalités et à l'inefficacité résultant de la fragmentation.*

Par exemple, il n'existe aucun mécanisme pour remédier aux problèmes communs découlant de la fragmentation des pools, comme lorsque des régimes de couverture maladie distincts (pools séparés), ont des droits à prestations distincts et inégaux, des modalités de gouvernance distinctes, des systèmes d'information distincts, etc. Un exemple courant est le cas où les régimes utilisent des méthodes de paiement différentes ou des taux de paiement différents pour le même type de services, générant des incitations qui peuvent se contrarier mutuellement et qui ne favorisent pas les avancées vers la couverture sanitaire universelle. Dans ce scénario, les services fournis aux personnes plus aisées peuvent être rémunérés avec des méthodes de paiement attrayantes ou des taux plus élevés par rapport aux services fournis aux groupes de population moins favorisés.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Quelques mesures sont en place en vue de remédier aux inégalités et à l'inefficacité découlant de la fragmentation.*

Parmi les exemples de ces mesures, on peut citer l'harmonisation des prestations de certains régimes, les mesures prises pour instaurer une approche unifiée ou interopérable de la gestion des informations dans quelques régimes, mais il existe de nombreux formulaires différents et les informations ne sont pas encore gérées par une base de données commune ; par exemple, il peut exister des formulaires de données différents pour chaque régime et les régimes peuvent utiliser des taux de paiement différents non coordonnés pour les mêmes services.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Des mesures importantes sont en place, bien qu'elles puissent être améliorées, pour remédier aux inégalités et à l'inefficacité résultant de la fragmentation.*

Les exemples de ces « mesures importantes » vont au-delà de ceux du niveau 2, comme par exemple :

- l'harmonisation des prestations pour la majorité de la population ;
- le développement notable d'une plateforme d'information unique dotée de normes communes pour la collecte et la présentation des données, indépendamment du régime ou du statut d'assurance du patient ; La réalisation des actions susmentionnées permet de dresser un tableau complet de l'activité de soins de santé dans l'ensemble du système de santé, par exemple de déterminer quels services sont achetés, pour qui, auprès de qui et par qui, afin d'éclairer l'analyse et l'élaboration des politiques.
- les méthodes de paiement ou les tarifs pour un même service de santé sont bien harmonisés, bien que certaines disparités qui subsistent créent des incitations contradictoires pour les prestataires, de sorte que les patients de certains régimes sont toujours plus intéressants sur le plan financier que ceux d'autres régimes ;
- des canaux explicites de coordination entre les différents programmes et le Ministère de la santé ont été mis en place ;
- des mesures visant à réduire les déséquilibres du côté de l'offre sont mises en place.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Mise en œuvre intégrale des mesures de compensation pour permettre de relever pleinement les défis en matière d'équité et d'efficacité découlant de la fragmentation des pools*

Des exemples de telles mesures seraient l'harmonisation des prestations communes/standard ou minimales, des formulaires unifiés et des processus de collecte de données au niveau des établissements pour tous les patients, quel que soit leur régime ou leur statut d'assurance, alimentant une base de données nationale unique, un système de paiement unique des prestataires utilisé par tous les régimes et pour tous les types de prestataires.

### Question 3.4 (revpool) :

Les sources de revenus et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Les différentes sources de revenus et les différents flux de fonds au sein d'un système de santé peuvent ou non se compléter les uns les autres. Les flux de financement public comprennent les budgets de santé, les cotisations d'assurance-maladie obligatoire et les fonds externes/donateurs ; ces différentes sources de revenus devraient idéalement se compléter ; les revenus privés comprennent les cotisations d'assurance-maladie volontaire, qu'il s'agisse de régimes à but lucratif ou non. Il peut également y avoir une complémentarité entre les sources privées et publiques, par exemple les cotisations à l'assurance-maladie d'un individu qui sont complétées par un versement équivalent financé par une subvention publique (comme en Chine). Les problématiques soulevées par la question peuvent s'appliquer à la fois aux flux des sources de revenus vers les pools (par exemple, si différentes sources sont mises en commun pour financer un ensemble de prestations) et aux flux des pools/organismes acheteurs vers les prestataires (ce dernier point sera également abordé à la question 4.2). Les prestations/droits promis et la manière dont les fonds sont acheminés vers ou pour ces derniers revêtent une grande importance pour l'analyse des problématiques soulevées par cette question.

Reportez-vous à l'étape 1, qui peut vous éclairer sur certaines de ces problématiques. Les questions de la section 7 portent sur un sujet similaire, mais dans le contexte spécifique d'une maladie spécifique ou d'autres programmes de santé publique.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

##### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Il n'y a pas de coordination des flux de fonds provenant de différentes sources de revenus.*

Un exemple courant est celui où chaque source de revenus alimente son propre pool distinct et, prises ensemble, elles ne sont pas explicitement organisées pour financer une prestation commune. On peut également observer que les paiements d'un régime d'AMO aux prestataires ne tiennent pas compte du financement direct du budget de l'État aux mêmes prestataires. Autres exemples : le financement de différents postes budgétaires par les gouvernements à différents niveaux, l'absence d'un cadre de prestations minimales bien défini indiquant les sources de financement, et le fait que le Financement Basé sur les Résultats (FBR) fonctionne comme une initiative verticale non coordonnée avec d'autres flux de financement.

##### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Il existe une complémentarité entre certaines sources de revenus, mais on note l'absence d'un cadre (universel) des droits aux prestations de santé à l'échelle de la population indiquant le rôle spécifique des différentes sources/flux de financement.*

Par exemple, il existe une certaine mise en commun des allocations budgétaires et des contributions à l'AMO, mais seulement pour une petite partie de la population, et d'autres mécanismes tels que le FBR financé par les donateurs ne sont pas bien intégrés ou définis de manière à compléter d'autres flux. Il n'y a pas de rôle complémentaire clair ou explicite défini pour les sources volontaires/privées par rapport à ce qui est financé par les recettes publiques.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Un cadre de prestations existe pour la plupart de la population, avec des responsabilités de financement clairement définies entre les différents flux de revenus, mais le prépaiement privé n'est pas encore bien intégré.*

Les exemples de complémentarité sont les suivants : lorsque les contributions à l'AMO du secteur formel sont mises en commun avec les transferts budgétaires pour financer une prestation commune en faveur de la majorité de la population ; ou lorsque les mécanismes de FBR/P4P sont conçus et mis en œuvre dans un cadre qui prend en compte et complète les flux de financement des « paiements de base », par exemple le financement des salaires par le budget.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Il existe une complémentarité explicite des différentes sources de revenus pour financer un ensemble de prestations définies pour l'ensemble de la population.*

Parmi les exemples, on peut citer le budget de la santé et les contributions à l'AMO qui financent conjointement les droits aux prestations pour tous les citoyens, en accordant éventuellement un rôle explicite (mais limité) aux cotisations individuelles prépayées. Un autre exemple est celui d'un régime d'AMO qui couvre les coûts variables, le budget de l'État finançant directement les coûts fixes tels que les salaires ; si les copaiements sont définis comme nécessaires pour certains services (partiellement) financés par l'État, ils sont clairement organisés de manière à être complémentaires. Un troisième exemple serait celui où le cadre des prestations et les responsabilités en matière de financement public laissent des trous explicites dans la couverture des services ou des coûts (c'est-à-dire les copaiements) qui créent l'espace pour une assurance-maladie volontaire complémentaire (par rapport à l'assurance-maladie volontaire qui couvre les mêmes services et coûts que ceux qui sont également couverts par le cadre des prestations offertes par le secteur public). Dans l'ensemble, une caractéristique essentielle d'une situation avancée serait l'existence d'un cadre de prestations garanties par l'État avec une indication explicite de la manière dont les différentes sources de financement se combinent pour fournir ces prestations au profit de l'ensemble de la population.

## **i INDICATEURS QUANTITATIFS**

L'indicateur « Subvention publique à l'AMO en pourcentage de l'AMO » donne une idée de l'utilisation complémentaire des recettes du budget et des charges sociales. Ces données doivent être utilisées conjointement avec celles relatives à la couverture de la population dans le cadre de l'AMO. Des informations spécifiques à chaque pays sont disponibles sur le tableau de bord accessible électroniquement via notre site.

### Question 3.5 (vhis pill) :

Quel est le rôle et l'importance de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question découle de l'expérience qui montre que les effets de l'assurance-maladie volontaire sont fortement tributaires du rôle qu'elle joue dans le système de santé. L'assurance-maladie volontaire peut être *complémentaire* au financement public, prenant en charge soit des services, soit des coûts (copaiements) non couverts par le système public principal, mais les conditions à remplir à cet effet sont strictes ; cette complémentarité n'a été identifiée que dans quelques pays, par exemple la France, la Slovénie. Ailleurs, l'assurance-maladie volontaire peut jouer un rôle *supplémentaire*, en prenant en charge des services et des prestataires qui peuvent également être couverts par le système principal. Dans la plupart des pays, ce rôle supplémentaire est mineur (tant en termes de couverture de la population que sur le plan financier), et les gains ou pertes pour la couverture sanitaire universelle ne sont pas notables. Dans bon nombre de pays, cependant, il est prouvé que les régimes d'assurance-maladie volontaire, et en particulier les régimes privés commerciaux qui desservent les personnes à revenus élevés, concentrent les ressources rares du système de santé, telles que la main-d'œuvre, au service de la population assurée dans le privé, ce qui a des conséquences néfastes tant sur le coût que sur la disponibilité des services pour le reste de la population.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Tout d'abord, il faut déterminer si l'assurance-maladie volontaire existe et si elle a une importance importante ou minime (voir les indicateurs quantitatifs) ; si elle est inexistante ou minime, il n'est pas nécessaire de répondre à l'autre volet de cette question. Si l'assurance-maladie volontaire est importante, la question est de savoir si le rôle qu'elle joue (les prestations qu'elle offre), est explicitement supplémentaire ou complémentaire aux prestations financées par le principal système public, ou si elle fait double emploi avec celles-ci. En cas de double emploi, il y a un risque de répercussions négatives sur le système de santé publique et sur les avancées vers la couverture sanitaire universelle.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*La couverture de l'assurance-maladie volontaire profite largement aux riches, fragmente le système et nuit considérablement à l'équité.*

Dans ce scénario, le niveau total des flux de dépenses de santé par l'intermédiaire de l'assurance-maladie volontaire est beaucoup plus élevé que celui de la population couverte par ces régimes, ce qui risque d'avoir des conséquences néfastes sur la répartition globale des intrants du système de santé et d'exercer en conséquence une pression à la hausse sur les salaires et autres prix. La hausse constante du prix des principaux intrants détourne le personnel de santé, déjà peu nombreux, vers le système privé, tandis que le principal système public souffre d'une pénurie de personnel. Le gouvernement peut contribuer à cette inégalité en favorisant l'expansion de l'assurance-maladie volontaire par des subventions fiscales qui profitent aux riches. Le rôle de l'assurance-maladie volontaire dans le système de santé global n'est pas clairement défini par le gouvernement, et il existe un chevauchement considérable entre les services couverts par ces régimes et ceux qui le sont par le financement public.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*La couverture de l'assurance-maladie volontaire bénéficie à la population la plus riche et constitue une source de segmentation et de fragmentation ; les retombées sont cependant limitées, bien que le gouvernement continue de promouvoir l'assurance-maladie volontaire.*

L'assurance-maladie volontaire contribue aux inégalités du système, bien que l'ampleur des ressources qui transitent par l'assurance-maladie volontaire ne soit pas importante (par exemple, moins de 5 % de l'ensemble des dépenses de santé). Elle est concentrée sur la population la plus riche et couvre les services qui le sont

également par le système principal. Il existe quelques preuves limitées d'une « fuite interne des cerveaux », les prestataires quittant la fonction publique pour gagner plus d'argent en offrant leurs services aux assurés privés. Dans l'ensemble, les effets négatifs sont importants mais peu étendus. Les pouvoirs publics utilisent encore des subventions fiscales inéquitables pour promouvoir l'expansion de l'assurance-maladie volontaire.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

La politique de financement de la santé permet à l'assurance-maladie volontaire de jouer un rôle supplémentaire pour un accès plus rapide ou pour obtenir des services de prestataires qui ne sont pas sous contrat avec le système principal/public, sans que cela ait des effets d'entraînement majeurs.

Le gouvernement a précisé le rôle de l'assurance-maladie volontaire dans le système et a mis en place un cadre réglementaire. Ce rôle peut être complémentaire, mais comporte certaines limites quant à ce que l'assurance-maladie volontaire peut offrir. Sur le plan financier, le marché est étroit (3 % au maximum des dépenses de santé globales) et n'a pas d'effets d'entraînement néfastes notables pour le reste du système. Il subsiste cependant d'importantes inégalités dans l'utilisation et la qualité des services entre la population assurée et non assurée.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*L'assurance-maladie volontaire n'a pas d'effets négatifs ou joue un rôle complémentaire clair dans le cadre d'un ensemble de prestations définies publiquement, avec une couverture subventionnée en faveur des pauvres.*

Par exemple, l'assurance-maladie volontaire joue un rôle très limité, représentant une modeste part dans les dépenses de santé globales, ou joue un rôle explicitement complémentaire, couvrant les copaiements ou les prestations exclues du système public, contribuant ainsi aux progrès globaux vers la couverture sanitaire universelle. Le gouvernement s'attaque aux inégalités en veillant à ce que la couverture des personnes les plus pauvres soit subventionnée ou assurée par des dispositions obligatoires pour les mêmes prestations que celles de l'assurance-maladie volontaire complémentaire



### **INDICATEURS QUANTITATIFS**

Calculer les dépenses d'assurance-maladie volontaire en pourcentage des dépenses totales de santé, par rapport à la proportion de la population couverte par l'assurance-maladie volontaire. Ce ratio donne une idée de la probabilité d'effets d'entraînement négatifs ; lorsque la part des dépenses totales de santé passant par l'assurance-maladie volontaire est beaucoup plus importante que la part de la population totale couverte par l'assurance-maladie volontaire, il est très probable que cela aura des effets négatifs sur la disponibilité des ressources du système pour la majeure partie de la population.

Les transferts du gouvernement à l'assurance-maladie volontaire, tels que les allègements fiscaux pour les souscriptions à l'assurance-maladie volontaire, sont susceptibles de constituer une subvention publique en faveur des couches sociales déjà plus aisées. Il se peut que ces données soient disponibles dans les études des comptes nationaux de la santé.

## 7. ACHATS ET PAIEMENT DES PRESTATAIRES

**i** LES ACHATS ET LE PAIEMENT DES PRESTATAIRES CONSTITUENT UN DES LEVIERS LES PLUS PUISSANTS DONT DISPOSENT LES DÉCIDEURS POLITIQUES POUR FAIRE CHANGER LES MODALITÉS DE FOURNITURE DES SERVICES DE SANTÉ ET D'ACCÈS À CES SERVICES.

LES ATTRIBUTS SOUHAITABLES EN MATIÈRE D'ACHAT ET DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES*		QUESTIONS
PS1	L'allocation des ressources aux prestataires reflète les besoins de santé de la population, la performance des prestataires ou une combinaison des deux.	allocneeds (4.1) ppmcohrnt (4.2) info4prch (4.5) pfmallocprty (6.2)
PS2	Les modalités relatives aux achats sont adaptées pour soutenir les objectifs de prestation de services.	ppmqlcrd (4.3) ppmeff (4.4) info4prch (4.5) prvdauton (4.6) pfmallocprty (6.2) bdgtcntrl (6.4) scrtyprep (7.3)
PS3	Les modalités relatives aux achats intègrent des mécanismes visant à assurer le contrôle budgétaire.	ppmeff (4.4) info4prch (4.5) bdgtcntrl (6.4)

\* Les attributs souhaitables définissent des situations idéales pertinentes pour chaque domaine d'évaluation.

## Question 4.1 (allocneeds) :

Dans quelle mesure le paiement des prestataires est-il déterminé par l'information sur les besoins de santé de la population qu'ils desservent ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question porte sur la manière dont les fonds passent des organismes acheteurs aux prestataires ; elle ne se concentre pas sur l'allocation des fonds au niveau intermédiaire, c'est-à-dire des organismes acheteurs nationaux aux organismes acheteurs infranationaux, par exemple par le biais de la formule d'allocation géographique, laquelle est traitée à la question 3.2 (redistlim). Le mode de paiement des prestataires est l'un des leviers les plus puissants pour influencer les performances des prestataires sous plusieurs angles, notamment la qualité (voir la question 4.3) et l'efficacité (voir la question 4.4) des services fournis.

Plus précisément, cette question vise à déterminer si les informations sur les besoins de santé de la population desservie par un prestataire sont utilisées pour influencer les allocations financières qu'il reçoit ; s'il n'en est pas ainsi, il peut y avoir un décalage important entre les besoins de la population desservie et les fonds reçus dans le cas de certains prestataires par rapport à d'autres.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Plus précisément, recherchez le type de mécanismes d'allocation utilisés, notamment pour les fonds budgétaires ; les budgets basés sur les intrants sont souvent déterminés par les infrastructures et les effectifs ou par des normes susceptibles, mais très probablement pas, de refléter les besoins de santé de la population. Le recours à la capitation simple comme base de répartition tient compte de la taille de la population, et d'autres ajustements qui correspondent directement ou indirectement aux besoins en matière de santé permettront d'améliorer l'alignement. Enfin, une certaine forme d'allocation variable, liée au volume, à l'activité ou aux performances, peut renforcer l'alignement entre les allocations financières et les besoins de santé de la population.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Utilisation de modèles historiques ou de normes basées sur les intrants et sans référence aux données sur les besoins de santé de la population.*

Aucune preuve de recours aux données sur l'utilisation des services ou la taille de la population dans les allocations aux prestataires ; logique, entièrement ou principalement, historique avec plus/moins une augmentation en fonction de la disponibilité du budget global. Dans le secteur public, les allocations budgétaires seraient basées sur des éléments tels que le nombre de lits d'hôpital ou le personnel et ont tendance à être versées dans le cadre de postes budgétaires rigides. Pour les remboursements des prestataires qui ne relèvent pas du secteur public, il s'agit simplement de payer ce qui est réclamé par les prestataires (par exemple, une rémunération à l'acte sans gestion proactive), il n'y a pas d'analyse des données pour comprendre les tendances et les influencer dans le sens souhaité (par exemple, pour promouvoir davantage de services préventifs).

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Des mesures simples des besoins sont utilisées dans le cadre des mécanismes de paiement, au moins dans certains programmes ou dans les allocations budgétaires du gouvernement.*

Par exemple, la capitation simple (non ajustée) a été introduite pour une partie des paiements des prestataires car la taille de la population desservie est une mesure brute des besoins, ou les données épidémiologiques et sur l'utilisation des services éclairent un choix explicite concernant les montants mis à disposition pour les soins de santé primaires par rapport aux soins pour lesquels les patients sont orientés à un niveau supérieur. Cependant, cela ne peut s'appliquer qu'à un ou deux régimes ou programmes, ou à certains postes seulement (par exemple, à l'exclusion du personnel). On peut également recourir à des mécanismes de rémunération à la performance (P4P, FBR, FBP) pour orienter l'utilisation des services et l'allocation des ressources vers certains services hautement prioritaires (par exemple la vaccination), mais pas à l'échelle nationale.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Des mécanismes plus sophistiqués d'ajustement des besoins de santé, de la gamme de services et des performances des prestataires sont intégrés dans les méthodes de paiement et appliqués à la plupart des financements prépayés du système.*

Par exemple, les formules de capitation incluent des ajustements en fonction de l'âge et du sexe ou tiennent compte de l'utilisation et des besoins des services (comme la charge de morbidité ou le taux de pauvreté d'une zone de desserte). Les mesures de la gravité relative de la combinaison de cas (par exemple, l'utilisation des DRG pour la pondération des paiements en fonction des cas) renseignent sur les allocations entre et au sein des établissements (d'hospitalisation). Ces mécanismes s'appliquent dans le cadre des régimes (y compris les budgets gouvernementaux qui sont versés directement aux prestataires) qui représentent la majeure partie du financement public dans le système, mais qui peuvent ne pas encore inclure entièrement le personnel. Il peut également y avoir une utilisation à l'échelle nationale des mécanismes P4P/FBR/FBP pour orienter l'utilisation des services et l'allocation des ressources vers les services prioritaires liés aux besoins (par exemple, vaccination, services de lutte contre les maladies transmissibles, santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant).

### **Niveau 4 : Établi**

*Les principales méthodes de paiement des prestataires utilisées dans le système de santé consistent en des méthodes qui intègrent des données sur les besoins de santé de la population, les facteurs de risque, la performance des prestataires et la gamme de services.*

Les méthodes de paiement avec ajustement des besoins sont appliquées à la plupart des fonds prépayés du système de santé, y compris en ce qui concerne le personnel. Les ajusteurs (par exemple pour la capitation ou les budgets globaux ou les remboursements ajustés en fonction des risques) vont au-delà de l'âge et du sexe et intègrent d'autres caractéristiques individuelles (par exemple les données historiques d'utilisation, le statut d'invalidité, les mesures de privation relative, la gravité relative). Des incitations tarifaires pour les services hautement prioritaires (basées sur les besoins, comme la vaccination) existent dans le système de paiement de base ou sous forme d'un élément P4P supplémentaire.

## Question 4.2 (ppmcohrnt) :

**Les paiements des prestataires sont-ils harmonisés entre les organismes acheteurs et au sein de ceux-ci afin de garantir des incitations cohérentes pour les prestataires ?**

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Dans les cas où il existe plusieurs méthodes de paiement entre différents organismes acheteurs (c'est-à-dire des régimes de couverture ou des programmes de santé), ou au sein d'un même organisme, celles-ci doivent être coordonnées et harmonisées afin de garantir un ensemble cohérent d'incitations destinées aux prestataires. Le paiement des prestataires est l'un des principaux leviers pour influencer le comportement et les performances des prestataires en termes de protection financière des patients, d'accès équitable et de qualité des services, en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Dans de nombreux pays, les organismes acheteurs fixent les taux et les méthodes de paiement sans tenir compte de ce que font leurs homologues ; du point de vue des prestataires, cela signifie souvent des incitations multiples, incohérentes et souvent concurrentes, qui incitent à des comportements incompatibles avec les objectifs de couverture sanitaire universelle. Cela se produit fréquemment lorsque des régimes d'assurance sont mis en place pour un groupe de population spécifique et lorsque les programmes de lutte contre les maladies ou les affections ou les interventions établissent leur propre méthode de paiement des prestataires, et ce sans coordination.

Examinez les méthodes de paiement utilisées dans les différents régimes, puis les niveaux/taux de paiement ; ces informations devraient être disponibles dès l'étape 1. Cependant, à moins qu'une analyse plus approfondie n'ait été menée, il peut être difficile d'évaluer comment le comportement des prestataires est influencé dans la pratique ; une analyse plus approfondie s'inspirant par exemple du Guide analytique de l'OMS pour évaluer les systèmes mixtes de paiement des prestataires, peut être recommandée.

Examinez également les mécanismes de participation financière par les usagers (frais d'utilisation et copaiements) et cherchez à savoir s'ils sont harmonisés entre les différents régimes et programmes ; là encore, l'étape 1 devrait fournir un point de départ utile. Lorsque ces méthodes ne sont pas harmonisées, le comportement des prestataires peut être influencé de manière négative. Par exemple, certaines catégories de population peuvent payer moins ou ne pas payer du tout, tandis que les personnes couvertes par un autre régime doivent effectuer des paiements. Lorsque les recettes de la participation financière des usagers sont conservées au niveau de l'établissement de santé, les prestataires peuvent être enclins à donner la priorité aux patients qui effectuent des paiements plus élevés (malgré des méthodes de paiement par ailleurs harmonisées), ce qui peut créer des inégalités en termes d'accès et de traitement.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Cette question considère que certains programmes peuvent justifier des méthodes de paiement spécifiques mais que celles-ci devraient être alignées sur les objectifs généraux du système. Les différences en matière de méthodes et de taux de paiement peuvent avoir un effet négatif sur le comportement des prestataires et sur les performances du système de santé. Faites une recherche au sein de chaque organisme acheteur et pour l'ensemble de ces organismes ; reportez-vous aux informations obtenues à l'étape 1 ; examinez la question de savoir s'il y a eu des efforts d'harmonisation chez chacun des organismes acheteurs et entre ceux-ci afin de constituer un ensemble cohérent d'incitations globales, minimisant les comportements indésirables des prestataires, qui pourraient inclure :

- **la réaffectation des ressources** : les ressources (temps et attention du personnel, lits, matériel) sont réaffectées à certains services ou salles/unités/services/technologies/équipements hospitaliers que les prestataires jugent plus intéressants sur le plan financier
- **Réorientation des services** : situation dans laquelle les prestataires préfèrent envoyer (orienter) un patient vers un autre prestataire afin d'éviter les coûts liés à sa prise en charge.

- **Réorientation des coûts** : cela se produit lorsque les prestataires de soins de santé font glisser les coûts en facturant des tarifs plus élevés pour le même service à un organisme acheteur, afin de compenser un paiement moins élevé d'un autre organisme acheteur, ou lorsque les recettes d'une autre source diminuent (par rapport aux coûts ou aux tendances).

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Il n'y a ni alignement, ni harmonisation des paiements des prestataires au sein des organismes acheteurs ou entre ceux-ci.*

Par exemple, pour un même type de services, des méthodes de paiement ou des tarifs différents sont utilisés selon les différents régimes de couverture santé. Par exemple, les personnes plus aisées sont couvertes par un régime de couverture santé dont les méthodes de paiement sont financièrement plus avantageuses et les tarifs plus élevés. Il n'y a pas non plus d'alignement des méthodes de paiement et des flux de financement pour les différents types ou niveaux de soins provenant du même organisme acheteur. Les niveaux de paiement (et donc la puissance de leurs incitations) peuvent être fixés pour un programme bien au-dessus de ceux du reste du système, sans tenir compte de l'impact sur le système en termes de répartition. Au lieu d'être motivés par les besoins et les préférences de la population, les prestataires peuvent modifier leur comportement en vue d'en tirer le plus grand bénéfice financier possible. De ce fait, le comportement des prestataires se caractérise par une réaffectation des ressources, des coûts ou des services qui a très probablement des conséquences négatives sur l'équité et l'efficacité du système dans son ensemble.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Il existe un alignement ou une harmonisation limités des paiements des prestataires pour certains services clés chez quelques organismes acheteurs. Il existe une harmonisation au sein des principaux programmes de santé ou régimes selon les types et les niveaux de soins.*

Les méthodes de paiement ou les tarifs pour le même type de services de santé sont harmonisés dans un certain nombre de régimes/programmes, mais des disparités considérables subsistent, ce qui entraîne des incitations incohérentes ou concurrentes pour les prestataires ; en conséquence, les patients couverts par un régime sont financièrement plus intéressants que ceux d'un autre. Il existe des risques ou des indications considérables de réaffectation des ressources, des coûts ou des services par les prestataires.

#### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les méthodes de paiement sont alignées ou harmonisées pour la plupart des services chez la plupart des organismes acheteurs. Les méthodes de paiement et les flux de financement sont, de façon générale, alignés pour les différents types et niveaux de soins dans la plupart des programmes ou régimes.*

Les méthodes de paiement sont alignées ou harmonisées pour la plupart des services chez la plupart des organismes acheteurs (mais pas tous). Les méthodes de paiement et les flux de financement sont, eux aussi, largement alignés en ce qui concerne les différents types et niveaux de soins dans la plupart (mais pas dans tous) des programmes de santé ou régimes. Les méthodes de paiement ou les tarifs pour le même type de services de santé sont harmonisés, mais il existe encore quelques disparités créant des incitations incohérentes ou concurrentes pour les prestataires entre les régimes ; en conséquence, les patients d'un régime sont toujours plus intéressants financièrement que ceux d'un autre. Il subsiste certains risques ou indications de réaffectation des ressources, des coûts ou des services par les prestataires.

#### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

Les méthodes de paiement et les tarifs des prestataires sont unifiés ou totalement harmonisés au sein de chaque organisme acheteur et entre ceux-ci.

Les méthodes de paiement et les tarifs des prestataires sont unifiés ou totalement harmonisés au sein de chaque organisme acheteur et entre ceux-ci. Chaque organisme acheteur a totalement aligné ses méthodes de paiement en interne, et les flux de fonds pour les différents types ou niveaux de soins incitent les prestataires à se concentrer sur les services prioritaires et les patients et groupes de population ayant les besoins les plus importants. Les incitations créées par le système mixte de paiement des prestataires sont cohérentes et

n'engendrent pas de comportements préjudiciables notables en termes de réaffectation des ressources, des services ou des coûts.

### **i** **INDICATEURS QUANTITATIFS**

Des données sur les taux d'utilisation des services, ventilées selon divers critères, par exemple la population, le revenu ou les groupes de patients, seraient utiles pour répondre à cette question. Les informations sur le niveau des dépenses par bénéficiaire de chaque régime, si elles sont disponibles dès l'étape 1, sont également utiles ; de même que les données sur les taux de paiement réels (prix), par régime, pour des services identiques.

### Question 4.3 (ppmqldrd) :

Les modalités d'achat favorisent-elles la qualité des soins ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Les modalités d'achat (la combinaison des méthodes de paiement, les prix payés, l'unité de paiement, les mécanismes contractuels, les processus de révision administrative utilisés, l'analyse des données du système de paiement et la gouvernance globale de l'agence ou des agences d'achat) peuvent influencer considérablement sur la qualité des soins fournis par les établissements de santé. Lorsqu'ils sont stratégiques, les instruments d'achat peuvent influencer directement sur la qualité, par exemple par le biais de mécanismes de sélection des prestataires et d'ajustements apportés aux méthodes de paiement des prestataires qui favorisent une meilleure qualité ; ces ajustements peuvent être inclus dans les contrats, par exemple avec des spécifications concernant les normes cliniques minimales et les exigences en matière de collecte de données et communication d'informations. Une meilleure coordination des soins entre les différents types de services (de la prévention primaire à la réhabilitation) et les différents niveaux de soins est de plus en plus considérée comme la clé du développement de services centrés sur le patient et de l'amélioration de la qualité des soins. La coordination des soins porte essentiellement sur la synchronisation des soins aux patients entre plusieurs prestataires et spécialistes, dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire les coûts des soins de santé, par exemple en éliminant les tests et procédures non nécessaires.

Cette question vise à savoir si les organismes acheteurs prennent des mesures actives pour influencer le comportement et les performances des prestataires, en particulier pour améliorer la qualité des soins, par le biais de contrats ou d'accords, d'analyses de données et de retour d'information, et de méthodes de paiement. Existe-t-il des contrats de performance, l'accréditation des établissements de soins est-elle envisagée, la passation sélective de marchés fait-elle partie d'une stratégie d'achat stratégique ? Les clauses des accords conclus avec les prestataires sont-elles basées sur la gamme et la qualité des services offerts, leur proximité avec les communautés qui ont besoin de services, et d'autres considérations pertinentes ? Les données générées par les systèmes de paiement des prestataires sont-elles utilisées pour analyser les tendances des pratiques et fournir un retour d'information aux prestataires, en particulier au sujet de celles qui sont considérées comme aberrantes ?

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Rechercher les instruments d'achat qui favorisent spécifiquement la qualité des soins, y compris les contrats de performance, les politiques ou instruments de passation de marchés sélectifs, une meilleure coordination des soins par la combinaison ou le regroupement de méthodes de paiement, par exemple des réseaux de prestataires sous régime de paiement à la capitation, des incitations financières spécifiques, et l'existence et l'utilisation d'indicateurs de qualité normalisés pour l'ensemble des payeurs et des prestataires. Au nombre des autres instruments figurent un système efficace de gestion de l'information et des dispositifs de gouvernance qui renforcent la responsabilité des organismes acheteurs et des prestataires.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les modalités d'achat n'offrent pas d'incitations qui favorisent une meilleure qualité ou une meilleure coordination des soins.*

Il n'existe aucun aspect de l'achat propre à promouvoir la qualité des services, par exemple par le biais de contrats de performance, de contrats sélectifs, d'exigences liées à la qualité dans le cadre d'accords ou d'incitations financières par le biais du système de paiement ; de même, il existe peu de données reflétant la qualité des prestataires. L'achat est en général passif. Les systèmes d'accréditation des prestataires n'existent pas ou ne fonctionnent pas bien ; tous les prestataires publics sont automatiquement financés, principalement par des postes budgétaires, tandis qu'il y a peu de contrôle sur les méthodes utilisées ou les données découlant du paiement à l'acte des prestataires privés.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les modalités d'achat intègrent quelques mécanismes qui incitent à améliorer la qualité des services et la coordination des soins, mais leur portée est restreinte.*

Le recours aux contrats de performance est de plus en plus fréquent, les prestataires étant tenus de satisfaire aux exigences en matière de licence ou d'agrément. Certaines conditions relatives aux rapports sur la qualité sont incluses dans les contrats, mais elles sont limitées, ne sont pas harmonisées entre les différents systèmes ou prestataires, et ne font pas l'objet d'un suivi et d'une application systématiques. Un certain intérêt et une réflexion existent sur la possibilité de passer des contrats sélectifs dans le cadre de certains programmes ou régimes. Aucune incitation n'est mise en place pour promouvoir une meilleure coordination des soins.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les modalités d'achat intègrent des mécanismes qui encouragent les prestataires à se concentrer sur la qualité des services et la coordination des soins, mais la mesure de leur impact est insuffisante.*

Une base de données de paiement des prestataires comporte des éléments pertinents pour la qualité qui permettent de comparer les modèles de pratique des prestataires (par exemple, le traitement de certaines affections spécifiques, les pratiques de prescription, les résultats chirurgicaux), une certaine analyse étant effectuée et des informations en retour étant communiquées aux prestataires. Cette base de données peut également être mise à contribution pour ajuster les paiements en fonction des performances en matière de qualité, par exemple les primes ou pénalités liées à la qualité (par exemple, le non-paiement d'erreurs chirurgicales majeures telles que l'oubli d'instruments dans le corps du patient, ou de problèmes évitables tels que les blessures dues à des chutes du lit d'hôpital), et les contrats de capitation qui stipulent des conditions ou des obligations de rapportage relatifs à certaines mesures de qualité (par exemple, la durée moyenne de consultation). Les mesures de la qualité peuvent être utilisées comme des paiements P4P supplémentaires liés à d'autres mécanismes de paiement ou comme des ajustements dans les formules de paiement, et peuvent être appliquées à tous les cas dans un établissement de santé (par exemple, ajustement de la qualité en pourcentage du paiement global pour atteindre des objectifs liés à l'efficacité clinique, à la sécurité ou à la rapidité des soins fournis), ou au niveau d'un groupe de cas spécifique (pour respecter des directives spécifiques), ou au niveau d'un cas individuel de patient (pour lequel des directives de qualité spécifiques sont respectées). Les éléments de paiement au titre de la coordination sont utilisés pour améliorer la coordination des soins entre les prestataires à différents échelons ou entre les spécialistes ou les disciplines. Certaines mesures de la qualité peuvent également être incluses dans un mécanisme d'accréditation qui peut également se répercuter sur le niveau de paiement aux établissements destinés aux prestataires.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Des instruments d'achat tels que les incitations financières sont utilisés pour promouvoir la qualité des soins et la coordination ; des informations et des indicateurs qui mesurent ces deux éléments sont couramment disponibles.*

Il existe un processus rigoureux d'accréditation des prestataires, et des contrats assortis de conditions comprenant du rapportage sur les mesures de la qualité sont utilisés à l'échelle du système plutôt qu'au niveau de chaque régime. La base de données sur les paiements des prestataires contient des informations pertinentes pour la qualité et est utilisée soit pour ajuster les paiements en fonction de la qualité, soit pour identifier les variations de pratiques (comme pour le niveau 3), avec un retour d'information régulier aux prestataires, en appui à une stratégie plus globale d'amélioration de la qualité. En outre, on peut se servir des mécanismes P4P pour soutenir la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité ou, plus largement, la production de rapports pertinents. La coordination des soins est encouragée par des méthodes de paiement groupé (*bundled payment*). Par exemple, l'organisme acheteur paie une redevance unique à une entité adjudicatrice pour couvrir tous les soins primaires nécessaires à la prise en charge d'une maladie chronique afin d'accroître la collaboration multidisciplinaire pour la prise en charge des maladies chroniques. Les liens entre les prestataires et les niveaux de soins peuvent également être établis sous la forme de systèmes d'orientation et de réseaux de prestataires coordonnés visant à améliorer la prestation des soins grâce à des objectifs harmonisés, des processus homogènes et une gestion partagée des informations entre les services.

#### Question 4.4 (ppmeff) :

**Les méthodes de paiement des prestataires et les mécanismes administratifs complémentaires permettent-ils de remédier à une éventuelle sur- ou sous-prestation de services ?**

##### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

La plupart des systèmes de santé sont confrontés à des problèmes d'offre insuffisante de certains services et d'offre excessive d'autres services ; l'offre excessive peut entraîner une escalade des coûts, un problème commun à de nombreux systèmes de santé, tandis que l'offre insuffisante de services essentiels freine les avancées vers la couverture sanitaire universelle. Cette question vise spécifiquement à savoir si, et dans l'affirmative comment, les modalités d'achat appliquées au sein du système de santé sont organisées pour répondre à ce problème.

Le mode de rémunération des prestataires, tant en ce qui concerne la méthode que le taux (prix, tarif), constitue l'un des leviers les plus efficaces pour influencer le comportement des prestataires. Aligner ou harmoniser les méthodes de paiement consiste à équilibrer les incitations indésirables d'une méthode avec les incitations positives d'une autre. La prédominance des systèmes de paiement à l'acte à durée indéterminée ou le recours excessif à ces systèmes conduit presque toujours à une sur-prestation de services ou à la fourniture de services non nécessaires. Les mécanismes de paiement fondés sur des formules peuvent améliorer l'alignement sur les objectifs stratégiques. Les systèmes basés sur les cas, par exemple les groupes homogènes de patients (*DRG*), incitent à un meilleur contrôle des coûts par hospitalisation, mais nécessitent des mesures complémentaires telles qu'un budget global et une vérification de l'utilisation pour gérer le risque d'hospitalisation inutile ou de sortie prématurée. La capitation est efficace pour la maîtrise des coûts mais peut conduire à une sous-budgétisation, et il convient donc d'en surveiller le potentiel.

Les paiements mixtes ou groupés représentent des exemples de la manière dont les organismes acheteurs peuvent combiner les méthodes et les prix pour générer des incitations souhaitables en faveur des prestataires tout en atténuant les incitations indésirables. Même dans les systèmes de paiement bien conçus, des mécanismes administratifs sont nécessaires pour garantir un alignement pérenne des incitations. Les prestataires peuvent réagir de manière tout à fait prévisible, mais incompatible avec les intentions des organismes acheteurs, par exemple en soumettant des codes plus onéreux dans le cadre des *DRG* afin d'augmenter les recettes. Le suivi des pratiques des prestataires, par exemple par le biais d'une analyse de l'utilisation, peut éclairer les stratégies de paiement, et les contrôles administratifs tels que l'audit, la vérification des demandes de remboursement et la lutte contre la fraude peuvent également contribuer à prévenir la sur-prestation.

##### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

L'étape 1 fournit des informations sur les méthodes de paiement utilisées dans les différents régimes et programmes. Cherchez à déterminer s'il y a abandon des méthodes de paiement uniques comportant peu d'incitations appropriées, telles que les méthodes de paiement basées sur les intrants et la rémunération à l'acte. L'abandon de « tarifs » définis et l'adoption d'une approche de paiement basée sur une formule représentent généralement un progrès, en ce qu'ils offrent la possibilité de traduire les objectifs politiques en ajustements de paiement spécifiques, ainsi que des mesures administratives pour neutraliser les conséquences non voulues.

##### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les incitations existantes dans les systèmes de paiement permettent aux prestataires d'offrir des services de manière excessive ou insuffisante, et l'on note le manque de mesures administratives complémentaires pour enrayer ce problème.*

Il n'existe pas de stratégie sérieuse visant à aligner les méthodes de paiement afin de remédier à la sous- ou à la sur-prestation au sein du système de santé. Par exemple, le système de paiement de la plupart des régimes/programmes est largement basé sur un mécanisme de paiement unique pour un type de soins spécifique, par exemple une budgétisation par poste basée sur les intrants pour les prestataires publics, et une rémunération à l'acte pour les prestataires privés. Les processus administratifs permettant de vérifier et de traiter les cas de sur ou de sous-prestation (par exemple, le contrôle de l'utilisation) n'existent pas ou ne sont pas mis en œuvre.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Des incitations alignées sur les objectifs commencent à être introduites dans le système de paiement des prestataires, mais celles-ci ne couvrent qu'une petite fraction de la population. L'examen des données administratives à des fins de contrôle des déclarations frauduleuses est limité.*

Un organisme acheteur reconnaît que l'utilisation d'une méthode de paiement unique incite à la sur ou sous-prestation, bien que seule une part relativement faible de la population ou de l'ensemble des dépenses de santé puisse être concernée. Néanmoins, la prise en compte de ces préoccupations par un organisme acheteur est importante, et il se peut que des mesures aient été introduites, telles que le passage à des paiements par capitation ou à des DRG, avec une combinaison délibérée de méthodes de paiement (par exemple, capitation plus paiement basé sur la production) pour contrecarrer les effets limités d'une méthode unique. Il se peut aussi qu'il y ait maintenant une analyse des données sur l'utilisation des services afin d'identifier les valeurs aberrantes (par exemple, en termes de durée moyenne d'hospitalisation ou de nombre de contacts avec les patients) afin de repérer les déclarations frauduleuses, et que des mesures de suivi soient prises (par exemple, par des informations ou des sanctions).

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les stratégies d'achat qui s'attaquent à la sur- ou sous-prestation sont mises en œuvre dans des programmes qui couvrent la majeure partie de la population, y compris les méthodes de paiement et les contrôles administratifs.*

La plupart des organismes acheteurs (ou l'organisme par lequel transitent la plupart des fonds prépayés ou qui couvre la majeure partie de la population) accordent une grande priorité au problème de sous- ou sur-prestation, et des mesures importantes ont été mises en œuvre à cette fin. Les exemples comprennent : l'utilisation accrue de méthodes de paiement délibérées ou explicitement mixtes pour équilibrer les incitations (par exemple, paiement au cas par cas ou rémunération à l'acte dans le cadre d'un plafond budgétaire global ou de plafonds de volume ; budgets ou capitation combinés avec des éléments de paiement basés sur le volume ou la performance) ; critères basés sur les résultats et facteurs d'ajustement des risques pour déterminer les budgets ; des mesures administratives telles que la vérification de l'utilisation ou l'analyse des demandes appliquées de manière routinière, y compris des contrôles automatisés pour les valeurs aberrantes (par exemple, durée de séjour supérieure ou inférieure à des seuils définis, prescription de plus d'un nombre fixe d'éléments par contact) qui, à leur tour, nécessitent une analyse détaillée pour en déduire des mesures visant à remédier à la sur- ou à la sous-prestation ; enfin, des processus de retour d'information aux prestataires sur la base d'analyses administratives régulièrement effectuées. La transition des tarifs vers des méthodes basées sur une formule a été amorcée. Certaines formules de paiement peuvent intégrer un facteur de neutralité budgétaire afin de garantir que le total des paiements ne dépasse pas les fonds disponibles.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les méthodes de paiement sont harmonisées dans l'ensemble du système de santé afin de mettre en place des incitations cohérentes pour remédier à la sur- ou à la sous-prestation, et font l'objet de révisions régulières ; des mécanismes administratifs sont en place pour maîtriser les conséquences non voulues.*

Les tendances de l'utilisation des services font l'objet d'une analyse régulière afin de déceler toute sur ou sous-prestation, les taux, les coefficients ou la combinaison des méthodes de paiement utilisées (et la part du paiement total pour chacune d'entre elles) étant ajustés en conséquence. Cela peut impliquer une plus grande utilisation de méthodes de paiement mixtes (combinées ou groupées) en vue du partage du risque financier entre les organismes acheteurs et les prestataires. On peut citer comme exemple un processus institutionnalisé de contrôle des paiements versés à un prestataire, basé sur le paiement par cas et doté d'un budget global pour contrôler l'ensemble des dépenses ; un autre exemple est la révision d'un paiement prospectif (par exemple,

salaires, rémunération à l'acte, capitation) intégrant des éléments de paiement basé sur la performance ou les résultats.

Les méthodes de paiement sont basées sur des formules et s'ajustent à la neutralité budgétaire, par exemple en utilisant un coefficient explicite pour tenir compte à la fois de la disponibilité des recettes et d'un volume plus élevé ou plus faible que prévu initialement, combiné à un taux de base initial et à des ajustements en fonction de la gravité, des besoins, de la privation relative, des missions d'enseignement ou d'autres critères pertinents. En outre, ou alternativement, le paiement groupé est utilisé, au moyen duquel plusieurs composantes des soins de santé pour une intervention spécifique sont mises en place et payées ensemble, sur la base des coûts attendus des cas des patients, des épisodes de soins dans un intervalle de temps déterminé. Les organismes acheteurs peuvent périodiquement ajuster les taux de paiement relatifs pour promouvoir certains services (par exemple la vaccination) ou en dissuader d'autres (par exemple les techniques de diagnostic de haute technologie), ou plus généralement pour inciter à une plus grande utilisation des services de soins de santé primaire tout en payant des prix relatifs plus bas pour les services à coût élevé mais peu prioritaires ; enfin, l'analyse des données sur l'utilisation au niveau des prestataires est utilisée de manière systématique pour identifier les valeurs aberrantes et prendre des mesures pour modifier les comportements.

La base de données sur l'utilisation des services intègre une série de contrôles automatisés des valeurs aberrantes (par exemple, durée de séjour inférieure ou supérieure à des seuils définis, hospitalisations répétées dans les 30 jours) nécessitant un examen plus approfondi pour déterminer si les soins ont fait l'objet d'une sous- ou d'une sur-prestation. Dans l'ensemble, les organismes acheteurs gèrent le système de paiement de manière dynamique et anticipent les changements (par exemple, dans les structures de coûts, la technologie, le comportement des prestataires) qui devraient résulter de l'utilisation de certains mécanismes de paiement (par exemple, prestation insuffisante en termes de soins de santé primaires avec capitation, prestation au malade insuffisante avec paiement par cas, hospitalisations répétées avec paiement par cas) tout en ajustant et en optimisant régulièrement les méthodes de paiement. Les vérifications de l'utilisation, l'analyse des demandes de remboursement, les mesures de détection des fraudes ou autres sont en place, et le processus de retour d'information systématique aux prestataires est bien établi.

## Question 4.5 (info4prch) :

**Les informations sur les activités des prestataires saisies par les organismes acheteurs sont-elles suffisantes pour orienter les décisions d'achat ?**



### CONTEXTE DE LA QUESTION

Une description détaillée de l'activité des prestataires, y compris ceux du secteur privé, est nécessaire pour rendre les achats plus stratégiques. Dans de nombreux systèmes de santé, les organismes acheteurs compilent des données sur l'activité des prestataires dans le cadre d'un processus de demande de remboursement rétrospectif, par exemple lorsque des paiements à l'acte ou par cas sont utilisés. Lorsque le paiement est prospectif, par exemple les budgets, la capitation, il faut d'autres mécanismes pour assurer le flux nécessaire de données à destination des organismes acheteurs.

Le progrès se traduit par le fait que les organismes acheteurs génèrent des informations plus fiables, plus détaillées et plus à jour sur l'activité des prestataires au fil du temps, tout en tenant compte des efforts requis des prestataires pour soumettre ces informations. Cela nécessite la saisie d'informations de plus en plus détaillées et complètes pour chaque consultation d'un patient en termes de données démographiques, de risques pour la santé et d'état de santé, d'antécédents médicaux, de données administratives relatives au diagnostic et au traitement fournies par le prestataire, c'est-à-dire l'utilisation des services et des intrants. Une possibilité de réaliser des progrès dans ce domaine consiste en la digitalisation de la présentation des données, bien que cela ne garantisse pas toujours une meilleure gestion de l'information pour les achats.



### QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Cette question porte essentiellement sur la disponibilité et la qualité des données relatives aux consultations des patients (y compris les « données relatives aux demandes de remboursement » dans le contexte du remboursement rétroactif par les assureurs) ; cela dépendra des exigences réelles en matière de présentation des données qui existent et de la qualité de ces présentations en termes de niveau de détail, de pertinence et de délai. Cela dépendra également de la standardisation des informations recueillies dans le cadre des programmes ou des projets identifiés à l'étape 1. Il est important que la charge de travail résultant des exigences relatives à la communication d'informations ne soit pas excessive, et l'harmonisation des formulaires et des processus de communication d'informations (voir la question 3.3) peut donc réduire la charge de travail des prestataires. En outre, le progrès suppose que les informations soient analysées et utilisées pour éclairer les décisions d'achat futures.

#### NIVEAU 1 : ÉMERGENT

*Les informations sur les activités des patients soumises aux agences d'achat sont sommaires et d'une utilité toute relative pour éclairer les décisions d'achat.*

Les informations sur les activités des patients soumises aux organismes acheteurs sont inexistantes ou basiques, rapportées sous forme d'agrégats par le système de routine. En outre, la fiabilité des données suscite des inquiétudes et les retards de transmission sont fréquents. Il existe un certain nombre de transmissions de données dans l'ensemble du système de santé, par exemple le principal système d'information sanitaire, les programmes de santé et les régimes d'assurance-maladie ou autres régimes de couverture. La portée des données collectées et soumises est limitée, en partie en raison du non-respect des règles, qui peut lui-même être imputable à la faiblesse des capacités ou en matière d'imposition des règles. Les premiers efforts consentis en matière de digitalisation n'ont pas encore permis d'améliorer la qualité et la disponibilité en temps voulu des données et ne permettent pas de remédier aux doubles emplois entre les différents programmes et régimes.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Bien qu'encore limitées, l'exhaustivité et la fiabilité des données sur l'activité des prestataires s'améliorent. Cependant, des problèmes de qualité persistent, ce qui limite l'utilisation à des fins d'amélioration des décisions d'achat.*

Les informations soumises par les prestataires sont plus complètes car les dossiers des patients contiennent des informations plus détaillées ; celles-ci comprennent les caractéristiques du patient, le diagnostic et les services fournis, quelles que soient les méthodes de paiement utilisées. Cependant, la multiplicité des formulaires crée une charge administrative élevée pour les prestataires, ce qui entraîne des retards dans la soumission, ce qui limite leur exploitation en vue de la prise de décision. La digitalisation est encore entreprise de manière indépendante par certains programmes et régimes, ce qui limite les gains d'efficacité en termes de charge de travail, et aucune agence n'est chargée de dresser un tableau d'ensemble du système.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les données sur les activités des prestataires collectées par le biais des dossiers des patients sont grandement améliorées en termes de détail, de fiabilité et de disponibilité en temps voulu, et sont de plus en plus exploitées pour éclairer les décisions d'achat.*

Les informations soumises par les prestataires de soins deviennent plus complètes, plus fiables et plus disponibles en temps utile à mesure que les dossiers des patients contiennent plus de détails sur des aspects essentiels tels que les caractéristiques des patients, les services fournis, les principaux intrants utilisés, par exemple les médicaments, le temps de travail du personnel. Bien que chaque organisme acheteur dispose toujours de son propre système de données, les formulaires de consultation des patients ont des champs standardisés qui facilitent la saisie des renseignements et réduisent la charge de travail. Cela améliore la qualité des données et facilite un processus de digitalisation cohérent. L'analyse des données par les agences d'achat est effectuée de manière plus systématique afin d'éclairer les décisions stratégiques.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les organismes acheteurs recueillent régulièrement des informations détaillées et fiables sur les activités des prestataires ; ces informations font l'objet d'une analyse régulière et sont exploitées pour éclairer les décisions d'achat et la gestion globale du système de santé.*

Les informations soumises par les prestataires par l'intermédiaire des formulaires de données sur les consultations des patients donnent un aperçu détaillé des activités des prestataires, par exemple des indications sur un large éventail d'informations administratives, cliniques et financières, y compris l'ensemble des intrants utilisés pour traiter les patients. Elles servent de socle pour la création d'une base de données nationale sur les consultations de patients, alimentée par les dossiers individuels des patients. Les données de ce système sont cohérentes pour tous les organismes acheteurs et une équipe au niveau national produit en permanence une analyse de la situation à l'échelle du système, qu'elle utilise pour éclairer les décisions d'achat, tant par les agences d'achat individuelles pour améliorer leurs opérations que par les organes directeurs pour orienter la fonction d'achat et pour la prise de décision plus générale en matière de politique de santé (voir la question 1.2).

## Question 4.6 (prvdauton) :

Quel est le degré d'autonomie financière des prestataires et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question vient compléter les questions précédentes, en particulier les questions 4.2, 4.3 et 4.4, qui examinent le cadre des incitations pour les fournisseurs. Elle est également étroitement liée à la question 6.2, étant donné que les règles régissant l'autonomie dans le secteur public occupent une place centrale dans la gestion des finances publiques. Pour pouvoir bénéficier des incitations financières, les prestataires ont besoin d'autonomie, c'est-à-dire de pouvoir de décision concernant les dépenses, afin de répondre aux besoins locaux à mesure qu'ils évoluent et que des opportunités se présentent. Une plus grande autonomie des prestataires s'accompagne de responsabilités et de la nécessité de mettre en place des mécanismes de responsabilisation qui garantissent l'amélioration des performances dans le droit fil des objectifs de la couverture sanitaire universelle.

La clé pour améliorer la performance des prestataires consiste à trouver un équilibre entre les incitations financières du système de paiement, l'autonomie accordée aux prestataires sur les décisions concernant les dépenses et les mesures de responsabilisation voulues. Si le prestataire n'a pas de pouvoir de décision ni même les compétences et les capacités nécessaires, les incitations financières n'auront pas l'effet souhaité. Si ces éléments sont en place, mais que les mécanismes de responsabilisation sont précaires, là encore, les performances peuvent évoluer dans le sens qui n'était pas prévu, à savoir, par exemple, que la génération de revenus peut prendre le pas sur la protection financière des patients. Un examen et des ajustements réguliers seront probablement nécessaires.

Dans le secteur privé, la question de l'autonomie financière est moins centrale, car les prestataires sont autonomes de par leur statut. Cependant, lorsque les agences publiques d'achat peuvent passer des contrats avec des prestataires privés, il est impératif de demander des comptes à ces derniers.



### QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les prestataires publics ont une autonomie nulle ou extrêmement limitée et ne peuvent pas donner suite aux incitations financières à travers le système de paiement.*

Les prestataires n'ont aucun pouvoir financier ni pouvoir de gestion ; toutes les décisions de dépenses ou de réaffectation des fonds doivent être approuvées par des services administratifs de niveau supérieur (une situation courante dans les systèmes de santé qui reposent largement sur une logique de commandement et contrôle assurés par l'administration centrale). Dans le cas de figure où il est fait recours à des prestataires privés, ces derniers sont tenus à très peu d'obligations en termes de redevabilité (par exemple, remise de rapports), ce qui rend difficile l'évaluation des performances.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les prestataires publics bénéficient d'une plus grande autonomie financière et d'une plus grande autonomie de gestion, mais les mécanismes de responsabilisation sont précaires.*

Les établissements du secteur public se voient accorder une autonomie financière partielle avec contrôle sur certains revenus, par exemple la part retenue des contributions des usagers, et pour ces fonds, ils disposent de leur propre compte bancaire ou compte de trésorerie. Cependant, les règles régissant l'emploi de ces fonds sont

soit trop restrictives soit trop permissives, ce qui soulève des inquiétudes quant au caractère inapproprié de la marge de manœuvre accordée ou au caractère insuffisant du mécanisme de responsabilisation. Lorsque les agences publiques d'achat font un grand recours à des prestataires privés, les exigences de rapportage et de redevabilité sont plus claires, même s'il reste difficile d'obtenir régulièrement et en temps opportun des informations de qualité sur l'utilisation des fonds.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les prestataires publics se voient accorder une plus grande autonomie de gestion et une plus grande autonomie financière, et les exigences relatives à la redevabilité sont de plus en plus respectées.*

Les prestataires publics exercent le pouvoir d'ordonner sur une part accrue des fonds reçus, par exemple les contributions financières des patients, les remboursements de l'assurance-maladie et les ressources allouées en fonction des résultats, mais pas sur leur budget de base. Ils peuvent gérer leur marge de manœuvre sur les fonds discrétionnaires, mais avec des mesures de redevabilité strictes et mises en application aussi bien dans le cadre des rapports financiers que des rapports d'activité. Dans le secteur privé, les exigences concernant le rapportage sont globalement respectées de manière satisfaisante, mais des améliorations supplémentaires sont nécessaires. Les possibilités de prise de décision concernant le personnel d'appui (non clinique) augmentent.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les prestataires jouissent d'une autonomie de gestion et d'une autonomie financière importantes, et sont clairement incités à améliorer les résultats et sont tenus comptables de ces derniers.*

Dans le secteur public, les prestataires contrôlent leur budget, y compris, mais sans s'y limiter, les revenus supplémentaires provenant par exemple des contributions des patients, et peuvent ainsi procéder à des réaffectations entre les lignes budgétaires sans approbation préalable. Il existe souvent des mécanismes qui leur permettent de percevoir, de gérer et de rendre compte directement de toutes les sources de fonds. Le pouvoir de gestion au niveau des prestataires et la participation de ces derniers aux décisions de dotation en personnel sont considérables. Cet état de fait s'accompagne d'exigences claires et exhaustives en matière de rapportage, et des mécanismes de surveillance sont en place pour les prestataires ou les réseaux de prestataires de grande envergure, à l'instar de conseils d'administration. Les incitations financières sont régulièrement examinées et évaluées, et dans l'ensemble, elles se traduisent par des améliorations de performance. Les prestataires du secteur privé se conforment aux exigences relatives à la redevabilité, qui sont également régulièrement passées en revue. Les agences d'achat peuvent mesurer la performance des prestataires dans l'ensemble du système de santé.

## 8. PRESTATIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS

<b>i</b>	<i>LA POLITIQUE RELATIVE AUX PRESTATIONS COMPREND LES DÉCISIONS SUR LES DROITS AUX PRESTATIONS DE LA POPULATION, C'EST-À-DIRE LES SERVICES, LES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS MÉDICAUX FINANCÉS PAR L'ÉTAT. LES DÉCISIONS RELATIVES AUX CONDITIONS D'ACCÈS, TELLES QUE L'EXIGENCE D'UNE CONTRIBUTION FINANCIÈRES DES PATIENTS OU L'ADHÉSION À UN SYSTÈME DE RÉFÉRENCE FONT ÉGALEMENT PARTIE DES DÉCISIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS. ENSEMBLE, CES DEUX ASPECTS PEUVENT DÉTERMINER LA FAÇON DONT LES SERVICES FINANCÉS PAR L'ÉTAT SONT FOURNIS ET LES MODALITÉS D'ACCÈS AUXDITS SERVICES.</i>
----------	--

ATTRIBUTS SOUHAITABLES DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS D'ACCÈS*		QUESTIONS
<b>BR1</b>	La population comprend clairement ses droits et obligations.	benexplct (5.1) benundrstd (5.3) copaydsng (5.4)
<b>BR2</b>	Un ensemble de prestations de services de santé prioritaires dans un cadre unifié est mis en œuvre pour l'ensemble de la population.	benexplct (5.1)
<b>BR3</b>	Avant qu'elles ne soient adoptées, les modifications à apporter aux prestations de services sont soumises à des évaluations de leur rentabilité et de leur impact budgétaire.	benprcss (5.2)
<b>BR4</b>	Les prestations définies sont alignées sur les revenus disponibles, les services de santé et les mécanismes d'allocation des fonds aux prestataires.	allocneeds (4.1) benrevalgn (5.5) pfmallocrpty (6.2)
<b>BR5</b>	La conception des prestations intègre des limites claires sur les frais d'utilisation et protège l'accès pour les groupes vulnérables.	copaydsng (5.4)

\* Les attributs souhaitables définissent des situations idéales pertinentes pour chaque domaine d'évaluation.

## Question 5.1 (benexplct) :

Existe-t-il une série de prestations clairement définies pour l'ensemble de la population ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

L'expérience internationale montre que les déclarations générales concernant la couverture sanitaire universelle ou les droits aux prestations pour la population ne suffisent pas pour réaliser de réels progrès ; en revanche, le caractère explicite et clair des droits et des conditions d'accès qui vont de pair réduit l'incertitude (qui constitue généralement un obstacle à l'accès aux services) pour la population et représente un pas dans la bonne direction. Accroître la transparence ne signifie pas définir les prestations dans les détails, car cela peut prêter à confusion, surtout lorsque les services couverts sont définis dans de longues listes complexes. De nombreux pays se montrent de plus en plus clairs sur ce à quoi la population a droit et n'a pas droit, par exemple en mettant en place des paquets de services essentiels.

En outre, de nombreux pays commencent à se départir de la multiplicité de régimes de couverture sanitaire dont chacun cible un groupe de population différent ; l'étape 1 devrait permettre de déterminer si tel est le cas dans le pays considéré. Lorsque le « dispositif de couverture » est ainsi fragmenté, chaque régime propose généralement son propre ensemble de prestations, les différences, et partant, les inégalités de droits étant alors fonction du régime qui couvre l'individu. Les démarches visant à se défaire de cette approche sont essentielles pour évoluer vers la couverture sanitaire universelle et incluent la mise en place et le renforcement d'un ensemble minimum commun de prestations pour tous les citoyens, là encore souvent sous la forme d'un paquet de services essentiels ou d'un ensemble de services garantis pour l'ensemble de la population.

Lorsqu'il n'existe pas d'ensemble universel de droits aux prestations, les pays restent confrontés à des choix sur la manière de hiérarchiser les dépenses ; les mesures qui ciblent spécifiquement les plus vulnérables de la société et ceux qui ont des besoins en santé plus importants relèvent également de la poursuite de la couverture sanitaire universelle. Un aspect important à prendre en considération est la mesure dans laquelle les contributions spécifiques affectées, par exemple à l'assurance-maladie, déterminent les droits aux prestations et par la suite l'accès aux soins. Les progrès vers la couverture sanitaire universelle sont renforcés lorsque les droits aux prestations ou la politique de couverture sont fondés sur le droit aux soins de santé plutôt que sur un avantage lié à l'emploi.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Pour cette question, pour savoir dans quelle mesure les droits aux prestations de santé sont clairement définis, universels et axés d'une certaine manière sur les couches les plus vulnérables de la population, recherchez :

- des déclarations explicites faisant état de prestations (plutôt que des déclarations à caractère général) ; par exemple, il pourrait y avoir une liste définie de services garantis (listes positives ou négatives) ou des niveaux de soins, par exemple les soins de santé primaires ;
- une déclaration claire selon laquelle un ensemble spécifique de droits aux prestations est de nature universelle, c'est-à-dire accessible à tous les citoyens, plutôt que dépendant d'une contribution financière spécifique ; cet ensemble de droits aux prestations peut exister parallèlement à une autre couverture, par exemple un régime d'assurance. Au niveau du système, un assouplissement de tout lien entre les contributions et les droits aux prestations constitue généralement une avancée ;
- il n'y a pas de paiement à charge de l'utilisateur pour ces services, ou s'il y en a, elle est négligeable et les groupes prioritaires, par exemple ceux vivant en dessous du seuil de pauvreté, en sont exonérés ;
- un effort est fait pour consacrer les dépenses en priorité aux plus vulnérables de la société.

Commencez par passer en revue les informations compilées à l'étape 1, qui devraient décrire la manière dont les prestations sont fournies dans le cadre de différentes modalités de couverture, et si possible avec force détails.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les droits aux prestations sont implicites pour la majorité de la population, et la priorité n'est pas accordée aux groupes de population vulnérables.*

Dans certains cas, les prestations sont définies en des termes généraux ou vagues, tous les services étant théoriquement considérés comme gratuits au point de service. Dans les faits, le ciblage est insuffisant ou inexistant, les fournitures sont en rupture de stock, et il est possible que les patients aient à verser des dessous-de-table. Dans d'autres cas, il peut y avoir plusieurs régimes ciblant différentes couches de la population, les droits aux prestations variant considérablement d'un régime ou d'un programme à l'autre, et, pour un petit groupe, en fonction du statut d'emploi.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les droits aux prestations sont explicites et liés aux contributions pour les groupes relativement aisés, mais implicites pour la majorité de la population, à l'exception peut-être de certains programmes verticaux.*

Certaines évolutions ont rendu les droits aux prestations plus explicites, mais uniquement pour les franges plus aisées de la population, telles que les salariés des secteurs public et privé. La mise en place d'un régime d'assurance contributif pour les fonctionnaires en est un exemple courant. Au-delà de cela, peu de choses ont changé pour la majorité de la population, la plupart des droits aux prestations étant largement implicites, bien qu'il existe des programmes ciblés tels que les programmes sur le VIH, la tuberculose, la vaccination et la santé de la mère et de l'enfant.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les droits aux prestations sont explicites pour la majorité de la population et des mesures sont prises pour universaliser explicitement certaines prestations sur une base non contributive ; des différences concernant les droits aux prestations subsistent entre les régimes.*

Beaucoup plus de politiques et de mesures sont mises en place dans lesquelles les pouvoirs publics rendent explicites les droits aux prestations pour la population ; les mesures prises intègrent une forte dimension universelle, par exemple pour les soins de santé primaires, ou un paquet de services hospitaliers/spécialisés, qui ne sont pas assujettis à une contribution financière spécifique apportée par les individus. Plusieurs régimes de couverture sanitaire demeurent en place cependant, et les droits aux prestations varient toujours d'un régime à l'autre, avec les inégalités structurelles que cela crée.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les droits aux prestations sont définis explicitement pour l'ensemble de la population, des dispositions étant prévues pour les groupes vulnérables ou pour d'autres objectifs de la politique de santé.*

Les droits universels aux prestations sont spécifiés explicitement, dans des listes positives ou négatives, et constituent le socle du système de santé. Il n'existe pas de différences notables dans les droits aux prestations au sein de la population, par rapport au niveau de revenu, à l'employeur, au lieu de résidence ou à d'autres caractéristiques socioéconomiques. Cet état de fait prévaut même lorsqu'il existe plusieurs régimes de couverture. Le cas échéant, des dispositions existent, par exemple la non-exigence d'un copaiement, pour les groupes vulnérables prioritaires ou pour les services définis comme objectifs prioritaires de la politique de santé.

## Question 5.2 (benprcss) :

**Les décisions concernant les services qui doivent être financés par des fonds publics sont-elles prises de façon transparente et suivant des processus et des critères clairement définis ?**

### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

Alors que la conception des prestations peut influencer sur la performance du système de santé et devrait être fondée sur des données probantes, des choix difficiles devront être opérés face aux arbitrages à faire et, par conséquent, de nombreuses décisions sont également intrinsèquement politiques. Un processus transparent qui tient compte à la fois des données scientifiques et des valeurs sociétales est important pour définir les priorités en s'appuyant sur un large soutien. De nombreux pays procèdent actuellement à la mise en place de tels processus. Les préoccupations primordiales qui guident les décisions concernent notamment le rendement, l'équité et la protection financière, mais l'équilibre établi entre ces éléments variera d'un pays à l'autre. La prise en compte des exigences ou des préférences de la population est également importante, tout comme l'impact budgétaire de toute décision ; le financement des biens publics ou semi-publics revêt également une importance cruciale.

Les préoccupations concernant l'efficacité tiendront compte des évaluations coût-efficacité et autres méthodes de l'évaluation des technologies de la santé pour les produits diagnostiques et traitements disponibles ; les décisions d'équité prendront en compte l'équité aussi bien verticale qu'horizontale et détermineront les conditions les plus susceptibles de toucher les groupes vulnérables, les coûts directs et indirects auxquels les patients doivent s'attendre, les prérequis du côté de l'offre pour fournir les services à travers l'ensemble du pays, et les estimations de l'impact sur le budget de la santé à court, moyen et long terme (la question 5.5 examine cet aspect plus en profondeur). L'utilisation de ces éléments probants constitue la base pour établir la liste des services prioritaires et assurer une utilisation optimale du peu de ressources disponibles, et pour maximiser les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Des mécanismes permettant d'obtenir et de prendre en compte les points de vue des différentes parties prenantes de la société sont essentiels pour un soutien politique et une large acceptation de ce qui peut être un exercice hautement technocratique.

### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Un processus clair de prise de décisions concernant les droits aux prestations, qui énonce des critères explicites servant de fondement des décisions, est essentiel pour prendre les décisions relatives aux prestations en toute transparence. La transparence est importante pour la redevabilité et un plus large soutien du public à l'utilisation des fonds publics. Des éléments de preuve doivent être produits pour faciliter les délibérations autour de ces critères, de même que des lignes directrices pour tenir compte du point de vue des différentes parties prenantes.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les décisions concernant les prestations financées par l'État ne sont pas prises de manière transparente, les critères et processus servant de fondement des décisions font défaut, et les points de vue des parties prenantes ne sont pas pris en compte.*

Il n'y a pas de processus décisionnel méthodique sur la manière dont les fonds publics sont utilisés ou pourraient mieux l'être. Chaque année, les fonds sont alloués conformément aux budgets de l'année précédente, ce qui ne correspond pas aux priorités programmatiques. Il n'existe pas de critères établis pour orienter les décisions concernant les prestations, par exemple améliorer l'efficacité, renforcer la protection financière ou couvrir les besoins non satisfaits. En conséquence, les services de plus haute priorité sont souvent sous-financés.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Certaines décisions concernant les prestations financées par l'État sont évaluées par rapport à certains critères et des plans pour la mise en place d'un processus formel sont à l'étude, mais la prise de décision est en grande partie opaque (pas transparente).*

Certaines interventions, y compris pour les médicaments, sont évaluées du point de vue de leur efficacité et de leur coût, par exemple dans le cadre d'un programme de santé tel que ceux portant sur la tuberculose ou le paludisme. Des discussions et des plans pour la mise en place d'un processus formel (par exemple, une évaluation des technologies de la santé) sont à l'étude, mais la plupart des décisions sont implicites, prenant la forme de dotations budgétaires annuelles, ou arbitraires ou dominées par des intérêts professionnels ou politiques. Les différences de couverture des prestations entre les groupes de population subsistent, mais, dans une certaine mesure, elles sont réduites, et la redistribution des prestations se fonde sur des critères tels que l'âge ou le sexe pour améliorer l'équité.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Un plus grand nombre d'évaluations sont effectuées pour éclairer les décisions concernant les prestations, et une décision a été prise d'institutionnaliser un processus explicite qui intègre des critères tels que l'efficience et l'impact budgétaire.*

Un plus grand nombre d'évaluations sont menées pour éclairer les décisions relatives aux prestations, qu'il s'agisse de services ou de médicaments ; de plus en plus, ces prestations sont financées par des fonds nationaux plutôt que par des ressources extérieures. Une décision a été prise d'institutionnaliser un processus systématique afin d'éclairer les décisions, intégrant des critères tels que la rentabilité et l'impact sur l'accès équitable, la protection financière et les dépenses budgétaires prévisionnelles.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les lois ou règlements en place exigent que les modifications qu'il est proposé d'apporter aux prestations financées par l'État soient systématiquement soumises à des évaluations et à des délibérations ; les parties prenantes expertes et non expertes y sont associées.*

Des lois ou des réglementations bureaucratiques spécifiques sont en place ; elles définissent à la fois le processus à appliquer et les critères par rapport auxquels les modifications qu'il est proposé d'apporter aux prestations financées par l'État doivent être évaluées avant l'approbation politique. Les critères sont alignés sur les objectifs du système de santé, tels que le cout-efficacité (efficience), l'équité et la protection financière ; une analyse de l'impact budgétaire est également requise. Le processus politique de prise de décision associe à la fois des experts et des parties prenantes de la société au sens large. Dans ce scénario, les prestations répondent pleinement aux besoins de santé de la population et favorisent l'équité dans l'accès aux soins de santé.

### Question 5.3 (benundrstd) :

Dans quelle mesure les droits de la population aux prestations et les conditions d'accès sont-ils définis de manière explicite et en des termes faciles à comprendre ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question porte sur le degré de connaissance et de compréhension par la population de ses droits aux prestations, en particulier les prestations auxquelles elle peut accéder gratuitement (ou en versant un faible copaiement) au point de service. Les services financés par l'État, médicaments y compris, représentent une promesse de l'État vis-à-vis de la population. Pour que les décisions relatives aux prestations ou la politique de couverture entraînent un changement positif dans la performance du système de santé, il est essentiel que les populations comprennent clairement leurs droits, c'est-à-dire les prestations auxquelles elles peuvent accéder gratuitement au point de service, si des frais d'utilisation doivent être payés et, le cas échéant, quel en est le montant et la structure de paiement; compte tenu de l'importance des enjeux relatif aux obligations financières, ce point est traité en détail à la question 5.4 (copaydsng).

Cette question-ci s'intéresse aux conditions non financières de l'accès, telles que l'obligation d'utiliser un système de référence, ou les limites des prestations, par exemple les médicaments génériques (plutôt que les médicaments princeps), le traitement spécifique d'un problème de santé ou des services accessibles uniquement dans certaines structures. Les progrès sur la question 5.1 (benexplct) et la question 5.2 (benprcss) contribueront aux progrès sur cette question-ci.

La politique de couverture, tant du point de vue des droits aux prestations que des conditions d'accès, doit être clairement définie et facile à comprendre pour la population ; s'ils sont dans le doute, les patients risquent de décider de ne pas rechercher les soins dont ils ont besoin ; la transparence est donc un objectif essentiel des systèmes de santé et impose d'éviter des droits aux prestations et des conditions d'accès trop détaillés, différenciés et compliqués ; cela signifie éviter un jargon technique et, de façon générale, dire les choses simplement, mais clairement.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Évaluez le système de santé sous l'angle des aspects qui apportent plus de clarté et de transparence dans les droits des populations aux prestations et dans les conditions d'accès non financières. Ces aspects incluent des déclarations explicites, qui ne sont pas trop détaillées, qui sont claires, concises et simples, et qui sont largement portées à l'attention de la population.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les droits aux prestations et les conditions d'accès ne sont pas clairement définis et les gens ne les comprennent pas.*

Les droits aux prestations ne sont pas clairement définis, mais sont plutôt implicites, peu étant fait pour s'assurer que les gens comprennent clairement les services, les médicaments, etc. auxquels ils peuvent prétendre. Les conditions d'accès ne sont pas non plus clairement comprises par la population, d'où la nécessité d'un système d'orientation-recours ou d'un accès à des établissements spécifiques.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les droits et les conditions d'accès aux prestations sont clairs pour une partie de la population, mais ils restent incertains pour la majorité ; quelques efforts de communication sont faits, mais ils sont limités.*

Les droits et les conditions d'accès aux prestations ne sont explicites et clairs que dans certains programmes ou pour une proportion relativement faible de la population ; ils ne sont pas énoncés en des termes simples. Dans la plupart des cas, avant de se rendre dans un établissement de santé ou lorsqu'ils y arrivent, les patients ne

sont pas sûrs si le traitement dont ils ont besoin (y compris les médicaments et autres produits) est couvert ou non.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Des mesures importantes ont été prises pour rendre les droits et les conditions d'accès aux prestations explicites pour la majorité de la population, mais elles restent floues pour beaucoup de personnes.*

Des efforts concertés sont faits pour définir les droits et les conditions d'accès aux prestations de manière explicite dans les régimes de couverture ou pour la majorité de la population. Cependant, les prestations sont souvent présentées de manière excessivement détaillée et sous forme de listes de conditions et de produits diagnostiques plutôt que de niveaux de soins par exemple. Cette approche complique la compréhension pour une grande partie de la population ; par exemple, il est difficile, voire impossible, de bien cerner les droits aux prestations en raison du chevauchement de plusieurs paquets de prestations et de l'excès de détails.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les droits aux prestations et les obligations sont clairement définis concernant des dimensions essentielles et sont clairement communiqués à la population et compris par celle-ci.*

Les droits aux prestations et les obligations sont clairement définis pour l'ensemble de la population, même lorsqu'il existe plusieurs régimes et programmes de couverture. Les droits aux prestations sont définis en des termes simples et clairs pour ce qui est, par exemple, du fondement desdits droits, du niveau des soins (par exemple, les soins de santé primaires) pour les services de premier contact lorsqu'ils font partie d'un système avec échelonnement des soins, ou des prestataires faisant partie d'un réseau privilégié ; il peut y avoir des renseignements supplémentaires concernant les droits aux prestations pour les soins de référence, à l'instar du programme AUGÉ du Chili, mais sans trop de détails. Une communication généralisée est assurée à l'intention de la population dans un langage approprié et à travers des canaux clairs, qui permet à la population de contacter les autorités compétentes pour des questions et des précisions.

## **i INDICATEURS QUANTITATIFS**

Lorsque des données d'enquête sur la satisfaction des clients sont disponibles, elles peuvent fournir des informations utiles sur les niveaux de compréhension (ou d'incompréhension) des droits aux prestations et des conditions non financières d'accès.

### Question 5.4 (copaydsn) :

**Les frais d'usager sont-ils conçus pour s'assurer que les obligations financières sont claires et s'accompagnent de mécanismes de protection pour les patients ?**

#### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

L'une des conditions les plus courantes d'accès aux prestations financées par l'État est l'exigence que les patients acquittent des frais d'usager (frais d'utilisation), également appelé ticket modérateur, quote-part, copaiement ou participation aux frais. Lorsque les patients ne savent pas s'ils doivent payer un copaiement dans un établissement ou s'ils ne sont pas certains du montant à payer, cela peut constituer un obstacle majeur à la recherche de soins. Si malgré cela le patient recherche tout de même les soins, le versement d'un copaiement peut être source de difficultés financières pour lui.

Même des copaiements de faible montant peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des services, en particulier pour les personnes démunies. Cependant, compte tenu des ressources très limitées dans de nombreux pays, les patients seront probablement appelés à effectuer des paiements directs au moins pour certains services de santé. Des données factuelles montrent que les paiements directs pour les médicaments sont une cause majeure du faible niveau de protection financière dans le monde. Cela découle en partie de la combinaison de la progression des maladies non transmissibles et du besoin de médicaments de long cours pour contrôler des facteurs de risque avec le fait que les médicaments ambulatoires sont souvent exclus des paquets de prestations.

Des données factuelles montrent que la politique des copaiements doit être explicite, claire et simple, et conçue de manière à réduire les effets pernicioeux. Lorsque le copaiement est défini comme un pourcentage de la facture, une grande incertitude peut planer sur le montant total à payer – en effet, même l'établissement de santé peut ne pas le connaître. Les patients peuvent également ne pas être sûrs des coûts indirects qu'ils devront supporter, par exemple pour le transport, l'alimentation et l'hébergement, les médicaments et autres fournitures. Les coûts en temps sont également une composante importante des coûts indirects, et sont supportés de manière inégale au sein de la population, puisqu'ils sont souvent plus élevés pour les pauvres. Enfin, le temps nécessaire pour accéder aux services peut entraîner une perte de revenus.

Des copaiements sous forme de forfait sont faciles à comprendre et réduisent l'incertitude quant au paiement exigé. D'autres mesures qui protègent les patients contre les paiements excessifs incluent le plafonnement annuel des copaiements et les exonérations ; dans les deux cas, la mise en œuvre sera difficile lorsque les capacités administratives sont insuffisantes et que des informations détaillées ne sont pas disponibles. Des approches plus simples telles que des exonérations ciblées pour certains services ou certaines zones géographiques sont plus susceptibles d'être réalisables d'un point de vue administratif.

#### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Se référer aux informations communiquées à l'étape 1, où un codage des réponses est également proposé. Cette question 5.4 peut être ignorée dans le cas de figure où il n'y a pas de copaiement officiels. Veuillez cependant mettre en évidence les éléments de preuve de tout paiement informels dans le système de santé, accompagnés d'informations à l'appui si possible. Examinez la structure des copaiements ; les forfaits sont clairs, alors que les copaiements en pourcentage sont sources d'incertitude, bien que les plafonds annuels puissent avoir un effet d'atténuation, tout comme les exonérations, lorsqu'ils sont effectivement appliqués.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Quelle que soit la façon dont la politique a été conçue, les patients doivent généralement verser des paiements informels pour obtenir des soins.*

Les financements publics sont insuffisants pour répondre aux besoins de santé et l'achat est faible. En conséquence, les patients versent généralement des paiements informels pour obtenir des soins. De nombreux frais sont à payer pour différents services, ou alors les paiements informels sont monnaie courante. Les frais d'utilisation (copaiements) sont mal conçus et appliqués, ce qui entraîne des obstacles à l'accès et des difficultés financières.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les copaiements sont très détaillés ou définis en termes de pourcentage et fonction du traitement administré plutôt que de la capacité de payer ; quelques mécanismes de protection sont en place.*

Une plus grande attention est accordée à la conception des frais d'utilisation, mais la conception est très détaillée et intègre les copaiements définis comme pourcentage du prix, de sorte que les gens maîtrisent peu ce qu'ils devront payer de leur poche. Certains mécanismes de ciblage indirect sont en place pour protéger les populations vulnérables, par exemple le ciblage géographique ou des services du niveau des soins de santé primaires, mais ceux-ci sont insuffisants en raison d'une mise en œuvre qui laisse à désirer. Les copaiements ne sont pas plafonnés. Des efforts sont faits pour informer les patients de leurs obligations financières, mais celles sont difficiles à comprendre (par exemple, un grand nombre de prix différents nécessitant que le patient les déchiffre lui-même pour comprendre la charge financière qui lui revient).

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Le barème des quotes-parts est limité et clair, organisé par niveau de soins, structuré sous forme de frais fixes, et intègre des mécanismes d'exonération pour les pauvres ; des défis de mise en œuvre subsistent.*

Les frais d'utilisation sont organisés par niveau de soins plutôt que par diagnostic et sous forme de copaiement fixe et non sous forme de pourcentage. Il existe des exonérations ou d'autres mécanismes de protection des personnes exposées à la pauvreté ou à l'exclusion sociale et des personnes souffrant de maladies chroniques. Les quotes-parts des patients sont plafonnées. Des défis subsistent cependant autour de la conception et de la mise en œuvre des mécanismes de protection.

La tarification comporte un ensemble limité de frais organisés par niveau de soins plutôt que par diagnostic, utilise des forfaits plutôt que des pourcentages, est généralement respectée et prévoit des exemptions ou d'autres mécanismes pour exonérer les pauvres ou limiter les paiements des personnes souffrant de maladies chroniques. Des défis subsistent cependant dans la mise en œuvre de ces mécanismes de protection.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*La structure tarifaire des copaiements est facile à comprendre ; elle a été conçue de façon telle qu'elle permet de protéger les personnes vulnérables.*

Les frais à charge de l'utilisateur sont soigneusement conçus et communiqués d'une manière facile à comprendre. Il y est fait recours avec parcimonie, sous la forme de copaiements de montants fixes et faibles plutôt que de copaiements en pourcentage. Ils ne constituent pas un obstacle à l'accès ou n'entraînent pas de difficultés financières, car il existe des exonérations pour les personnes exposées à la pauvreté ou à l'exclusion sociale et pour les personnes souffrant de maladies chroniques, ainsi qu'un plafond annuel pour tous les copaiements. Le plafond annuel est lié au revenu du ménage et mis en œuvre de manière facile à comprendre.

### Question 5.5 (benrevalgn) :

**Les prestations définies sont-elles en adéquation avec les recettes disponibles, les services de santé disponibles et les mécanismes d'achat ?**

#### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

Les décisions des dirigeants concernant la conception du paquet des prestations, c'est-à-dire à la fois les droits aux prestations et les conditions d'accès, peuvent être l'un des instruments ou leviers les plus efficaces pour améliorer la performance du système de santé, en particulier lorsqu'elles sont alignées de manière réaliste avec les revenus disponibles et coordonnées avec des politiques de renforcement complémentaires telles que l'élaboration de budgets-programmes et l'amélioration des achats stratégiques.

Lorsque les droits aux prestations dépassent considérablement les fonds disponibles, il y a inadéquation ou déséquilibre, et un rationnement implicite se produit, par exemple en raison de retards ou de non-paiement des salaires, de pénurie de médicaments et d'autres fournitures qui réduisent la qualité du service, ou de l'augmentation des paiements informels. Lorsque l'inadéquation se produit de cette manière, ce sont les besoins de santé plus importants qui finissent par ne pas trouver réponse ou la protection financière qui se détériore davantage. Pour cette raison, le fait de définir les droits aux prestations de manière explicite, concise et claire en utilisant un langage simple (voir la question 5.1) favorise les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Si la question 5.2 portait sur l'utilisation de critères dans les décisions relatives aux prestations, cette question quant à elle s'intéresse plus précisément à l'alignement sur les revenus.

Cependant, même lorsque les ressources financières sont à la hauteur des prestations à garantir, l'argent ne parvient pas automatiquement aux services prioritaires ; il faut un lien ou mécanisme explicite garantissant cela. Cela souligne l'importance d'un acheteur stratégique pour assurer la réalisation des prestations ainsi que pour faire respecter les conditions d'accès. Pour qu'une agence d'achat soit efficace, des réformes des systèmes de gestion des finances publiques peuvent également être nécessaires. Les considérations tarifaires sont également importantes ici, par exemple si le montant payé par l'acheteur reflète le coût réel de la prestation du service, il y aura adéquation, mais lorsque ce n'est pas le cas (et si cela ne fait pas partie d'une politique d'achat stratégique délibérée), il y a une inadéquation et les prestataires peuvent exiger des paiements informels aux patients ; les prestataires peuvent aussi être officiellement autorisés à « équilibrer la facture », c'est-à-dire facturer aux patients ce que l'agence d'achat ne couvre pas ; dans les deux cas, il y a un risque de charge financière élevée pour le patient.



#### **QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Ici, nous cherchons plus précisément à déterminer si les décisions relatives aux prestations ont été soumises à une analyse de l'impact budgétaire et ajustées en conséquence, démarche essentielle pour s'assurer que les fonds sont disponibles pour les prestations officiellement garanties. En outre, nous recherchons des instruments budgétaires et des instruments d'achat en place pour garantir que les fonds sont acheminés vers les services et produits connexes définis comme prioritaires. Les mécanismes budgétaires pertinents tels que les budgets-programmes sont examinés en détail à la question 6.2 (pfmallocprty) ; cette question-ci examine donc de plus près si les systèmes établissent des règles et des incitations par le biais de mécanismes de paiement des prestataires pour encourager l'affectation de fonds aux priorités dans la prestation de services. Les exemples incluent l'utilisation stratégique des prix ou des tarifs pour refléter les priorités. Les barèmes de prix et les informations sur la qualité peuvent être rendus publics.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les décisions concernant les prestations garanties sont prises sans tenir compte des fonds disponibles, aucun mécanisme n'est en place pour garantir l'affectation de fonds aux prestations garanties aux citoyens.*

Les déclarations relatives aux prestations sont vagues et supposent que tous les services sont couverts même si ce n'est manifestement pas le cas. Dans la pratique, les services essentiels souffrent d'un sous-financement chronique, et les allocations à de nombreux prestataires ne couvrent qu'une petite partie des coûts récurrents, ce qui entraîne un rationnement implicite, qui prend notamment la forme de pénuries de fournitures essentielles, de paiements informels versés par les patients, de longues listes d'attente ou d'une faible utilisation, et de la carence à satisfaire les patients. Les budgets et les priorités de santé ne sont pas liés.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Les interventions sont chiffrées et des mécanismes de paiement explicites des prestataires existent pour certaines prestations, mais à petite échelle et généralement en dehors du système central de gestion des finances publiques.*

Le chiffrage des coûts et les estimations budgétaires sont réalisés pour certaines prestations garanties, souvent financées par des ressources extérieures ou pour des programmes de santé verticaux, mais ils ne contribuent pas à des ajustements budgétaires réalistes et l'inadéquation persiste. Les paiements des prestataires ne couvrent encore qu'une partie du coût total de la plupart des services et, par conséquent, le rationnement implicite reste généralisé.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les éléments ajoutés aux prestations financées par l'État sont financés par de nouveaux revenus et il existe de plus en plus un lien explicite entre le paiement des prestataires et les services prioritaires.*

Les éléments ajoutés aux prestations promises sont financés par de nouveaux revenus et parfois par des mécanismes de paiement explicites des prestataires sont liés aux prestations. Par exemple, lorsque les frais d'utilisation ont été éliminés pour des services tels que la santé de la mère et de l'enfant, il est reconnu que des fonds de remplacement sont requis par l'établissement de santé, et un flux de fonds spécifique est établi pour la santé maternelle et infantile. Cependant, dans la pratique, des problèmes de prestation de services demeurent, et les goulots d'étranglement de la GFP limitent le flux de fonds vers les prestataires, limitant la pleine réalisation des politiques relatives aux prestations.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les décisions d'élargissement des prestations sont assujetties à l'impact budgétaire, à la disponibilité des fonds et à l'état de préparation des services, et elles sont soutenues par des mécanismes d'incitation et de redevabilité pour les prestataires.*

Les décisions concernant l'élargissement des prestations sont soigneusement chiffrées et des délibérations sur les fonds disponibles ont lieu avant l'approbation politique. De plus, les prestations ne sont approuvées que si le service est prêt dans tout le pays, afin d'éviter un accroissement de l'accès et de l'utilisation inéquitables. Des mécanismes de redevabilité explicites existent concernant la performance des prestataires, de même que des paiements incitatifs spécifiques pour les prestataires. Le prix ou le montant payé aux prestataires couvre le coût total de la prestation, à moins que cela ne soit contraire à l'achat stratégique, afin de ne pas sacrifier indûment la qualité des soins et d'éviter les paiements informels.

## 9. GESTION DES FINANCES PUBLIQUES

**i** EN TANT QU'ASPECT TRANSVERSAL DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ, LA GESTION DES FINANCES PUBLIQUES RECOUPE CONSIDÉRABLEMENT D'AUTRES DOMAINES DE L'ÉVALUATION ; DES QUESTIONS PORTANT SUR D'AUTRES DOMAINES SONT DONC ÉGALEMENT RATTACHÉES AUX ATTRIBUTS SOUHAITABLES CI-DESSOUS. DE MÊME, PLUSIEURS QUESTIONS DANS CETTE SECTION S'APPUIENT SUR LES ATTRIBUTS PRÉSENTÉS DANS D'AUTRES SECTIONS.

ATTRIBUTS SOUHAITABLES DANS LE FINANCEMENT DES FONCTIONS ET PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE*		QUESTIONS
PF1	La formulation et la structure du budget de la santé favorisent la flexibilité de la dépense et sont alignées sur les priorités du secteur	prvdauton (4.6) pfmallopcrty (6.2) scrtyresp (7.4)
PF2	Les prestataires peuvent directement recevoir des revenus, les gérer de manière flexible et rendre compte des dépenses et des produits.	prvdauton (4.6) pfmallopcrty (6.2) bdgtcntrl (6.4) expinfmon (6.5)

\* Les attributs souhaitables définissent un certain nombre des situations idéales pertinentes pour chaque domaine d'évaluation.

\*\* Il convient de noter que plusieurs questions de l'évaluation de la gestion des finances publiques sont liées à des attributs souhaitables dans la section *Augmentation des recettes*.

## Question 6.1 (pfmdiag) :

Existe-t-il une évaluation à jour des principaux goulets d'étranglement de la gestion des finances publiques en matière de santé ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question cherche à déterminer si une évaluation des goulots d'étranglement de la GFP spécifique au secteur de la santé a été menée. Une évaluation globale du système de GFP examine les failles de la formulation du budget, de l'exécution du budget et des rapports budgétaires, c'est-à-dire les étapes clés du cycle budgétaire. Les évaluations de pays sont généralement menées avec le soutien du Secrétariat du Programme Dépenses publiques & redevabilité financière (*Public Expenditure and Financial Accountability*, PEFA) et utilisent un cadre préétabli qui comprend un système de notation par sous-catégorie de GFP.

Les revues des dépenses publiques menées avec le soutien de la Banque mondiale et les revues de la gestion des dépenses publiques et de la redevabilité financière (PEMFAR) constituent également des ressources utiles. La consultation de ces ressources, si elles sont disponibles, sera utile pour commencer à cerner les principaux goulets d'étranglement de la GFP qui ont un impact sur les dépenses publiques globales dans le pays. Cependant, pour remédier efficacement aux goulets d'étranglement dans le secteur de la santé, une analyse diagnostique détaillée spécifique à la santé est nécessaire, plutôt qu'une évaluation générale de la GFP. Il est essentiel de saisir les problèmes spécifiques au secteur susceptibles d'avoir un impact sur les dépenses publiques de santé. Si certains problèmes peuvent être communs à d'autres secteurs, la santé est particulièrement sensible à la manière dont le budget est formulé et dépensé, et au niveau de souplesse accordé lors de la programmation et de l'utilisation des ressources publiques. Ces dernières années, des *guidelines* ont été élaborés par plusieurs partenaires pour soutenir l'évaluation spécifique au secteur de la santé. Voir par exemple le [guide de processus de l'OMS](#) qui a évalué les questions d'alignement entre la GFP et les politiques de financement de la santé, la [boîte à outils de la Banque mondiale](#) sur la GFP et la prestation de services de santé, et le [guide de l'UNICEF](#) sur la GFP en santé avec un accent mis sur les enfants. Les résultats de ces études sont généralement accessibles localement et constitueront une ressource utile pour cette question.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Cette question vise à rechercher l'existence de diagnostics nationaux de la GFP dans l'ensemble du secteur public, et dans le secteur de la santé en particulier. Ce qui compte également, c'est la qualité et la profondeur de l'analyse entreprise. Les évaluations spécifiques à la santé devraient fournir des informations détaillées sur les principaux goulets d'étranglement de la GFP qui ont une incidence négative sur les dépenses de santé aux niveaux central et infranational.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

Aucune évaluation générique de la GFP n'existe hormis des évaluations obsolètes.

Une évaluation générique de la GFP peut avoir une certaine pertinence pour les aspects de la GFP concernant le secteur de la santé, mais elle est généralement très limitée. Quand on parle de « récemment », on pense aux 3 à 4 dernières années.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

Seule une évaluation générique de la GFP a été réalisée et à jour.

L'évaluation générique renseignera sur les principaux goulots d'étranglement de l'ensemble du système de GFP. C'est un bon début, qui cependant n'est généralement pas assez spécifique pour permettre la conception de mesures publiques spécifiques au secteur de la santé.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

Une évaluation rapide spécifique à la santé a été menée au cours des deux dernières années. Elle a permis d'examiner certains goulots d'étranglement dans les dépenses de santé.

L'évaluation a porté spécifiquement sur le secteur de la santé, mais uniquement sur certains aspects, c'est-à-dire qu'elle n'a pas été exhaustive, couvrant la formulation du budget, son exécution et le rapportage.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

Des diagnostics/évaluations approfondis et à jour spécifiques à la santé ont été réalisés ; les principaux goulots d'étranglement ont été répertoriés.

L'évaluation couvre tous les aspects, notamment la formulation du budget, son exécution et le rapportage, et recense les problèmes spécifiques qui compromettent la qualité des dépenses de santé.

## **i INDICATEURS QUANTITATIFS**

Les évaluations PEFA réalisées dans les pays sont disponibles [ici](#) et donnent un aperçu rapide de la qualité des systèmes de GFP. Pour chaque sous-catégorie de la GFP, les pays reçoivent un score ; pour en voir un exemple, allez à :

<https://www.pefa.org/assessments/summary/486>.

## Question 6.2 (pfmalloprty) :

La formulation et l'exécution du budget de la santé tiennent-elles compte des priorités du secteur et favorisent-elles une utilisation flexible des ressources ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question examine dans quelle mesure la conception et l'exécution des budgets de la santé permettent un « alignement » des fonds publics sur les priorités énoncées et s'alignent sur les réformes connexes dans le domaine de l'achat de services. La structure budgétaire fait référence à l'organisation d'un budget public et est basée sur des [classifications standard](#) ; les principales classifications budgétaires utilisées dans tous les secteurs sont : les classifications (parfois dites « intrants économiques ») administrative, fonctionnelle et par programme. Les budgets basés sur les intrants introduisent des rigidités pour les dépenses de santé, car ils sont souvent présentés comme des postes détaillés et ne permettent pas de réaffectations entre les lignes budgétaires. Lorsque tel est le cas, il y a un décalage avec les mécanismes de paiement des prestataires visant à orienter les prestataires vers une organisation et une utilisation plus efficaces de leurs ressources. Cette question a donc des incidences importantes pour l'achat stratégique, et en particulier le rapprochement avec la question 4.1 concernant le lien entre le paiement et les besoins et la question 4.6 sur l'autonomie des prestataires.

Les pays introduisent d'autres classifications budgétaires en vue de laisser plus de flexibilité dans la programmation et l'utilisation des budgets, mais aussi pour renforcer le lien avec les produits escomptés : ils sont appelés 'budgets-programmes'. Pour les dépenses de santé, ces derniers présentent trois avantages principaux : 1) ils favorisent un meilleur alignement sur les politiques et stratégies du secteur de la santé ; 2) ils peuvent offrir plus de flexibilité dans la gestion des fonds, notamment au niveau des prestataires de services, permettant à ces derniers de répondre aux incitations conçues dans les réformes de paiement des prestataires ; et 3) ils cultivent une plus grande transparence et une plus grande redevabilité financières et non financières en mettant l'accent sur les résultats.

Cependant, en l'absence d'orientations sectorielles et, en général, avec une préparation limitée des principales parties prenantes, les pouvoirs publics peuvent prendre une série de mesures et adopter des approches différentes lors du passage aux budgets-programmes. En conséquence, la plupart des pays restent souvent bloqués au stade expérimental en raison de sérieux goulets d'étranglement dans la conception des réformes. Dans d'autres cas, cela donne lieu à des modèles hybrides et à une transformation inachevée. Pour cette question, il est important d'évaluer l'état d'avancement de la réforme et de saisir ses incidences sur la façon dont les allocations budgétaires du Ministère de la santé sont formulées (c.-à-d. si elles le sont par poste, par programme ou par fonction) et dans quelle mesure les enveloppes financières affectées aux programmes correspondent aux priorités et aux besoins du secteur de la santé. Une cartographie des programmes et des priorités nationales de santé aidera à mieux comprendre leur alignement (on trouvera des exemples [ici](#), [ici](#), [ici](#), [ici](#) et [ici](#)). En outre, il faudrait s'intéresser à la façon dont les ressources budgétaires sont dépensées ; souvent, même après une modification de la formulation du budget, les fonds publics continuent d'être dépensés, autorisés, contrôlés ou rapportés par postes détaillés. Cette approche limite considérablement la capacité des dépositaires de fonds (par exemple les gestionnaires des programmes de santé au niveau central, des programmes de santé de district et des établissements de santé) à gérer les dépenses de manière à améliorer les performances en réponse aux incitations de paiement des prestataires, et à rendre des comptes.

## **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Ce qui compte pour cette question, c'est la flexibilité dans la structure budgétaire et dans l'exécution du budget. Le niveau d'alignement entre la structure de la mise en commun (programme), les mécanismes d'achat, l'autonomie des prestataires et les processus et mécanismes de GFP est également important. En principe, les fonds publics sont acheminés vers les populations, les interventions et les services prioritaires, et le versement des paiements aux prestataires est fonction des services fournis et des performances. En principe, les décaissements sont alignés sur les priorités de santé, le flux de fonds est prévisible et il existe une flexibilité dans les achats et le paiement des prestataires, ce qui garantit l'efficacité et l'utilisation optimale des ressources. Lorsqu'il existe un budget-programme, les chefs de programme devraient également être autorisés à utiliser les fonds de manière flexible dans les limites d'une enveloppe accordée pour ce panier de fonds. Lorsque le système est décentralisé, les échelons inférieurs de l'Administration devraient également avoir le pouvoir d'ordonnancement voulu. Au niveau du prestataire ou de l'établissement de santé, les gestionnaires devraient avoir le pouvoir de conserver et d'utiliser les fonds. Se référer au [référentiel OMS des budgets de la santé](#) qui regroupe les informations *open source* sur les lois de finances et les documents connexes applicables au secteur de la santé pour plus de 100 pays.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les priorités de la politique de santé sont mal définies et ne sont pas prises en compte dans le budget ; le budget formulé par poste rigide basé sur les intrants est l'approche dominante.*

- Les budgets sont structurés par lignes administratives et intrants sans mécanismes d'ajustement ou de réaffectation (c'est-à-dire que la politique de réaffectation est stricte) et avec un contrôle *ex ante* des dépenses par poste.
- Absence de flexibilité dans l'utilisation des ressources et rigidité des contrôles centraux *ex ante* (pas d'autonomie de gestion financière pour les prestataires publics) ; la responsabilité des dépenses incombe au Trésor public.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Le budget par poste basé sur les intrants et le contrôle financier *ex ante* restent dominants ; une certaine expérimentation des budgets-programmes offre une plus grande flexibilité dans l'utilisation des ressources et les informations sur la performance sont de plus en plus utilisées.*

- Le Ministère de la santé au niveau du centre dispose d'un certain degré de flexibilité pour utiliser les dotations budgétaires et procéder à des réaffecter entre les lignes budgétaires (c'est-à-dire que la politique de réaffectation a été actualisée ou que les postes sont regroupés dans des lignes à contenu plus large) ; des arrangements institutionnels sont en cours de mise en place au Ministère de la santé pour assumer une plus grande responsabilisation en matière de dépenses.
- Les budgets-programmes sont expérimentés dans une certaine mesure pour tenir compte des priorités du secteur et offrir plus de flexibilité dans l'utilisation des ressources, et les informations sur la performance commencent à être utilisées dans les délibérations budgétaires. Cependant, les fonds restent décaissés par poste budgétaire en fonction des intrants et le contrôle financier *ex ante* rigide est toujours dominant.
- Des réformes des méthodes de paiement des prestataires ont peut-être été entreprises, mais la rigidité dans la conception et l'exécution du budget au niveau des acheteurs et des prestataires limitent, voire vont à l'encontre, de leur impact prévu.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*L'utilisation des informations sur les performances et la mise en œuvre de budgets basés sur les programmes sont de plus en plus répandues, orientant mieux les budgets vers les priorités sectorielles à l'aide de mécanismes compatibles avec les paiements incitatifs des prestataires, offrant ainsi une plus grande flexibilité dans l'utilisation des ressources.*

- Les modifications de la formulation du budget s'accompagnent de règles flexibles pour la gestion des dépenses (par exemple, le déblocage et la réaffectation flexibles des fonds, avec des rapports *ex post*).
- Le pouvoir d'ordonnancer est entièrement transféré au Ministère de la santé, et les gestionnaires des fonds centraux peuvent utiliser des enveloppes de ressources (par exemple le budget-programme) de manière flexible et réactive ; cependant, des contraintes peuvent subsister aux échelons inférieurs de l'Administration.
- Les établissements/prestataires de services de santé du secteur public ont un pouvoir de gestion des ressources budgétaires limité, y compris pour transférer des fonds d'un poste (généralement pas les salaires) à l'autre sans l'approbation de la hiérarchie.

#### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les priorités du secteur de la santé, le cadre de dépenses à moyen terme et les budgets annuels sont entièrement alignés et structurés autour de budgets-programmes bien conçus, et des fonds stables et prévisibles sont dirigés vers les priorités du secteur de la santé et les prestataires de services.*

- Les budgets sont structurés et exécutés pour garantir la flexibilité des dépenses budgétaires. Les gestionnaires de programme et les prestataires ont la latitude de réaffecter les ressources.
- Les dépositaires de fonds peuvent réaffecter les fonds entre les lignes budgétaires, y compris au profit des prestataires de première ligne, afin de mieux répondre aux besoins de santé.
- L'introduction de budgets-programmes dans le domaine de la santé a été harmonisée avec les réformes des paiements, permettant le fonctionnement d'un système de financement basé sur les *outputs*/axé sur la population. Les fonds sont débloqués par enveloppe de programme, les prestataires sont incités à fournir les produits définis au préalable et les rapports sont établis en fonction de ces objectifs de résultat.

### Question 6.3 (bdgtprcss) :

**Des processus ont-ils été mis en place pour permettre aux autorités sanitaires de participer à la planification du budget général et à l'élaboration d'un budget pluriannuel ?**

#### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

Il est indispensable que le Ministère de la santé participe à la préparation du budget, comprenne les principes directeurs de la budgétisation et la dynamique politique qui favorise le processus d'élaboration et d'approbation du budget. Dans de nombreux pays, les conséquences d'une défaillance dans ce domaine se traduisent par des processus d'élaboration, de planification, de chiffrage et de budgétisation des politiques de santé conduits indépendamment les uns des autres, ce qui entraîne un décalage entre les priorités sanitaires et l'allocation et l'utilisation des ressources. Cette question vise à saisir le niveau de participation du Ministère de la santé aux processus de budgétisation, et plus particulièrement à évaluer sa contribution à l'élaboration d'un cadre de dépenses pluriannuel intégré qui comprendrait les dépenses sectorielles.

Examinez le processus de participation du Ministère de la santé tout au long de la phase de budgétisation : le Ministère de la santé est-il informé du calendrier budgétaire ? Quand ? Y a-t-il suffisamment de temps pour formuler des propositions budgétaires ? Les plafonds budgétaires sont-ils communiqués à l'avance ? Le cadre de négociation est-il clairement défini/formalisé (par exemple, dans le cadre de conférences budgétaires) ? Une fois le budget approuvé, les réaffectations en milieu d'année sont fréquentes. Dans certains pays, le processus d'ajustement n'est pas transparent. Les réaffectations budgétaires sont effectuées sans consultation avec les secteurs comme la santé. L'évaluateur principal devrait vérifier si la loi de finances révisée a fait l'objet de discussions avec le Ministère de la santé et si l'issue de ces discussions a été communiquée aux parties concernées du secteur. Cette démarche a un impact crucial sur l'exécution du budget et la mise en œuvre des politiques.

Depuis la fin des années 1990, à travers le monde, les réformes budgétaires ont porté, de façon significative, sur la conception d'un passage de la planification et de l'approbation des budgets pour un an à une perspective pluriannuelle, ceci pour améliorer la prévisibilité et la durabilité du financement public. Étant donné que le déphasage entre la planification et la budgétisation a été reconnu comme une caractéristique commune du secteur de la santé, le CDMT pour la santé est de plus en plus considéré comme un élément central des réformes de la gestion des dépenses publiques. Cependant, l'introduction des CDMT varie d'un pays à l'autre. En outre, la qualité du CDMT global, ainsi que les allocations sectorielles, sont souvent sujettes à divers problèmes (par exemple, la mauvaise qualité des prévisions de revenus, des allocations sur base d'une logique historique). À ce jour, les CDMT pour la santé (et les CDMT en général) ont cependant eu un impact mitigé sur l'augmentation de la prévisibilité du financement de la santé. Pour évaluer l'impact du CDMT sur les allocations sectorielles et leur efficacité dans l'assurance de la prévisibilité, l'évaluateur principal peut effectuer une comparaison rétrospective entre les dotations annuelles reprises dans le CDMT et celles accordées au Ministère de la santé sur la période considérée.

#### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Ce qui compte ici, c'est la participation dynamique du Ministère de la santé à la planification budgétaire. Cela passe par plusieurs étapes : i) être au fait du calendrier, des exigences et des modèles budgétaires ; ii) se lancer dans une préparation technique suffisante, c'est-à-dire établir les priorités, procéder au chiffrage ; iii) mener un processus de consultation avec les parties prenantes du secteur ; iv) élaborer une bonne proposition de budget annuel et pluriannuel ; v) défendre le budget demandé dans le cadre des processus de négociation.

**NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Le processus budgétaire actuel contourne souvent le Ministère de la santé ; le dialogue entre ce dernier et le Ministère des finances est inexistant ou très limité.*

La participation du Ministère de la santé aux processus de planification budgétaire dirigés par le Ministère des finances est très limitée, d'où le décalage entre l'allocation budgétaire, les priorités et les besoins établis par le secteur de la santé. Il pourrait ne pas y avoir de plan budgétaire pluriannuel pour le secteur de la santé.

**NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Le processus budgétaire est consultatif et transparent, mais de façon limitée, et la contribution du secteur de la santé est minime ; le Ministère de la santé n'est pas consulté au sujet des réaffectations en milieu d'année.*

Le Ministère de la santé est plus impliqué dans le processus d'élaboration du budget, mais le financement approuvé ne reflète toujours pas les priorités et les besoins définis par le secteur de la santé. Lorsqu'il existe un plan pluriannuel (par exemple un CDMT), il n'y a aucun lien entre celui-ci et le processus budgétaire annuel.

**NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Le processus budgétaire est de plus en plus institutionnalisé à travers des conférences budgétaires formelles et un vaste processus de consultation systématique associant les acteurs du secteur de la santé et de la société civile.*

Le Ministère de la santé élabore des propositions budgétaires solides, chiffrées et alignées sur les priorités définies dans les documents de politique de santé ; les budgets annuels et pluriannuels proposés font l'objet de discussions approfondies avec les parties prenantes du secteur ainsi qu'avec l'ensemble du gouvernement.

**NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Le processus budgétaire est consultatif et transparent, basé sur un dialogue entre le Ministère de la santé et le Ministère des finances, dans un cadre budgétaire pluriannuel clairement défini ; tous les niveaux administratifs appropriés sont consultés et participent.*

La discussion dans le cadre du processus de dialogue budgétaire porte sur la formulation du budget, l'examen à mi-parcours de son exécution, etc. Le cas échéant, les échelons administratifs inférieurs sont consultés et associés au processus de formulation du budget. La participation du Ministère de la santé est également directement alignée sur le cadre du CDMT, et ses allocations budgétaires annuelles sont en phase avec les prévisions du CDMT.

### Question 6.4 (bdgtcntrl) :

**Des mesures ont-elles été prises pour remédier aux problèmes liés aux sous-utilisations ou aux dépassements budgétaires dans le domaine de la santé ?**

#### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

La sous-exécution budgétaire est depuis longtemps reconnue comme un problème chronique dans le secteur de la santé dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Les réformes du financement de la santé nécessitent une exécution budgétaire efficace pour garantir que les fonds vont aux prestataires pour la fourniture de services prioritaires. Une mauvaise exécution du budget fait référence à un écart par rapport au budget approuvé, c'est-à-dire que le budget n'est pas exécuté conformément aux autorisations prévues par la loi, qu'elles soient financières ou politiques. La faiblesse des processus sous-jacents est souvent la cause de la sous-utilisation du budget (la cause la plus courante), des dépassements (lorsque les dépenses dépassent les allocations budgétaires) ou de dépenses inappropriées. La sous-utilisation du budget et le dépassement budgétaire peuvent se produire en même temps (par exemple entre différentes lignes budgétaires ou entre différents programmes).

L'évaluation de la qualité de l'exécution du budget et de la mesure dans laquelle les dépenses s'écartent des plans approuvés s'appuie sur des systèmes de rapportage efficaces. Même là où des données existent, les taux d'exécution du budget différeront selon que l'estimation se fonde sur les dépenses, les paiements ou les engagements vérifiés. À tout le moins, une comparaison entre les dépenses vérifiées et les crédits budgétaires alloués au Ministère de la santé et rendus publics devrait être faite ; les données relatives à ces deux aspects sont généralement disponibles dans le domaine public.

Les évaluations des pays réalisées avec le cadre des dépenses publiques et de la redevabilité financière (PEFA) définissent la mauvaise exécution du budget comme un écart des dépenses auditées égal ou supérieur à 15 % par rapport au budget initial, et non par rapport au budget après révision. Cela équivaut à une note C de l'indicateur PEFA correspondant, où les dépenses globales effectives se situent entre 85 % et 115 % des dépenses budgétaires globales approuvées.

La source de financement budgétaire peut également ajouter des complexités lors de l'évaluation de l'exécution du budget. Certains bailleurs de fonds externes apportent leur soutien par le biais du processus budgétaire de l'État bénéficiaire pendant la phase de préparation, mais peuvent ensuite exécuter des activités en dehors du budget. Cette façon de procéder laisse penser à une mauvaise exécution du budget, car différents systèmes sont utilisés pour surveiller et rendre compte des dépenses. Dans de nombreux pays, la sous-utilisation du budget de la santé est un problème majeur. Pensez aux raisons sous-jacentes de cet état de fait, notamment la surestimation des revenus, le décalage entre la planification et la budgétisation, le manque de processus formel de préparation du budget, les retards dans la réalisation des réformes de la GFP ou des plans irréalistes comportant des données médiocres. Parmi les autres raisons figurent les décaissements tardifs ou mal alignés, les faibles capacités du Ministère de la santé à planifier les dépenses, les retards dans la passation de marchés ou une montée en flèche des prix des biens et services essentiels.

## **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Ce qui compte, c'est le niveau des dépenses par rapport à l'allocation budgétaire annuelle, c'est-à-dire le taux d'exécution du budget pour le Ministère de la santé. Ce qui est également important, c'est la rapidité des dépenses. Dans tous les secteurs, il peut y avoir des pressions pour dépenser, en particulier vers la fin d'un exercice budgétaire, pour atteindre des niveaux satisfaisants d'exécution et de conformité budgétaires, avec le risque que les dépenses ne correspondent pas aux priorités du secteur. Des taux d'exécution annuels satisfaisants peuvent également masquer des problèmes majeurs de gestion des dépenses, tels que la ponctualité des décaissements au cours d'un exercice budgétaire (c'est-à-dire le retard des décaissements trimestriels). Les pays dont le budget de la santé est composé d'une part élevée des dépenses de personnel peuvent également afficher de meilleurs résultats d'exécution malgré des méthodes défaillantes de gestion des autres dépenses. Lorsque des données existent, ces aspects doivent être consignés par écrit.

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*L'exécution du budget de la santé ne respecte souvent pas la discipline budgétaire de base en raison d'une mauvaise planification, de flux de revenus insuffisants ou imprévisibles, et peu de mesures, voire aucune, sont prises pour résoudre le problème.*

Les dépenses publiques de santé sont déconnectées ou mal alignées sur les besoins et les priorités du secteur de la santé, ce qui traduit une faible crédibilité budgétaire. Une budgétisation de trésorerie peut également être en place, ce qui expose le secteur de la santé à un risque de pénurie de fonds et à des niveaux élevés d'imprévisibilité.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*L'exécution du budget de la santé est conforme à la discipline budgétaire de base, mais il existe encore des lacunes importantes et des sous-dépenses importantes dans le domaine de la santé.*

Par exemple, la sous-utilisation représente plus de 20 % du budget initial. Il peut également y avoir de longs retards imprévus dans l'attribution des crédits budgétaires de la santé au secteur.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Peu de dépenses insuffisantes ou excédentaires sont enregistrées dans l'année, mais des retards subsistent dans les débloquages de fonds pour les prestataires de services de santé en particulier.*

De bons niveaux d'exécution budgétaire globale pour le Ministère de la santé, par exemple avec un écart inférieur à 10 %, mais une analyse plus détaillée peut révéler des faiblesses spécifiques, telles que des dépenses de fin d'année ne correspondant pas aux priorités du secteur de la santé, une mauvaise exécution de certaines catégories de dépenses, ou des retards dans le déblocage des fonds destinés aux prestataires.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Les budgets de la santé sont pleinement exécutés et respectent pleinement la discipline budgétaire ; des sous-utilisations importantes du budget sont rarement enregistrées.*

Les budgets sont basés sur des prévisions et des plans précis, assortis d'une analyse des risques. Il existe un système de gestion de trésorerie planifié, transparent et fiable, qui permet un déblocage en temps opportun et un flux stable des fonds vers les prestataires de services de première ligne.

## **i** INDICATEURS QUANTITATIFS

S'ils sont disponibles, les taux d'exécution du budget du Ministère de la santé seraient utiles pour évaluer cette question, idéalement sur une période de cinq ans.

## Question 6.5 (expinfmon) :

**Les rapports sur les dépenses de santé sont-ils exhaustifs, rendus dans les délais et accessibles au public ?**

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Cette question concerne la transparence et la redevabilité dans la déclaration des dépenses de santé, et une évaluation de la solidité du système d'information financière, pour déterminer par exemple si les dépenses de santé sont déclarées régulièrement, si les informations financières sont transparentes et accessibles au public, et si les informations relatives à la performance sont également communiquées. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont mis en place des systèmes d'information de gestion financière, souvent appelés SIGF, pour surveiller et suivre les dépenses de santé.

Pour établir la redevabilité des agents responsables des dépenses, il est essentiel de disposer d'informations sur les performances financières et non financières du secteur. Souvent, ces deux aspects de la performance font l'objet d'un suivi distinct. La présence d'un cadre de suivi de la performance qui englobe les deux aspects, afin de permettre une évaluation des réalisations du secteur, et du niveau des ressources utilisées pour y parvenir, est une caractéristique des systèmes de redevabilité arrivés à maturité. L'accès public à ces informations est fondamental pour un système qui se veut aussi bien transparent que doté de solides mécanismes de redevabilité.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Ce qui compte pour cette question, c'est l'existence et la qualité du système d'information financière et son application aux dépenses de santé. Il faudrait chercher à déterminer, par exemple, si le SIGF rend compte des dépenses au niveau des prestataires et, dans l'affirmative, avec quel niveau de détail. Il faudrait aussi évaluer dans quelle mesure les informations sont à la fois fiables et accessibles au public.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Pas de système informatisé de suivi des performances ou des dépenses ; existence de nombreux systèmes d'établissement de rapports parallèles sans rapprochement centralisé.*

À ce niveau, les informations ne sont pas communiquées au public sur la façon dont les fonds ont été utilisés, ou sur ce qui a été réalisé, que ce soit par le Ministère de la santé ou l'agence nationale chargée des achats de produits de santé.

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Système informatisé en cours d'élaboration et de renforcement, mais avec des données de routine limitées ou de piètre qualité ; l'information financière sur la santé reste fragmentée.*

L'utilisation des fonds et la performance du budget de la santé sont communiquées au public, mais pas totalement, et ne sont pas communiquées d'une manière facilement compréhensive pour le public. Dans l'ensemble du système de santé, les rapports financiers sont encore fragmentés entre les régimes et les programmes de santé.

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Un système d'information financière fonctionnel est en place, mais n'est pas aligné sur les exigences de redevabilité du secteur de la santé.*

Un SIGF a été déployé à grande échelle, notamment pour le secteur de la santé, donnant un bon aperçu des dépenses publiques du secteur, en particulier avec force détails sur les intrants ; l'information est rendue publique.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Le système d'information de gestion financière permet un suivi par plusieurs catégories ; les informations sont accessibles au public et utilisées pour éclairer les nouvelles décisions budgétaires.*

Des systèmes d'information de type SIGF adaptés et intégrés permettent de consolider le suivi entre les catégories, par exemple par programme, par intrants, par coûts et par établissement de santé), jusqu'aux échelons inférieurs de l'administration. Les informations sont accessibles au public. Elles sont utilisées pour éclairer l'élaboration des futurs budgets. Les rapports sur l'utilisation des fonds et les résultats obtenus grâce aux dépenses de santé sont régulièrement communiqués au public et sous une forme facilement compréhensible.



### **INDICATEURS QUANTITATIFS**

Les évaluations fondées sur le cadre des dépenses publiques et de la redevabilité financière (PEFA) réalisées dans les pays, qui examinent la qualité du système d'information financière, sont une ressource utile pour cette question. En outre, des consultations avec les principales parties prenantes du secteur de la santé peuvent être utiles pour obtenir un point de vue plus spécifique du secteur sur cet aspect des choses.

## 10. FONCTIONS ET PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

**i** DEUX ÉLÉMENTS SONT ÉVALUÉS DANS CETTE SECTION ; LE PREMIER CONCERNE LES PROGRAMMES LIÉS À DES INTERVENTIONS OU À DES MALADIES, QUI SONT SOUVENT EXÉCUTÉS EN DEHORS DU SYSTÈME DE SANTÉ PRINCIPAL. LES QUESTIONS PERMETTENT D'ÉVALUER L'ÉTENDUE DE LA COORDINATION ET DE LA COHÉRENCE ENTRE LE FINANCEMENT DE CES PROGRAMMES ET LE SYSTÈME DE SANTÉ GLOBAL. LA FRAGMENTATION ET LE MAUVAIS ALIGNEMENT PEUVENT AVOIR DES INCIDENCES SUR L'EFFICACITÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ, PAR EXEMPLE LORSQUE LES FONCTIONS SE RÉPÈTENT INUTILEMENT. ON RETROUVERA ICI UN GUIDE PLUS DÉTAILLÉ SUR L'EFFICACITÉ INTER-PROGRAMMATIQUE.

LE SECOND ÉLÉMENT CONCERNE LE MEILLEUR ALIGNEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ D'UN PAYS SUR L'OBJECTIF DE SÉCURITÉ SANITAIRE, QUI RENVOIE AUX ACTIVITÉS ANTICIPATIVES ET RÉACTIVES NÉCESSAIRES POUR ATTÉNUER L'IMPACT DES ÉVÈNEMENTS GRAVES DE SANTÉ PUBLIQUE.

ATTRIBUTS SOUHAITABLES DANS LE FINANCEMENT DES FONCTIONS ET PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE*		QUESTIONS
GV1	Les politiques de financement de la santé sont guidées par les objectifs en matière de couverture sanitaire universelle, visent l'ensemble du système de santé, hiérarchisent et déterminent l'ordre de mise en œuvre des stratégies.	prgalgnplcy (7.1)
PR1	La structure et les mécanismes de mise en commun dans l'ensemble du système de santé renforcent les possibilités de redistribution des fonds prépayés disponibles.	scrtypesp (7.4)
PR2	Le système de santé et les fonctions de financement sont intégrés ou coordonnés sur l'ensemble des régimes et des programmes.	prgalgnplcy (7.1) prgpoolalgn (7.2) scrtypesp (7.3)
PS2	Les modalités relatives aux achats sont adaptées pour soutenir les objectifs de prestation de services.	scrtypesp (7.3)
PF1	La formulation et la structure du budget de la santé favorisent la flexibilité de la dépense et sont alignées sur les priorités du secteur.	scrtypesp (7.4)

\* Les attributs souhaitables définissent des situations idéales pertinentes pour chaque domaine d'évaluation.

## Question 7.1 (prgalgnplcy) :

**Les programmes de santé spécifiques sont-ils conformes aux stratégies et aux politiques générales en matière de financement de la santé ou sont-ils inclus dans celles-ci ?**

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

L'étape 1 présente les principaux programmes liés à des interventions sanitaires ou à des maladies en tant que dispositifs distincts au sein du système de santé global. Ces programmes de santé sont souvent définis par une population spécifique, une maladie particulière, une région ou un lieu, ou des interventions spécifiques et la technologie disponible. L'organisation des programmes peut varier selon les contextes. Pour certains, cette organisation peut consister en une stratégie ciblée combinée à un suivi de la prestation des services et de l'obtention de résultats. À l'autre extrémité, elle peut inclure les modalités propres de prestation de services, le financement, les ressources humaines, les installations, les systèmes d'information et les achats. Dans certains contextes, le financement externe renforce cette approche pour des enjeux prioritaires, à l'instar du VIH, de la vaccination et de la planification familiale. Il peut en résulter des programmes autonomes et fragmentés qui cherchent à optimiser leurs propres objectifs sans tenir compte de l'efficacité globale du système. Cette question cherche à déterminer si les programmes individuels élaborent leurs propres politiques et plans de mise en œuvre en ce qui concerne le financement en décalage ou contradiction avec les stratégies de plus large portée du secteur de la santé.

Force est de noter que cette question peut au moins en partie aider à apporter une réponse à la question 1.1 ; cependant, pour cette question, l'évaluateur principal devrait se pencher spécifiquement sur les programmes de santé. Dans certains pays, ce ne sera pas un problème majeur, alors que dans d'autres, ce problème sera d'une grande importance.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Cette question concerne spécifiquement les problèmes liés à la manière dont les programmes de santé sont ou ne sont pas alignés sur les stratégies et politiques générales de financement de la santé. Les progrès sur cet enjeu supposeraient des stratégies de financement de la santé claires qui incorporent les considérations relatives aux maladies, aux interventions ou aux programmes et assurent ainsi sur leur alignement dans le système de santé plus large. Cela signifie qu'il n'existe pas de stratégies de financement distinctes par maladie ou par programme, mais qu'elles font plutôt partie d'une stratégie cohérente qui met l'accent sur l'alignement du financement sur les objectifs de prestation de services (par exemple, prestation de services intégrée, soins de santé primaires). L'alignement et la coordination sont particulièrement importants lorsqu'on a affaire à des sources de revenus propres à une maladie, une intervention ou un programme, mises en place par exemple par des bailleurs de fonds externes.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Les programmes de santé spécifiques ne sont pas pris en compte dans la politique globale de financement de la santé au niveau national ni alignés sur ladite politique.*

Les programmes de santé ont leurs propres politiques de financement qui ne tiennent pas compte de la coordination ou de l'intégration avec d'autres programmes ou systèmes, ou de l'intégration au système dans son ensemble. Cette situation est facilitée par des flux de revenus souvent hors budget provenant de donateurs.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*La politique de financement de la santé tient compte des programmes de santé, mais les lignes directrices concernant l'alignement des fonctions pour une prestation de services intégrée sont juste aspirationnelles.*

Les services liés aux programmes de santé sont considérés comme faisant partie des prestations qui devraient être fournies dans le cadre de programmes plus larges de financement de la santé. Cependant, les politiques ne tiennent pas compte de la manière de mettre en commun les ressources, d'acheter les services connexes de façon cohérente ou d'intégrer des fonctions. Le résultat est une fragmentation continue des programmes par rapport au système global.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*La politique de financement de la santé comporte des lignes directrices pour mettre en cohérence les fonctions des programmes de santé au sein du système de santé, mais celles-ci ne sont pas appliquées.*

La stratégie de financement de la santé inclut explicitement le financement des programmes de santé dans le cadre global du financement du système de santé. Elle ne fournit cependant pas d'orientations ni considérations ciblées sur la nature particulière de certains services ou sur la manière d'intégrer les services au niveau des formations sanitaires, le cas échéant. En conséquence, les lignes directrices ne sont pas appliquées.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*La politique de financement de la santé reflète un examen attentif des services fournis dans le cadre des programmes de santé et des flux de financement.*

Dans ce contexte, les programmes de santé sont bien intégrés dans les documents stratégiques généraux et une attention particulière est accordée, le cas échéant, aux besoins/services spécifiques de la population. Une approche sur mesure de la mise en commun des fonds de programmes – le panier desdits fonds servant à répondre à d'autres besoins de la population (par exemple pour les soins de santé primaires) – est à la fois clairement définie et fonctionnelle.



### **INDICATEURS QUANTITATIFS**

De plus amples informations sur l'analyse de l'efficacité interprogrammatique sont disponibles [ici](#).

## Question 7.2 (prgpoolalgn) :

Les mécanismes de mise en commun favorisent-ils la coordination et l'intégration des programmes de santé entre eux et avec le système de santé en général ?

### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Le financement des programmes de santé ou des programmes spécifiques à une maladie est souvent distinct de celui du système de santé principal, c'est-à-dire la fourniture de soins primaires et secondaires généraux. En outre, le financement externe est souvent acheminé directement vers des programmes de lutte contre la maladie qui sont hors budget du point de vue du suivi des dépenses et du rapportage, et souvent hors cycle, du point de vue des processus nationaux de planification et de budgétisation. En conséquence, il peut y avoir des flux distincts et non coordonnés de fonds finançant des fonctions communes, telles que les systèmes de surveillance et de laboratoire et les chaînes d'approvisionnement. Cette question permet d'examiner l'impact des flux de financement parallèles sur l'organisation des fonctions relatives aux intrants (ressources humaines et physiques) et au bout du compte sur la prestation de services. Cette question porte spécifiquement sur la coordination des fonds entre les programmes de santé et le système de santé, tandis que la question 7.1 porte sur les politiques, stratégies et lignes directrices relatives au financement de la santé.

### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Pour progresser sur cet aspect, il faut s'assurer que les fonds des programmes de santé sont conformes au budget ou au plan en ce sens qu'ils sont alignés sur les processus nationaux de planification et de budgétisation de l'ensemble du système de santé. Cela comprend tous les financements externes ainsi que les financements nationaux. Les dispositifs de mise en commun et de budgétisation devraient promouvoir et favoriser la coordination des fonds vers des fonctions communes (par exemple, chaîne d'approvisionnement, formation des personnels de santé, laboratoires, systèmes de surveillance) à travers les programmes.

#### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Toutes les fonctions des systèmes de santé restent séparées pour des programmes de santé spécifiques.*

Dans ce cas, des fonctions parallèles concernant la mobilisation et la mise en commun des revenus pour des programmes de santé spécifiques conduisent à des fonctions complètement parallèles jusqu'au niveau de la prestation de services (c'est-à-dire des installations distinctes pour des affections spécifiques, contrairement aux protocoles cliniques).

#### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Des efforts ont été faits pour mettre en place des mécanismes d'intégration de certaines fonctions dans des programmes de santé spécifiques.*

Bien qu'une grande partie de l'organisation des programmes de santé recensés reste séparée, des efforts sont déployés pour une intégration et une coordination ciblées du financement et des fonctions connexes.

#### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Des mesures substantielles d'intégration et de coordination des fonctions sont en place, mais peuvent être améliorées, pour remédier aux inefficacités résultant de mises en commun séparées des fonctions.*

Des efforts sont faits pour considérer les fonctions des programmes de santé comme faisant partie du financement et des systèmes de santé pris globalement, mais les fonctions clés (par exemple, la chaîne d'approvisionnement ou les systèmes de données) restent séparées.

#### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*L'harmonisation totale de toutes les fonctions clés du système de santé permet d'exécuter les fonctions au niveau du système plutôt que de les organiser par programme.*

Les fonds des programmes de santé sont inscrits au budget et les fonctions connexes sont cohérentes et alignées sur les politiques générales du système.



### **INDICATEURS QUANTITATIFS**

Des exemples de rapports d'efficacité inter-programmatique seront rendus disponibles [ici](#).

### Question 7.3 (scrtyprep) :

Les mécanismes de financement favorisent-ils la mise en œuvre des capacités requises par le Règlement sanitaire international pour se préparer aux situations d'urgence ?

#### **i** CONTEXTE DE LA QUESTION

Le financement de la préparation aux situations d'urgence est une fonction essentielle du secteur public dans son ensemble. Des mécanismes doivent être en place au cas où des menaces émergentes venaient à se matérialiser. Cette capacité peut être représentée par un financement lié au Règlement sanitaire international (RSI). Le RSI représente l'engagement des États Parties à se préparer collectivement et à réagir aux événements susceptibles de constituer une situation d'urgence de santé publique de portée internationale (par exemple, la COVID-19) suivant un ensemble commun de règles. Les fonctions de préparation qui soutiennent la sécurité sanitaire sont souvent sous-financées ou sont financées et organisées indépendamment du reste du système de financement (à travers des mécanismes extrabudgétaires par exemple). De plus, le caractère multisectoriel de ces fonctions nécessite une coordination explicite. Cette question s'intéresse au type de dispositifs de financement en place dans le pays pour soutenir l'exécution des fonctions de préparation, comme indiqué par les principales capacités confiées au titre du RSI. Ces capacités et indicateurs sont les suivants : *législation et financement, coordination du RSI et fonctions des points focaux nationaux, événements zoonotiques et interface homme-animal, sécurité alimentaire, laboratoire, surveillance, ressources humaines, cadre national de gestion des situations d'urgence sanitaire, prestation de services de santé, communication des risques, points d'entrée, événements chimiques, situations d'urgence radiologique.*

Si des revenus sont manifestement nécessaires pour financer ces fonctions, ils représentent souvent un montant marginal par rapport aux dépenses globales de santé. Ces fonctions reposent sur un financement public et doivent donc être clairement intégrées dans les processus de budgétisation du secteur de la santé. Des mécanismes budgétaires efficaces doivent être souples et efficaces pour garantir que le financement parvienne aux premières lignes.

#### **i** QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?

Les progrès sur cet aspect signifient que des fonds sont disponibles et que des mécanismes de financement sont en place pour mettre en œuvre les capacités liées à la sécurité sanitaire énoncées dans le RSI à tous les niveaux de l'administration et dans les ministères concernés. Il est important que le budget alloué aux capacités prévues par le RSI soit flexible pour s'adapter à l'évolution des besoins et puisse être distribué et exécuté en temps opportun. Ces fonctions reposent largement sur les fonctions existantes du système de santé et doivent être clairement intégrées dans les processus de budgétisation du secteur de la santé qui sont coordonnés entre les ministères et les États. Plus précisément, il faudrait se poser les questions suivantes :

- Comment les ressources sont-elles gérées par le secteur public en cas de situation d'urgence de santé publique ?
- Existe-t-il un mécanisme permettant de distribuer rapidement les ressources en réponse à une situation d'urgence de santé publique ?
- Lorsqu'une situation d'urgence de santé publique survient, le pays sait-il où il peut accéder immédiatement à la plupart des financements nécessaires pour y faire face ?
- Comment le pays assure-t-il la coordination des financements alloués à une intervention d'urgence de santé publique ?

### **NIVEAU 1 : ÉMERGENT**

*Aucune allocation budgétaire n'est disponible ou identifiable pour financer le déploiement des capacités prévues dans le RSI*

Le financement au titre du RSI est géré par des mécanismes extrabudgétaires, les revenus ne sont pas alloués au financement de ces fonctions et aucun mécanisme institutionnel n'est en place pour garantir la responsabilité à l'égard de la mise en œuvre.

### **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Une allocation budgétaire ou un financement extérieur substantiel est affecté(e) à certains des secteurs concernés pour soutenir les capacités prévues par le RSI, mais ne sont pas pleinement exécutés.*

Cela n'existe qu'au niveau national et n'est pas pleinement mis en œuvre à tous les niveaux de l'Administration

### **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Les allocations budgétaires pour les capacités prévues par le RSI sont faites entre les secteurs concernés pour soutenir la mise en œuvre, mais une coordination claire de leur exécution entre les secteurs fait défaut.*

Une dotation budgétaire suffisante est allouée pour les capacités prévues par le RSI aux niveaux national et infranational dans tous les secteurs, y compris la santé, les services vétérinaires, l'agriculture et tous les autres ministères ou secteurs concernés ; les allocations budgétaires sont fondées sur des données factuelles claires et sur les besoins connexes.

### **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

Un budget suffisant pour les capacités prévues par le RSI est distribué, exécuté et coordonné en temps opportun entre tous les ministères et échelons concernés de l'Administration.

Ces fonds sont bien coordonnés et intégrés au système global de financement de la santé.



## **INDICATEURS QUANTITATIFS**

L'OMS supervise les auto-évaluations des États Parties au RSI, où tous les pays s'auto-évaluent dans plusieurs domaines liés au Règlement sanitaire international. Il faudrait s'intéresser aux performances du pays sur l'indicateur « C.1.2 Financement de la mise en œuvre des capacités prévues par le RSI » qui évalue comment la réponse de santé publique aux situations d'urgence est financée, à savoir s'il existe une allocation budgétaire explicite pour le RSI, si elle est multisectorielle, et si les fonds sont distribués à des entités infranationales.

Les notes à l'appui des auto-évaluations des États Parties précisent en outre que « les États Parties doivent assurer la fourniture d'un financement suffisant pour la mise en œuvre des capacités prévues par le RSI à travers le processus budgétaire national. Le budget est un résumé détaillé des recettes et des dépenses prévues d'un pays sur une période donnée, généralement un exercice, alors que le financement et la dotation en fonds font référence à l'argent qu'un État ou une organisation met à disposition à des fins particulières. En d'autres termes, le budget est ce qui est prévu et le financement est ce qui est réellement fourni ».

Des informations spécifiques aux pays sont disponibles sur le tableau de bord des indicateurs de base [ici](#). Les notations utilisent une échelle de 1 à 5 où 1 est faible, les scores étant représentés par 20 %, 40 %, 60 %, 80 % ou 100 %. Aucun texte ni analyse à l'appui n'est disponible pour les pays. En outre, pour s'éloigner des auto-évaluations exclusives, le Comité d'examen du RSI a élaboré une approche pour les évaluations externes volontaires faisant appel à des experts nationaux et internationaux. C'est ce qu'on a appelé outil d'évaluation externe conjointe, qui a été publié en 2016. L'évaluation externe conjointe a pour but de mesurer l'état d'avancement et les progrès de chaque pays dans la poursuite des cibles du RSI et a le même indicateur que les auto-évaluations des États Parties.

Le document d'orientation pour les auto-évaluations des États Parties est disponible [ici](#) et la deuxième édition du manuel des évaluations externes conjointes [ici](#).

## Question 7.4 (scrtyresp) :

**Des systèmes de gestion des finances publiques ont-ils été mis en place pour permettre une riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique ?**

### **i CONTEXTE DE LA QUESTION**

Cette question diffère de la question 7.3 en ce qu'elle cherche à déterminer si et comment les modalités et mécanismes de financement de la santé permettent et facilitent une réponse rapide aux situations d'urgence de santé publique. La possibilité d'utiliser les fonds de manière flexible et de les réaffecter rapidement en appui à la réponse aux situations d'urgence de santé publique est un aspect central de cette interrogation. Un système solide de gestion des finances publiques permettra une réponse rapide et globale à une situation d'urgence. Il s'agit également de déterminer si la formulation du budget de la santé favorise l'alignement sur une réponse rapide face aux situations d'urgence de santé publique, ainsi que s'il existe une flexibilité dans les dépenses de manière à pouvoir procéder à des réaffectations dans le contexte de l'évolution des besoins et des demandes. Cette question présente des similitudes avec la question 6.2, mais elle porte plus spécifiquement sur les capacités de gestion des finances publiques requises pour répondre aux situations d'urgence de santé publique.

### **i QU'EST-CE QUI COMPTE ET À QUOI RESSEMBLENT LES PROGRÈS ?**

Des progrès sur cet aspect signifieraient que les fonds nécessaires sont flexibles et peuvent être réaffectés rapidement pour répondre à une situation d'urgence de santé publique. Cela suppose de disposer d'un système solide de gestion des finances publiques qui garantit la rapidité, la transparence et la redevabilité à l'égard des fonds pour les situations d'urgence de santé publique qui sont coordonnées entre les divers échelons de l'Administration et les ministères concernés. Questions précises à poser concernant le niveau de progression :

- Comment les ressources sont-elles gérées par le secteur public en cas de situation d'urgence de santé publique ? Comment sont-elles rassemblées et diffusées auprès des acteurs publics et privés ?
- Existe-t-il un mécanisme permettant de distribuer rapidement les ressources en réponse à une situation d'urgence de santé publique en temps opportun ?
- Lorsqu'une situation d'urgence de santé publique survient, le pays sait-il où il peut accéder immédiatement à la plupart des financements nécessaires pour y faire face ?
- Chaque ministère ou entité publique concerné(e) a-t-il prévu une ligne budgétaire pour les activités liées à la réponse aux situations d'urgence de santé publique ?
- Comment le pays assure-t-il la coordination des financements liés à la réponse aux situations d'urgence de santé publique ?

#### **NIVEAU 1 ÉMERGENT**

*Le financement de la réponse aux situations d'urgence de santé publique est identifié, mais le système de gestion des finances publiques ne permet pas un décaissement efficace ou en temps opportun lors d'une situation d'urgence de santé publique.*

Les fonds sont alloués et distribués de manière circonstancielle lorsqu'une situation d'une urgence de santé publique survient. Des fonds extrabudgétaires sont créés qui ne sont pas coordonnés avec le système global de gestion des financements publics.

## **NIVEAU 2 : EN PROGRESSION**

*Il existe un mécanisme de financement public d'urgence qui permet une réception structurée et une distribution rapide des fonds en réponse à des situations d'urgence de santé publique.*

Dans ce contexte, l'État a établi ces mécanismes, qui ne sont cependant pas opérationnels et entièrement financés.

## **NIVEAU 3 : ÉTABLI**

*Le financement de la réponse de santé publique est identifié en vue d'une mobilisation immédiate si nécessaire à tous les échelons de l'administration pour les secteurs concernés dans l'éventualité d'une situation d'urgence de santé publique.*

Par exemple, la fonctionnalité du mécanisme de financement public d'urgence est assurée pour la mobilisation de fonds en cas de besoin, mais les fonds ne sont pas débloqués en temps opportun ou de manière transparente.

## **NIVEAU 4 : AVANCÉ**

*Le financement peut être exécuté et surveillé en temps opportun et de manière coordonnée à tous les niveaux pour tous les secteurs concernés, avec un fonds d'urgence en place pour répondre aux situations d'urgence de santé publique.*

Les systèmes de gestion des finances publiques sont établis et bien coordonnés avec le reste du secteur public. La rapidité, la transparence et la redevabilité à l'égard de tous les fonds sont assurées en réponse à une situation d'urgence de santé publique.



## **INDICATEURS QUANTITATIFS**

L'OMS supervise les auto-évaluations des États Parties au RSI, où tous les pays s'autoévaluent dans plusieurs domaines liés au Règlement sanitaire international. Il faudrait s'intéresser aux performances du pays sur l'indicateur « C.1.3 Mécanisme de financement et fonds pour une réponse en temps opportun aux situations d'urgence de santé publique » qui permet de déterminer si un mécanisme de financement de la réponse à une situation d'urgence est en place et exécuté rapidement pour les secteurs concernés et les niveaux pertinents du système.

Comme pour la question précédente, les notes à l'appui des auto-évaluations des États Parties précisent en outre que « les États Parties doivent assurer la fourniture d'un financement suffisant pour la mise en œuvre des capacités prévues par le RSI à travers le processus budgétaire national. Le budget est un résumé détaillé des recettes et des dépenses prévues d'un pays sur une période donnée, généralement un exercice, alors que le financement et la dotation en fonds font référence à l'argent qu'un État ou une organisation met à disposition à des fins particulières. En d'autres termes, le budget est ce qui est prévu et le financement est ce qui est réellement fourni ».

Des informations spécifiques aux pays sont disponibles sur le tableau de bord des indicateurs de base [ici](#). Les notations utilisent une échelle de 1 à 5 où 1 est faible, les scores étant représentés par 20 %, 40 %, 60 %, 80 % ou 100 %. Aucun texte ni analyse à l'appui n'est disponible pour les pays. En outre, pour s'éloigner des auto-évaluations exclusives, le Comité d'examen du RSI a élaboré une approche pour les évaluations externes volontaires faisant appel à des experts nationaux et internationaux. C'est ce qu'on a appelé outil d'évaluation externe conjointe, qui a été publié en 2016. L'évaluation externe conjointe a pour but de mesurer l'état d'avancement et les progrès de chaque pays dans la poursuite des cibles du RSI et a le même indicateur que les auto-évaluations des États Parties.

Le document d'orientation pour les auto-évaluations des États Parties est disponible [ici](#) et la deuxième édition du manuel des évaluations externes conjointes [ici](#).

## 11. AUTRES RESSOURCES



LA MATRICE DES PROGRÈS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ FAIT LA SYNTHÈSE D'UNE LARGE GAMME DE DOCUMENTS SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DISPONIBLES À L'ADRESSE :

[HTTPS://WWW.WHO.INT/HEALTH-TOPICS/HEALTH-FINANCING](https://www.who.int/health-topics/health-financing)

LE DOCUMENT DE BASE DE LA MATRICE, LES AUTRES RÉFÉRENCES ET LE TABLEAU DE BORD COMPRENANT LES INDICATEURS DE PAYS PERTINENTS À L'APPUI DU PROCESSUS D'ÉVALUATION SONT DISPONIBLES À L'ADRESSE :

[HTTPS://WWW.WHO.INT/ACTIVITIES/ASSESSING-PROGRESS-IN-HEALTH-FINANCING-FOR-UHC](https://www.who.int/activities/assessing-progress-in-health-financing-for-uhc)



La matrice des progrès en matière de financement de la santé est une approche standardisée pour évaluer le système de financement de la santé d'un pays. De nature essentiellement qualitative, la matrice se penche sur les institutions, les processus et les politiques de financement de la santé, ainsi que leur mise en œuvre. Elle évalue dans quelle mesure ces derniers sont alignés sur la couverture sanitaire universelle. Les évaluations nationales permettent de suivre les progrès dans le temps et de mettre en évidence les priorités d'action future. Elles alimentent également une base de données mondiale pour faciliter l'apprentissage entre pays.



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Pour plus d'informations, veuillez contacter le:

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

Courriel: [healthfinancing@who.int](mailto:healthfinancing@who.int)  
Site internet: [http://www.who.int/health\\_financing](http://www.who.int/health_financing)

ISBN 978-92-4-002634-6

