



JOINT
LEARNING
NETWORK

For Universal Health Coverage

ÉVALUATION DES
SYSTÈMES DE
PAIEMENT DES
PRESTATAIRES DE
SOINS DE SANTÉ

*Guide pratique pour les pays
en voie vers la Couverture
Sanitaire Universelle*

MODULES DE GUIDE D'ÉVALUATION

PRÉPARATION DU TERRAIN			
MODULE 1	ÉTAPE 1 IDENTIFIER LE SYSTÈME DE SANTÉ CONTEXTE ET OBJECTIFS RÉSULTATS DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE #1	ÉTAPE 2 DEFINIR LES OBJECTIFS DE LA REFORME OU DE L'AMÉLIORATION DE PAIEMENTS DES PRESTATAIRES RÉSULTATS DU GROUPE DE TRAVAIL #1	
	ÉTAPE 3 CONVENIR DES OBJECTIFS ET DE LA PORTÉE DE L'EXERCICE D'ÉVALUATION RÉSULTATS DU GROUPE DE TRAVAIL #2		
	ÉVALUATION DU SYSTÈME ACTUEL DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES		
MODULE 2	ÉTAPE 4 ADAPTER ET PRÉTESTER LES OUTILS D'ENTRETIEN RÉSULTAT #2 #3 #4 DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE	ÉTAPE 5 ANALYSER LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉSULTAT #5 #6 #7 DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE	
	ÉTAPE 6 INTERROGER LES PARTIES PRENANTES SUR LES SYSTEMES DE PAIEMENT ACTUELS RÉSULTATS DU GROUPE DE TRAVAIL #3	ÉTAPE 7 COMPILATION DES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS RÉSULTAT #2 #3 #4 DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE	
	ÉTAPE 8 ANALYSER LES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS RÉSULTAT #5 #6 #7 DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE	ÉTAPE 9 ÉVALUER LE SYSTÈME ACTUEL DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉSULTATS DU GROUPE DE TRAVAIL #3	
	ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ ACTUELLE DES ACHETEURS ET LA CAPACITÉ DES PRESTATAIRES		
	MODULE 3	ÉTAPE 10 INTERROGER LES PARTIES PRENANTES POUR ÉVALUER LES CAPACITÉS DES ACHETEURS ET DES PRESTATAIRES RÉSULTAT #8 #9 #10 DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE	MODULE 4
		ÉTAPE 11 ÉLABORER DES RECOMMANDATIONS POUR AFFINER OU REFORMER LES SYSTEMES DE PAIEMENT RÉSULTATS #4 #5 DU GROUPE DE TRAVAIL	
IDENTIFIER LES OPTIONS D'AFFINER OU DE REFORMER A FIN DE PAYER LES PRESTATAIRES			



ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Guide pratique pour les pays en voie vers la Couverture Sanitaire Universelle

Sommaire

AUTEURS

Cheryl Cashin, Institut des Résultats pour le Développement (rédactrice technique)

Batbayar Ankhbayar, Institut Mongol de Recherche sur le Développement

Hoang Thi Phuong, Institut de Stratégie et de Politique Sanitaire du Vietnam

Gerelmaa Jamsran, Ministère de la santé, Mongolie

Oyungerel Nanzad, Ministère de la santé, Mongolie

Nguyen Khanh Phuong, Institut de Stratégie et de Politique Sanitaire du Vietnam

Tran Thi Mai Oanh, Institut de Stratégie et de Politique Sanitaire du Vietnam

Tran Van Tien, Ministère de la santé, Vietnam

Tsolmongerel Tsilaajav, Ministère de la santé, Mongolie

CE GUIDE A ÉTÉ RÉALISÉ par le Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture sanitaire universelle (JLN), une plateforme d'apprentissage innovante où les praticiens et les décideurs politiques du monde entier co-développent des connaissances globales qui se concentrent sur le "comment" pratique de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Pour toute question ou demande de renseignements concernant ce guide ou d'autres activités du JLN, veuillez contacter le JLN à l'adresse suivante

info@jointlearningnetwork.org.

© 2015 PAR L'INSTITUT RESULTS POUR LE DEVELOPMENT (R4D). Tous droits réservés. Le matériel contenu dans ce document peut être utilisé librement à des fins éducatives ou non commerciales, à condition qu'il soit accompagné d'une mention de reconnaissance. En cas de traduction ou d'utilisation à des fins éducatives, veuillez contacter le JLN à l'adresse info@jointlearningnetwork.org afin que nous puissions disposer d'une trace de son utilisation.

Ce travail a été financé en tout ou en partie par une subvention de la Fondation Rockefeller. Les opinions exprimées ici sont uniquement celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la fondation.

CITATION RECOMMANDÉE :

C. Cashin, ed. *Évaluer les systèmes de paiement des prestataires de soins de santé : Guide pratique pour les pays en voie vers la couverture sanitaire universelle*. Réseau d'Apprentissage Conjoint pour la Couverture Sanitaire Universelle, 2015.

Les noms de produits et d'entreprises mentionnés dans le présent document peuvent être des marques déposées de leurs propriétaires respectifs.

PRÉFACE	v
REMERCIEMENTS	vii

INTRODUCTION	1
Objectif de ce Guide	3
Comment ce guide est organisé	6
Comment l'exercice d'évaluation est structuré	7

DÉCISIONS SUR LA POLITIQUE DE PAIEMENT DES FOURNISSEURS : PRINCIPES DE BASE	13
Choix de la bonne combinaison de méthodes de paiement des prestataires	14
Conception stratégique des systèmes de paiement	15
Établir les bonnes modalités de mise en œuvre	18
Autres lois, règlements et politiques	19
Caractéristiques des systèmes de paiement efficaces	19

MODULE 1:	
PRÉPARER LE TERRAIN	27
ÉTAPE 1: IDENTIFIER LE CONTEXTE ET LES BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ	29
ÉTAPE 2: DÉFINIR LES OBJECTIFS D'UN AFFINEMENT OU D'UNE RÉFORME DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES	31
ÉTAPE 3: CONVENIR DES OBJECTIFS ET DE LA PORTÉE DE L'EXERCICE D'ÉVALUATION	33

MODULE 2:	
ÉVALUATION DES SYSTÈMES ACTUELS DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES	35

ÉTAPE 4: ADAPTER ET PRÉTESTER LES OUTILS D'INTERVIEW	37
ÉTAPE 5: ANALYSER LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ	39
ÉTAPE 6: INTERROGER LES PARTIES PRENANTES SUR LES SYSTÈMES DE PAIEMENT ACTUELS	41
ÉTAPE 7: COMPILER LES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES	43
Liens entre acheteurs, prestataires et systèmes de paiement	43
Traits de conception et modalités de mise en œuvre de chaque système de paiement	45
Conséquences perçues de chaque système de paiement	50
ÉTAPE 8: ANALYSER LES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES	53
Analyser la combinaison des méthodes de paiement, la conception et les modalités de mise en œuvre	53
Analyser les forces, les faiblesses et les résultats des systèmes de paiement	54
ÉTAPE 9: ÉVALUER LES SYSTÈMES ACTUELS DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES PAR RAPPORT AUX BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ	57

Préface

MODULE 3:

ÉVALUER LA CAPACITÉ ACTUELLE DE L' ACHETEUR ET DU PRESTATAIRE...63

ÉTAPE 10: INTERROGER LES PARTIES PRENANTES POUR ÉVALUER LA PRIORITÉ ET LA CAPACITÉ DE

L' ACHETEUR	65
Capacité de l' acheteur.....	65
Autonomie et capacité du prestataire	68
Disponibilité des données.	68

MODULE 4:

IDENTIFIER LES OPTIONS POUR AFFINER OU RÉFORMER LE PAIEMENT DES PRESTATAIRES71

ÉTAPE 11: ÉLABORER DES RECOMMANDATIONS POUR AFFINER OU RÉFORMER LES SYSTÈMES DE PAIEMENT. 73

Identifier les facteurs contextuels clés.	74
Feuille de route pour la réforme des paiements des prestataires.....	76

ANNEXE A : MODÈLES DE RÉSULTATS DES GROUPES DE TRAVAIL	79
ANNEXE B : MODÈLES DE RÉSULTATS DE L' ÉQUIPE D' ANALYSE	85
GLOSSAIRE	99
BIBLIOGRAPHIE	103

L' Initiative Technique sur le Paiement des Prestataires du Réseau d' Apprentissage Conjoint travaille avec les pays du JLN depuis 2010 pour identifier les défis pratiques et les solutions créatives liés aux systèmes de paiement des prestataires de soins de santé et la manière dont ils peuvent être conçus et mis en œuvre pour aider à faire progresser les objectifs de couverture sanitaire universelle. Au cours de ce processus, les pays du JLN ont souvent exprimé le besoin d' une méthode systématique pour déterminer s' ils étaient sur la bonne voie avec leurs systèmes de paiement ou s' ils pouvaient faire mieux en utilisant d' autres méthodes pour payer les services de santé. Les pays ont trouvé peu de conseils pratiques dans la littérature théorique sur le paiement des prestataires et ont découvert qu' il n' existe pas d' « étalon-or » ou de système de paiement parfait à utiliser comme référence. Tous les systèmes de paiement impliquent des compromis et peuvent avoir des conséquences inattendues. Il est donc difficile d' évaluer si les systèmes de paiement peuvent être affinés ou réformés pour mieux soutenir les objectifs du système de santé. Certains pays ont fait appel à des consultants locaux ou internationaux pour les aider à répondre à ces questions, mais ils ont rarement obtenu des réponses complètes ou des approches susceptibles de renforcer leurs processus politiques.

Ce guide se veut être un outil pratique pour aider les pays à obtenir des réponses aux questions qu' ils se posent sur la politique de paiement des prestataires en utilisant un processus participatif. Il a été élaboré grâce à une collaboration virtuelle et en présentiel sur une période de quatre ans et s' appuie sur les processus de politique de paiement des prestataires dans plusieurs pays. Il vise à aider les pays à répondre à leurs questions, non seulement sur les systèmes de paiement des prestataires individuels, mais aussi sur la manière dont les systèmes de paiement fonctionnent ensemble au sein de l' architecture globale des systèmes de paiement d' un pays, sans attendre de solutions définitives et sans s' appuyer sur des évaluations externes ad hoc.

Après un premier cadrage du champ d' application, de la structure et du contenu par un groupe d' experts internationaux en matière de politique de paiement des prestataires, un premier guide pilote a été réalisé aux Maldives, avec le soutien de la Banque mondiale. Après ce premier projet pilote, les ministères de la santé du Viêt Nam et de la Mongolie ont procédé à des essais complets du guide sur le terrain. Après ce premier projet pilote, les ministères de la santé du Viêt Nam et de la Mongolie ont procédé à des essais complets du guide sur le terrain.

Les expériences du Viêt Nam en 2012-2013 et de la Mongolie en 2013-2014 constituent la base d' une grande partie des conseils sur le processus dans cette version finale du guide.

La Mongolie et le Viêt Nam ont des contextes nationaux et des caractéristiques de systèmes de santé très différents. La Mongolie se trouve en Asie centrale orientale, bordée au nord par la Sibérie et au sud par la Chine. Elle compte une population d' environ 3 millions d' habitants. La Banque mondiale classe la Mongolie dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, avec un revenu national par habitant de 4 320 dollars et des dépenses de santé par habitant de 244 dollars en 2014. Le Viêt Nam est un pays d' Asie du Sud-Est qui compte environ 90 millions d' habitants. Il est classé par la Banque mondiale dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, avec un revenu national par habitant de 1890 dollars et des dépenses de santé par habitant de 111 dollars en 2014.

Ces deux pays présentent toutefois des similitudes : ils sont en train de passer d' un système de santé socialisé, avec un financement et une prestation de services centralisés par le gouvernement, à un modèle plus pluraliste, avec l' introduction de l' assurance maladie sociale et un rôle croissant du secteur privé. En raison de cet héritage commun, les systèmes de paiement des prestataires de ces pays présentent certaines caractéristiques communes, telles que la budgétisation par poste pour un vaste réseau d' établissements de santé publics, mise en œuvre parallèlement à des systèmes de paiement plus modernes axés sur les résultats, tels que la capitation et le paiement des hôpitaux sur la base des cas. Compte tenu de ces similitudes dans les contextes de paiement des prestataires en Mongolie et au Viêt Nam, les résultats de leurs évaluations peuvent ne pas être représentatifs à l' échelle mondiale. Néanmoins, l' expérience des exercices d' évaluation dans ces pays est riche d' enseignements pour d' autres pays désireux de se lancer dans leurs propres évaluations dans ces pays est riche d' enseignements pour les autres pays qui se lancent dans leurs propres exercices d' évaluation de paiement des prestataires.

Nous espérons que ce guide fournira une structure technique permettant aux pays de développer leurs propres processus d'examen et d'évaluation des systèmes de paiement des prestataires du point de vue de toutes les parties prenantes, en particulier les prestataires. Ces processus évolueront continuellement pour répondre à la nécessité d'une mise au point, d'ajustements majeurs, voire d'une refonte complète des systèmes de paiement des pays.

L'approche analytique proposée par ce guide servira de base à ce travail continu. Dans l'esprit de l'apprentissage conjoint, nous espérons également que le guide contribuera à créer un langage commun entre les pays afin qu'ils puissent partager leurs expériences en matière de paiement des prestataires et acquérir de nouvelles connaissances ensemble.



CE GUIDE EST LE FRUIT DES EFFORTS CONJOINTS d'un large éventail de contributeurs dans les pays qui s'efforcent de parvenir à une couverture sanitaire universelle, ainsi que de partenaires internationaux qui soutiennent ces efforts. Leurs connaissances et leur expérience ont contribué à façonner l'approche de l'évaluation des systèmes de paiement des prestataires et à définir les moyens de les affiner ou de mettre en œuvre de nouveaux modèles.

Une expertise technique et une contribution importantes ont été apportées par le Groupe d'experts sur le paiement des prestataires, convoqué par le Réseau d'Apprentissage Conjoint (JLN) et accueilli par le Bureau de Barcelone de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le Renforcement des Systèmes de Santé en février 2012. Ce groupe a contribué à définir la portée, la structure et le contenu du guide, ainsi que l'approche des essais sur le terrain. En particulier, John Langenbrunner et Sheila O' Dougherty ont apporté une contribution technique spécifique et ont révisé les premières versions de ce guide.

Ce guide a été considérablement enrichi par l'expérience des essais sur le terrain en Mongolie et au Viêt Nam. De nombreux acteurs nationaux et partenaires internationaux ont collaboré pour rendre les essais sur le terrain possibles et utiles aux processus politiques dans leurs pays. La Banque Mondiale et l'OMS ont apporté leur soutien financier et technique à l'expérimentation du guide en Mongolie, et la Banque Mondiale a apporté son soutien à l'expérimentation au Vietnam.

Enfin, les auteurs tiennent à remercier les nombreux décideurs politiques, prestataires de soins de santé et autres parties prenantes qui ont généreusement donné de leur temps, de leur expérience et de leurs points de vue personnels lors des tests sur le terrain. Leurs contributions ont permis de s'assurer que le guide est ancré dans les réalités pratiques de la conception, du fonctionnement et de la gestion des systèmes de paiement des prestataires en soutien à la couverture sanitaire universelle et à d'autres objectifs du système de santé.

Contributeurs

John Langenbrunner

Banque mondiale

Sheila O'Dougherty

Associates Abt

Joseph Kutzin

Organisation mondiale de la santé

Chris Atim

Association africaine pour l'économie et la politique de la santé / Results for Development Institute

Dorjsuren Bayarsaikhan

Organisation mondiale de la santé

Surabhi Bhatt

JLN / Résultats pour l'Institut de développement

Danielle Bloom

JLN / Résultats pour l'Institut de développement

Michael Borowitz

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Tamás Evetovits

Organisation mondiale de la santé

Frank Feeley

École de santé publique de l'université de Boston

Alice Garabrant

JLN / Résultats pour l'Institut de développement

Jennifer Hennig

GIZ

Kari Hurt

Banque mondiale

Melitta Jakab

Organisation mondiale de la santé

Matthew Jowett

Organisation mondiale de la santé

Gina Lagomarsino

JLN / Résultats pour l'Institut de développement

Inke Mathauer

Organisations mondiale de la santé

Bruno Meessen

Institut de médecine tropicale
Anvers

Laurent Musango

Organisation mondiale de la santé

Stefan Nachuk

Groupe de santé mondiale, Université de Californie San Francisco

Somil Nagpal

Banque mondiale

Toomas Palu

Banque mondiale

Phusit Prokongsai

Programme international de politique de santé (Thaïlande)

Aparnaa Somanathan

Banque mondiale

Winnie Yip

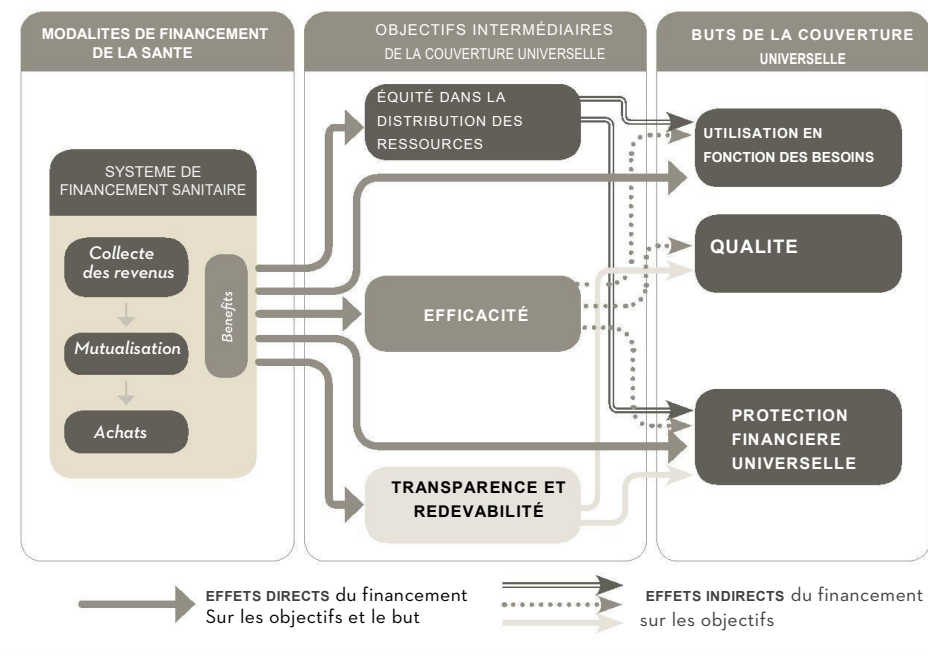
Oxford University

INTRODUCTION

PARVENIR A UNE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE – c'est-à-dire garantir l'accès aux services de santé de base à l'ensemble de la population sans risque de difficultés financières ou d'appauvrissement - est un défi auquel sont confrontés de nombreux pays. Pour atteindre et maintenir la couverture sanitaire universelle, les gouvernements doivent générer des ressources pour étendre la couverture, distribuer les ressources de manière équitable et les utiliser efficacement afin d'obtenir les meilleurs résultats en termes de satisfaction des besoins en soins de santé, de garantie de la qualité des soins et de protection des utilisateurs contre les difficultés financières dues aux frais à leur charge. (Voir figure 1).

FIGURE 1.

Effets des modalités de financement de la santé sur la couverture sanitaire universelle



Source: Kutzin, 2013

LES POLITIQUES DE FINANCEMENT DE LA SANTE - politiques qui régissent les ressources et les incitations économiques du système de santé - affectent l' efficacité, la performance et l' équité du système de santé et, en fin de compte, les résultats en matière de santé. Les politiques de financement de la santé s' appliquent à trois fonctions principales :

- Collecte de revenus provenant de sources publiques, privées et externes pour financer le système sanitaire
- Mutualisation des fonds de santé pour répartir les risques financiers et parvenir à une plus grande équité et à une meilleure protection financière
- Achat de biens, de services et d' interventions de soins de santé pour les populations couvertes auprès des institutions prestataires à l' aide des fonds mis en commun.

Le contexte macroéconomique et fiscal d' un pays influe considérablement sur le montant des ressources - en particulier des ressources publiques - disponibles pour le secteur de la santé. Nombreux sont les pays qui, dans un premier temps, s' attachent à générer suffisamment de revenus afin de parvenir à une couverture universelle, mais à mesure que la couverture s' étend, les questions de viabilité financière, d' efficacité et de qualité des soins se posent rapidement. Il ne suffit pas d' augmenter les revenus du secteur de la santé pour atteindre les buts du système de santé d' un pays. Les fonds doivent être orientés stratégiquement vers des priorités telles que l' élargissement de l' accès aux services et aux interventions, l' amélioration de la qualité des soins et la promotion de l' équité et de la protection financière.

Afin de mieux adapter les fonds destinés à la santé à ces priorités, de nombreux pays ont mis en œuvre des réformes de mutualisation et d' achat visant à assurer que les fonds vont à ceux qui en ont le plus besoin, à permettre que les fonds publics soient utilisés pour acheter des services auprès de prestataires privés et publics, et à inciter les prestataires à améliorer l' efficacité et la qualité de leurs services. Les approches d' achat stratégique incluent, à titre d' exemple, l' utilisation des systèmes de paiement des prestataires afin de promouvoir une prestation de services efficace et la négociation avec les fournisseurs de produits pharmaceutiques afin de réduire les coûts des médicaments.

Les achats de produits sanitaires sont étroitement liés aux autres fonctions de financement de la santé et jouent un rôle important dans la gouvernance. Par exemple, lorsque les fonds provenant de chaque source de revenus transitent par un agent mutualisé différent, la structure des accords de mutualisation se répercute souvent sur les dispositions d' achat. Cette fragmentation peut limiter la capacité du système de financement de la santé à améliorer l' équité et l' efficacité en fixant des incitations cohérentes pour les prestataires. Par ailleurs, certains pays ont atténué les effets de fragmentation de la mutualisation en harmonisant les dispositions d' achat et en égalisant les taux de paiement entre les populations.

Un *acheteur de soins de santé* est toute institution qui achète des biens, des services et des interventions de soins de santé pour le compte d' une population couverte. Les acheteurs de santé peuvent inclure:

- Ministère de la santé (Mds)
- Agence d' assurance maladie sociale
- Agence d' achat spécial
- Autorités gouvernementales locales
- Autres ministères (par ex., ministère de la défense)
- Conseil régional de la santé
- Fonds/ compagnie d' assurance privée
- Fonds d' assurance appartenant aux membres/ à la communauté
- Employeurs

Les acheteurs de santé prennent des décisions stratégiques dans cinq domaines :

- **Couverture** : pour qui acheter des biens, des services et des interventions sanitaires?
- **Paquets de prestations** : quels biens, services et interventions en matière de soins de santé acheter (et lesquels exclure) et participation aux coûts des personnes couvertes?
- **Contrats** : à qui acheter quels biens, services et interventions sanitaires, et à quels prix ?
- **Paiement des prestataires** : comment et combien payer les prestataires ?
- **Qualité** : comment s' assurer que les services sanitaires achetés sont de bonne qualité ?

Les achats stratégiques de produits sanitaires requièrent le pouvoir de prendre des décisions d' achat et de conclure des contrats avec les prestataires, une certaine souplesse dans l' affectation des fonds et des systèmes d' information performants. Il faut aussi un pouvoir d' achat ; des acheteurs moins nombreux et plus importants ont plus de pouvoir pour influencer le prix et la qualité des services sanitaires. L' environnement juridique régissant les acheteurs de soins médicaux doit garantir que ces derniers disposent de l' autorité et des droits de décision nécessaires afin d' élaborer des politiques relatives à la passation de contrats et au paiement des prestataires, à la gestion des données et à l' informatique, ainsi qu' au contrôle des

La façon dont les acheteurs de soins de santé paient les prestataires de soins pour la fourniture des services couverts est un élément essentiel de l' achat stratégique de soins médicaux. Ces systèmes de paiement des prestataires comprennent une ou plusieurs méthodes de paiement et tous les systèmes d' appui, tels que les mécanismes de passation de contrats et d' établissement de rapports, les systèmes d' information et la gestion financière. Presque tous les pays qui s' efforcent de mettre en place une couverture sanitaire universelle développent ou améliorent des systèmes de paiement stratégique des prestataires.

Les systèmes de paiement des prestataires créent des signaux économiques, ou incitations, qui influencent le comportement des institutions prestataires - en particulier, les services qu' elles fournissent, la manière dont elles les fournissent et la combinaison de moyens qu' elles utilisent. Cela affecte à la fois la valeur obtenue à partir des fonds mutualisés et la viabilité financière de la couverture. Les bonnes incitations peuvent orienter le comportement des prestataires de manière à servir les objectifs du système de santé, tels que l' amélioration de la qualité des soins, l' élargissement de l' accès aux services prioritaires, une plus grande réactivité vis-à-vis des patients et une utilisation plus efficace des ressources. La façon dont ces incitations atteignent les travailleurs de la santé de première ligne est essentielle ; dans les systèmes où les salaires des travailleurs de la santé ne font pas partie des paiements aux institutions prestataires, les efforts visant à atteindre les objectifs du système de santé en améliorant la distribution, la qualité et la motivation des ressources humaines sont souvent entravés.

Chaque système de paiement est basé sur une ou plusieurs méthodes de paiement des prestataires. Chaque méthode de paiement crée un ensemble différent d' incitations, et chaque méthode présente des forces et des faiblesses dans des contextes différents. Les méthodes de paiement les plus couramment utilisées sont les suivantes:

- Capitation (par habitant)
- Cas par cas (p. ex. groupe diagnostic)
- Paiement à l' acte (tarifs ou barèmes fixes)
- Budget global
- Budget par poste
- Per diem

Le tableau 1 résume ces méthodes, les incitations qu' elles créent et les cas dans lesquels chaque méthode peut être utile.

La combinaison de méthodes de paiement des prestataires qui convient le mieux à un pays, une région ou une institution pour payer différents services sanitaires à différents niveaux évoluera au fil du temps. L' utilisation efficace des paiements aux prestataires pour faire progresser les buts d' un système sanitaire est un processus continu qui implique un affinement constant au fur et à mesure que les prestataires s' adaptent et modifient leur comportement et que les buts changent. Même de petits changements dans les systèmes de paiement peuvent avoir un impact significatif sur le comportement des prestataires. En commençant par un modèle de paiement simple et en le complexifiant au fil du temps, on permet aux systèmes de soutien de mûrir et de développer la capacité de gérer des mécanismes plus sophistiqués.

LE BUT DE CE GUIDE

Les pays qui s' appréhendent à relever le défi de la mise en place d' une couverture sanitaire universelle ont exprimé le besoin de disposer d' un moyen systématique d' évaluer leurs systèmes actuels de paiement des prestataires et d' identifier les améliorations (mises à jour mineures ou révisions de la conception ou de la mise en œuvre du système de paiement) ou les réformes (changements majeurs de la combinaison des méthodes de paiement, conception et/ ou modalités de mise en œuvre) qui peuvent les aider à atteindre leurs buts de système de santé. Ce guide propose un processus structuré pour y parvenir. Le processus ne permet pas d' obtenir des réponses définitives, mais peut aider à structurer l' analyse des données et les discussions et fournir une base de décision, de politique et de propositions d' amélioration ou de réforme. Ce guide peut être utilisé dans son intégralité, mais dans certains cas, seules certaines parties peuvent être utiles.

Ce guide définit un exercice d' évaluation qu' un pays, une région ou une institution peut utiliser pour un ou plusieurs des buts suivants :

- Évaluer les systèmes actuels de paiement des prestataires, identifier les objectifs à affiner ou à réformer et évaluer les options de réforme.
- Établir une évaluation de base des systèmes de paiement des prestataires qui ont déjà été sélectionnés, afin de faciliter le suivi et l' évaluation.
- Contribuer à l' élaboration d' une base de données probante pour la politique de paiement des prestataires dans les différents pays.

Tableau 1.
Principaux modes de paiement des prestataires et les incitations qu' ils créent

MODE DE PAIEMENT	DÉFINITION	INCITATIONS POUR LES PRESTATAIRES	QUAND LA MÉTHODE PEUT ÊTRE UTILE
Capitation (par habitant)	Les prestataires sont payés à l' avance pour fournir un ensemble défini de services à chaque personne inscrite pendant une période déterminée.	Attirer des affiliés, améliorer la combinaison des résultats (se concentrer sur la promotion sanitaire et la prévention moins coûteuses), améliorer l' efficacité de la combinaison des produits, diminuer les produits, fournir des services insuffisants, augmenter les transferts vers d' autres prestataires, essayer de sélectionner des affiliés en meilleure santé (moins coûteux).	La capacité de gestion de l' acheteur et des prestataires est moyenne avancée, le choix et la concurrence entre les prestataires sont possibles, le renforcement des soins primaires et la maîtrise des coûts sont des priorités absolues, une stratégie plus large est en place pour renforcer les soins primaires et accroître la promotion sanitaire.
Cas par cas (p. ex. groupe diagnostic)	Les hôpitaux reçoivent un montant fixe par admission ou sortie en fonction du patient et des caractéristiques cliniques, pouvant inclure le service d' admission, le diagnostic et d' autres facteurs.	Augmenter les admissions, y compris à des niveaux excessifs ; réduire les intrants par cas, ce qui peut améliorer l' efficacité de la combinaison des entrées ou éventuellement réduire la qualité ; dégroupier les services (par ex. par des tests de préadmission) ; réduire la durée des séjours hospitaliers ; déplacer les soins de réadaptation vers le milieu extrahospitalier.	La capacité de gestion de l' acheteur et des prestataires est de moyenne élevée, la capacité et/ou l' utilisation des hôpitaux est excédentaire, l' amélioration de l' efficacité est une priorité, la maîtrise des coûts est une priorité modérée.
Paiement à l' acte (tarifs ou barèmes fixes)	Les prestataires sont payés pour chaque service individuel fourni. Les frais ou les tarifs sont fixés à l' avance pour chaque service ou ensemble de services.	Augmenter le nombre de services, y compris au-delà du niveau nécessaire réduire les entrées par service, ce qui peut améliorer l' efficacité de la combinaison d' entrées ou éventuellement réduire la qualité.	La capacité de gestion de l' acheteur et des prestataires est au moins modérée ; l' augmentation de la productivité, de l' offre de services et de l' accès sont des priorités absolues ; il est nécessaire de retenir ou d' attirer davantage de prestataires ; le contrôle des coûts n' est pas une priorité.
Budget global	Les prestataires reçoivent un montant fixe pour une période déterminée afin de couvrir l' ensemble des dépenses liées à la fourniture d' un ensemble de services convenu. Le budget peut être dépensé de manière flexible et n' est pas lié à des lignes budgétaires.	Si les budgets globaux sont établis sur la base des entrées : fournir des services insuffisants, augmenter les références à d' autres prestataires, augmenter les entrées. Si les budgets globaux sont établis selon le volume : augmenter le nombre de services, augmenter les transferts vers d' autres prestataires, diminuer les entrées. Il existe un mécanisme susceptible d' améliorer l' efficacité, mais il peut être nécessaire de le combiner avec d' autres mesures incitatives.	La capacité de gestion de l' acheteur et des prestataires est au moins modérée, la concurrence entre les prestataires n' est pas possible ou n' est pas un objectif, la maîtrise des coûts est une priorité absolue.
Budget linéaire	Les prestataires reçoivent un montant fixe pour une période déterminée afin de couvrir les dépenses d' entrée spécifiques (par ex. le personnel, les médicaments, les services publics). Le budget n' est pas flexible et les dépenses doivent suivre les lignes budgétaires.	Fournir des services insuffisants, augmenter les transferts vers d' autres prestataires, augmenter les entrées, dépenser tous les fonds restants d' ici la fin de l' année budgétaire. Pas d' incitation ou de mécanisme pour améliorer l' efficacité.	La capacité de gestion de l' acheteur et des prestataires est faible, le contrôle des coûts est une priorité absolue ; la gestion financière et le suivi sont faibles.
Per diem	Les hôpitaux reçoivent un montant fixe par jour pour chaque patient admis. Le per diem peut varier selon le service, le patient, les caractéristiques cliniques ou d' autres facteurs.	Augmenter le nombre de journées-lits, ce qui peut entraîner un nombre excessif d' admissions et de durées de séjour à l' hôpital ; réduire les entrées par journée-lit, ce qui peut améliorer l' efficacité de la combinaison des entrées ou éventuellement réduire la qualité.	La capacité de gestion de l' acheteur et des prestataires est moyenne, l' amélioration de l' efficacité et l' augmentation de l' occupation des lits sont des priorités, l' acheteur souhaite passer à un paiement basé sur les résultats, le contrôle des coûts est une priorité modérée.

L' approche utilisée dans l' exercice est basée sur les principes suivants :

SÉLECTIONNER LA BONNE COMBINAISON DE METHODES DE PAIEMENT.

La combinaison des méthodes et les améliorations continues de la combinaison doivent être basées sur :

- Comment les incitations créées par les différentes méthodes de paiement et la combinaison de méthodes (y compris les conséquences imprévues) peuvent-elles affecter les objectifs du système de santé dans le contexte actuel.
- Comment les systèmes de paiement des prestataires fonctionnent ensemble dans le cadre de l' architecture globale du système de paiement du pays
- La capacité de l' acheteur à concevoir et à gérer des systèmes de paiement plus ou moins complexes
- L' autonomie, la flexibilité et la capacité des prestataires à répondre aux incitations financières
- Comment les systèmes de paiement s' alignent et renforcent d' autres fonctions de financement de la santé telles que la mise en commun des fonds et la définition des prestations ou des paquets de services essentiels.
- Autres facteurs susceptibles d' influencer les relations institutionnelles et le comportement des prestataires, y compris les facteurs politiques, juridiques et de financement public

CONCEVOIR STRATEGIQUEMENT LES SYSTEMES DE PAIEMENT.

Les systèmes de paiement des prestataires devraient être conçus de manière à :

- Être adapté aux buts et au contexte du pays, ainsi qu' aux capacités actuelles de l' acheteur et des prestataires
- Faire preuve de transparence en ce qui concerne les rôles et les relations (en particulier entre les prestataires, l' acheteur et la population), la base de paiement de même que les paramètres et les formules utilisés pour calculer les taux de paiement.
- Créer des incitations cohérentes qui maximisent les incitations bénéfiques et minimisent les conséquences involontaires afin de faire progresser les buts du système de santé.

ASSURER LES DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE APPROPRIÉES.

Certaines relations institutionnelles, réglementations et politiques du système de santé doivent être en place pour soutenir la mise en œuvre efficace des systèmes de paiement. Ces dispositions de mise en œuvre doivent :

- Créer les conditions nécessaires au fonctionnement et à la gestion du système de paiement
- Donner aux prestataires la flexibilité nécessaire afin de réagir aux incitations
- Permettre d' équilibrer les risques financiers et de gérer les coûts
- Inclure des systèmes de contrôle et d' amélioration de la qualité
- Veiller à ce que les parties prenantes de tous bords soient redevables et à ce que les conséquences négatives puissent être gérées.

Ces principes et la manière dont ils peuvent être appliqués à l' évaluation des systèmes de paiement des prestataires et à la prise de décisions visant à les affiner ou à les réformer sont examinés plus en détail dans la section suivante du guide, "Décisions relatives à la politique de paiement des prestataires : Principes de base".

Le guide s'appuie sur d' autres ressources et peut être utilisé conjointement avec celles-ci :

Conception et mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires de soins de santé de la Banque mondiale et de l' USAID : Manuels pratiques.

➔ <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ProviderPaymentHowTo.pdf>

Le calcul du coût des services de santé pour le paiement des prestataires du JLN: un manuel pratique

➔ www.jointlearningnetwork.org/resources/costing-of-health-services-for-provider-payment-a-practical-manual

L' aide OASIS (évaluation organisationnelle pour l' amélioration et le renforcement du financement de la santé) de l' Organisation mondiale de la santé : Aide Excel

➔ www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en

L' approche de l' évaluation des systèmes de santé de l' USAID : Manuel pratique

➔ www.healthsystemassessment.com/health-system-assessment-approach-a-how-to-manual

COMMENT CE GUIDE EST ORGANISÉ

Ce guide est divisé en modules afin de pouvoir être adapté aux besoins de différents pays, régions ou institutions à différents moments. Les étapes et les résultats de chaque module sont codés par couleur :



PRÉPARER LE TERRAIN

Ce module fournit des conseils pour décrire l'état actuel du système de santé et le rôle dans le paiement des prestataires, identifier les objectifs pour affiner ou réformer le paiement des prestataires, et établir les objectifs, la portée et le processus de l'exercice d'évaluation.

ÉVALUATION DES SYSTÈMES ACTUELS DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Ce module fournit des conseils pour décrire les systèmes actuels de paiement des prestataires, y compris les liens entre les acheteurs de soins de santé, les prestataires et les systèmes de paiement ; pour compiler les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre de chaque système de paiement ; et pour évaluer les forces et les faiblesses de chaque système de paiement et la façon dont les systèmes de paiement

ÉVALUER LES CAPACITÉS ACTUELLES DE L'ACHETEUR ET DU PRESTATAIRE

Ce module fournit des conseils pour évaluer la capacité de l'acheteur principal et le niveau d'autonomie et de capacité de gestion dont dispose le prestataire, ainsi que la disponibilité des données.

IDENTIFIER LES OPTIONS POUR AFFINER OU RÉFORMER LE PAIEMENT AU PRESTATAIRE

Ce module fournit des orientations sur l'évaluation des options d'affinement ou de réforme des systèmes de paiement actuels, telles que la modification de la combinaison des modes de paiement ou l'amélioration de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de paiement. Il peut déboucher sur une feuille de route pour la

ANNEXE A.

L'annexe A présente les modèles de résultats pour le **Groupe de travail**.

Consultez le site: <http://bit.ly/1RU5Yek> pour accéder aux ressources supplémentaires suivantes :

- Une version numérique du *Manuel de l'équipe analytique* en format Microsoft Word.
- Les outils d'entretien et les MODELES DE RESULTATS DE L'EQUIPE ANALYTIQUE figurant dans le manuel peuvent être adaptés aux objectifs particuliers de l'exercice d'évaluation et au contexte du pays.

- Une version numérique des **MODELES DE RESULTATS DU GROUPE DE TRAVAUX** en format Microsoft Word. Les modèles peuvent être personnalisés en fonction du pays concerné.

ANNEXE B

L'annexe B présente les modèles de résultats pour l'**Équipe analytique**.

Des ressources issues des exercices d'évaluation des paiements des prestataires en Mongolie et au Vietnam, y compris les ordres du jour des ateliers, les résultats du **Groupe de travail** et de l'**Équipe analytique** ainsi que des rapports, des notes politiques et d'autres publications.

COMMENT L'EXERCICE D'ÉVALUATION EST STRUCTURÉ

Ce guide est destiné à être utilisé par un comité de pilotage appelé **Groupe de travail sur le paiement des prestataires**, guidé par un **Facilitateur** et soutenu par une **Équipe analytique**. L'exercice d'évaluation utilise les données secondaires disponibles et s'appuie sur des entretiens avec les parties prenantes et des avis d'experts. Aucune collecte de données quantitatives n'est requise, bien que le processus puisse identifier un besoin de données supplémentaires pour soutenir la conception, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des nouveaux systèmes de paiement des prestataires.

Rôles et responsabilités

Trois parties principales jouent un rôle

dans cet exercice :

- **Groupe de travail sur le paiement des prestataires**

a la responsabilité globale de l'exercice et peut par la suite superviser la conception et la mise en œuvre de nouveaux systèmes de paiement des prestataires. Ce **Groupe de travail** est le principal lien avec les décideurs de haut niveau pour la politique de paiement des prestataires. Il doit être composé de représentants de toutes les parties prenantes clés du pays et inclure des personnes ayant une expérience opérationnelle directe des systèmes de paiement des prestataires. Le **Groupe de travail** peut inclure des représentants de :

- o Ministère de la santé (national et régional)
- o Agences d'assurance ou d'achat de produits sanitaires (nationales et régionales)
- o Ministère des finances
- o Les prestataires de soins primaires et secondaires/tertiaires (publics et privés)
- o Secteur pharmaceutique
- o Universités ou instituts de recherche
- o Groupes de consommateurs/ Patients.

Le Groupe peut avoir des sous-comités qui se concentrent sur des aspects particuliers du processus ou sur des modes de paiement particuliers.

- Un **Facilitateur** qui est un expert en financement sanitaire et un contributeur neutre (c.-à-d. qu'il ne représente aucune des institutions parties prenantes) guide et documente le processus du **Groupe de travail** et aide à interpréter les résultats de l'**Équipe analytique**.

- Une **Équipe analytique** constituée d'experts techniques, effectue le principal travail d'analyse de l'exercice sous la supervision du **Groupe de travail**. L'équipe recueille et analyse les documents politiques et les données secondaires disponibles, mène des entretiens avec les parties prenantes, compile les résultats quantitatifs et qualitatifs, et fournit une analyse et des conclusions préliminaires que le **Groupe de travail** peut interpréter et utiliser pour formuler des recommandations politiques. Le mélange de compétences de l'**Équipe analytique** peut inclure une expertise en matière de financement de la santé, une expérience de la recherche et des qualifications cliniques. Le **Facilitateur** peut lui aussi faire partie de l'**Équipe analytique**.

Le processus est conçu de façon à ce que l'**Équipe analytique** présente l'analyse et les conclusions préliminaires au **Groupe de travail** et que le **Facilitateur** guide le groupe dans l'interprétation des résultats et l'obtention d'un consensus. La structure générale du processus est présentée dans le tableau 2. Les étapes peuvent être séquentielles ou parfois simultanées.

Les essais de terrain en Mongolie et au Vietnam suggèrent que, dans des conditions idéales, les étapes des modules 1 à 3 pourraient être franchies en quatre mois environ, mais la durée de l'ensemble du processus peut varier considérablement en fonction de l'engagement politique et des défis

Le temps nécessaire pour compléter le module 4 (Identifier les options pour affiner ou réformer le paiement des Facilitateurs) dépend particulièrement du contexte du pays. Le Vietnam a achevé l'ensemble du processus, y compris le module 4, en 9 mois, tandis que la Mongolie a pris 18 mois en raison de difficultés telles que l'obtention d'un accord sur l'adaptation des outils d'entretien, la nécessité d'une facilitation supplémentaire et des contraintes de temps au sein du ministère de la santé. (VOIR TABLEAU 3).

Le coût de l'ensemble de l'évaluation s'est élevé à environ 65 000 USD au Viêt Nam et 50 000 USD en Mongolie, sans compter l'assistance technique internationale.

Les coûts comprenaient le financement de l'Équipe analytique et de son travail sur le terrain, les ateliers, ainsi que la production et la diffusion d'un rapport final. Le coût de l'exercice dépendra des frais de consultation locaux, du nombre et de la dispersion géographique des parties prenantes interrogées, ainsi que du nombre et de la taille des ateliers.

Résultats de l'exercice d'évaluation

L'exercice doit déboucher sur un rapport ou une note politique. Un exemple de rapport est présenté dans l'**ENCADRÉ 1**. Les résultats supplémentaires peuvent inclure une proposition de pilotage d'un nouveau modèle de paiement des prestataires (comme au Vietnam), une feuille de route pour la réforme du paiement des prestataires (comme en Mongolie) ou d'autres résultats spécifiques aux exigences du processus politique dans le pays.

¹ La durée du processus et le coût des évaluations en Mongolie et au Vietnam peuvent être élevés parce qu'il s'agissait de tests sur le terrain. Ce guide comprend des améliorations et des conseils plus détaillés basés sur ces expériences, ce qui pourrait réduire la durée et le coût de l'exercice pour d'autres pays. Les pays peuvent également choisir d'effectuer un exercice abrégé en utilisant les principes de ce guide, mais avec un processus plus rationalisé, afin d'obtenir des résultats rapides à un moindre coût.

Tableau 2.
Processus d' évaluation des paiements aux prestataires

Modules	ÉTAPES	TEMPS REQUIS (MINIMUM)	ACTIVITES	RESULTATS	PARTIE RESPONSABLE
Module 1: Préparer le terrain	COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES				
	Étape 1. Identifier le contexte et les buts du système de santé	2-4 semaines	Collecter des données de base pour identifier les buts du système sanitaire, les dispositions actuelles de de financement sanitaire et de prestation de services, et l' état des indicateurs clés du	Équipe Analytique Résultat #1	Équipe Analytique
	ATELIER #1 : PLANIFICATION DE L' EXERCICE D' EVALUATION				
	Étape 2. Définir les objectifs d' affinement ou de réforme des paiements des prestataires	1-2 jours	Confirmer les buts ou les problèmes du système sanitaire pouvant faire l' objet d' affinements ou de réformes de paiement des prestataires et s' accorder sur les objectifs de la réforme.	Groupe de travail Résultat #1	Groupe de travail avec Facilitateur
	Étape 3. S' accorder sur les objectifs et la portée de l' exercice d' évaluation		Identifier les objectifs de l' exercice d' évaluation, quelles sont les questions spécifiques auxquelles il doit répondre et sa portée (quelles perspectives, prestataires et aires géographiques à inclure).	Groupe de travail Résultat #2	
Evaluation des systèmes actuels de paiement des prestataires	COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES				
	Étape 4. Adapter et prétester les outils d' entretien	2-4 semaines	Adapter les outils d' entretien du Manuel de l' Equipe analytique au contexte du pays et aux objectifs de l' exercice d' évaluation Prétester et finaliser les outils.	Outils d' entretien révisés	Équipe Analytique
	Étape 5. Analyser les données du système de santé	2-4 semaines	Si les données sont disponibles, effectuer une analyse quantitative liés aux buts du système sanitaire et aux conséquences des systèmes actuels de paiement des prestataires.	Analyse quantitative	Équipe analytique
	Étape 6. Enquêter auprès des parties prenantes sur les systèmes de paiement actuels	1-2 mois	À l' aide d' outils d' entretien révisés, interroger les parties prenantes sur les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement actuels et sur leurs conséquences. paiement	Notes et/ou enregistrements d' entretiens	Équipe analytique

Tableau 2.
Processus d' évaluation des paiements aux prestataires, suite

MODULES	ÉTAPES	TEMPS REQUIS (MINIMUM)	ACTIVITES	RESULTATS	PARTIE RESPONSABLE
Module 2 : Évaluer les systèmes actuels de paiement des prestataires	ATELIER #2 : INTERPRÉTER LES RÉSULTATS DE L' ÉVALUATION				
	Étape 7. Compiler les informations issues des entretiens avec les parties prenantes	1-2 semaines	Compiler les informations issues des entretiens, y compris les liens entre les acheteurs, les prestataires et les systèmes de paiement, les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre de chaque système de paiement, et les conséquences perçues de chaque système de paiement. Identifier les relations entre les systèmes de paiement des prestataires et les accords de mutualisation et autres accords d' achat, y compris les services essentiels/ensembles de prestations, etc.	Équipe Analytique Résultats #2, #3 et #4	Équipe analytique
	Étape 8. Analyser les informations issues des entretiens avec les parties prenantes	1-2 semaines	Analyser l' éventail actuel des méthodes de paiement ainsi que la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement en fonction de critères et/ou de points de repères. Analyser les forces et les faiblesses des systèmes de paiement actuels, y compris les incitations bénéfiques et perverses et les conséquences involontaires.	Équipe analytique Résultats #5 et #6 #6	Équipe analytique
	Module 2:			Équipe analytique Résultat #7	
	Étape 9. Évaluer les systèmes actuels de paiement des prestataires par rapport aux buts du système sanitaire	1-2 jours	Parvenir à un consensus sur l' évaluation des systèmes de paiement actuels, y compris la combinaison des méthodes, par rapport aux buts du système sanitaire.	Groupe de travail Résultats #3	Groupe de travail avec Facilitateur ; Contribution de l' Équipe analytique

Tableau 2.
Processus d'évaluation des paiements aux prestataires, suite

MODULES	ÉTAPES	TEMPS REQUIS (MINIMUM)	ACTIVITÉS	RESULTATS	PARTIE RESPONSABLE
Module 3 : Évaluer les capacités actuelles de l'acheteur et du prestataire	COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES				
	Étape 10. Enquête auprès des parties prenantes pour évaluer la capacité de l'acheteur et du prestataire	1-2 mois (peut être simultanée avec l'étape 6)	À l'aide d'outils d'entretien révisés, interroger les parties prenantes sur la capacité actuelle du principal acheteur de soins médicaux, ainsi que sur l'autonomie et la capacité des prestataires. Attribuer des notes de capacité. Documenter la disponibilité des données et le niveau de désagrégation et d'automatisation des données.	Équipe analytique Résultats #8, #9, et #10	Équipe analytique
Module 4: Identifier les options pour l'affinement ou la réforme du paiement des prestataires	ATELIER #3 : ÉLABORATION DE RECOMMANDATIONS POUR L'AFFINEMENT OU LA REFORME DES PAIEMENTS AUX PRESTATAIRES.				
	Élaborer des recommandations pour affiner ou réformer les systèmes de paiement des prestataires	1-2 jours (plus le temps pour élaborer une feuille de route optionnelle)	Discuter et s'accorder sur les options d'affinement et de réforme des systèmes de paiement, telles que la modification de la combinaison des méthodes de paiement ou l'amélioration de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de paiement actuels. Identifier les améliorations à apporter aux systèmes de soutien et aux mesures auxiliaires pour les systèmes de paiement des prestataires actuels ou nouveaux, ainsi que les facteurs externes clés à prendre en compte. Créer une feuille de route pour la réforme (facultatif).	Groupe de travail Résultat #4	Groupe de travail avec Facilitateur ; Contribution de l'Équipe analytique
				Groupe de travail Résultat #5	

Tableau 3.
Caractéristiques des exercices d'évaluation en Mongolie et au Vietnam

	MONGOLIE	VIETNAM
Représentation des Groupes de travail	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la santé Département Santé de l'Agence d'assurance sociale (SIGO) Ministère des finances Prestataires de soins de santé Prestataires de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la santé Sécurité sociale du Viêt Nam (VSS) Prestataires de soins de santé Parties prenantes au niveau provincial (département provincial de la santé, sécurité sociale et prestataires)
Équipe analytique	<ul style="list-style-type: none"> Personnel technique du ministère de la santé (2) Chercheurs du Groupe de recherche sur le développement mongol (2) 	<ul style="list-style-type: none"> Personnel technique du ministère de la santé (1) Chercheurs de l'Institut de stratégie et de politique de santé (4)
Facilitateur	International consultant	International consultant
Nombre d'entretiens	40	101
Parties prenantes interrogées	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la santé Ministère des finances SIGO (acheteur) Hôpitaux et centres spécialisés Centres régionaux de diagnostic et de traitement Complexes sanitaires de district et maternités Centres de santé familiale Sanatoriums 	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la santé Ministère des finances VSS (acheteur) Département provincial de la santé Bureau provincial de la sécurité sociale Département provincial des finances Hôpitaux Centres de santé de district Postes de santé communaux.
Nombre d'ateliers	3	3
Délai	18 mois (Avril 2013 à octobre 2014)	9 mois (Novembre 2012 à juillet 2013)
Entretiens des parties	4 mois	4 mois
Budget (Y compris les entretiens avec les parties prenantes, l'analyse quantitative et les ateliers ; à l'exclusion de l'assistance technique internationale)	~50000\$US	~65 000 \$US

Encadré 1.

Modèle de plan d' un Rapport d' évaluation des paiements aux fournisseurs

SECTION 1.

Introduction et objectifs (1-2 pages)

- Aperçu du système de santé, des principales questions et des buts
- Indicateurs clés
- Objectifs de l' exercice d' évaluation

SECTION 2.

Aperçu des systèmes actuels de financement de la santé et de prestation de services (1-2 pages)

- Structure du financement de la santé (sources de revenus, les modalités de mutualisation, les organismes d' achat et les flux de financement)
- Structure de la prestation de services
- Défis clés et rôle du paiement des prestataires

SECTION 3.

Méthodes et processus d' évaluation (1-2 pages)

- Représentation du Groupe de travail et des sous-comités techniques
- Composition de l' équipe analytique
- Nombre d' entretiens avec les parties prenantes et représentation
- Méthodes d' analyse

SECTION 4.

Résultats (5-10 pages)

- Liens entre les acheteurs de soins médicaux, les prestataires de soins et les systèmes de paiement
- Conception et modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement actuels
- Conséquences positives et négatives des systèmes de paiement actuels
- Capacité actuelle de l' acheteur et des prestataires
- Évaluation des forces et des faiblesses des systèmes actuels de paiement des prestataires et la combinaison des méthodes et l' impact sur les buts du système sanitaire

SECTION 5.

Options et recommandations d' affinement et de réforme des systèmes de paiement (3-5 pages)

- Aperçu des facteurs influençant l' affinement et la réforme de paiements des prestataires
- Recommandations pour affiner et réformer le paiement des prestataires et facteurs externes à prendre en compte

Leçons tirées des essais sur terrain

“ Il est nécessaire d' avoir toutes les trois parties : le Groupe de travail, l' Équipe analytique et un Facilitateur neutre disposant d' une expertise technique ”

“ LE FACILITATEUR PEUT ÊTRE UN PARTENAIRE INTERNATIONAL, MAIS IL EST PRÉFÉRABLE DE CHERCHER À RENFORCER LES CAPACITÉS ET L' EXPERTISE SUR PLACE. LES UNIVERSITÉS ET LES INSTITUTS DE RECHERCHE POLITIQUE PEUVENT ÊTRE UTILES ”.

Module

DECISIONS SUR LA POLITIQUE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES : PRINCIPES DE BASE

TROIS PRINCIPES CLES devraient guider les décisions politiques sur le paiement des prestataires :

- Sélectionner la bonne combinaison de modes de paiement des prestataires.
- Concevoir les systèmes de paiement stratégique.
- Assurer des modalités de mise en œuvre appropriées.

L' exercice d' évaluation des paiements des prestataires décrit dans ce guide examine systématiquement ces dimensions des systèmes de paiement des prestataires et les évalue en fonction de critères d' efficacité. Cette section décrit en détail ces dimensions politiques et propose des critères d' évaluation.

SÉLECTIONNER LA BONNE COMBINAISON DE MODES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Il n'existe pas d'étalon-or ou de méthode de paiement parfaite, et chaque méthode présente des forces et des faiblesses et peut avoir des conséquences inattendues. Mais toutes les méthodes de paiement peuvent être utiles à certains moments et dans certains contextes pour lever différents obstacles sous-jacents à l'amélioration de l'efficacité, de l'équité ou de l'accès, ou pour permettre des améliorations spécifiques de la prestation de services. À titre d'exemple, le paiement à l'acte entraînera une escalade des coûts dans de nombreux contextes, mais la méthode peut être utile si l'un des objectifs prioritaires est d'accroître la productivité ou l'utilisation des services. Les pays devraient déterminer la combinaison de méthodes de paiement qui créera des incitations conformes aux priorités et aux buts de leur système sanitaire.

Il est essentiel de savoir comment les systèmes de paiement des prestataires fonctionnent entre eux au sein de l'architecture globale des systèmes de paiement du pays. Par exemple, si le paiement par capitation des soins primaires est combiné au paiement à l'acte des services spécialisés externes et au paiement par cas des hôpitaux, il pourrait en résulter soit un déplacement plus efficace vers les services de soins primaires, soit l'inverse, avec un excès d'orientations et davantage de services de soins tertiaires à coût élevé. Le résultat dépendra de la manière dont les systèmes de paiement sont conçus et des modalités de mise en œuvre de l'ensemble des systèmes de paiement. L'imposition d'un plafond au paiement à l'acte, par exemple, et l'ajustement du taux de base dans le système de paiement par cas pour contrer les augmentations excessives du nombre d'admissions peuvent renforcer les incitations bénéfiques du paiement par capitation pour les soins primaires. Le choix d'un ensemble de méthodes de paiement complémentaires, leur conception stratégique et la mise en place de dispositifs de mise en œuvre adéquats sont essentiels pour que le système de santé tire le meilleur parti possible de la politique de paiement des prestataires.

Le choix des méthodes de paiement peut être limité par la capacité de l'acheteur de soins médicaux et l'autonomie des prestataires.

Les méthodes de paiement plus complexes nécessitent davantage d'informations et de capacités techniques pour concevoir et gérer le système de paiement, de sorte que la capacité de l'acheteur peut limiter les options relatives aux méthodes de paiement. Le degré d'autonomie du prestataire est également un facteur

Les systèmes de paiement incitent fortement les prestataires à modifier les services qu'ils fournissent et la manière dont ils les fournissent. Si les prestataires ne disposent pas de la flexibilité nécessaire pour répondre à ces incitations, les résultats seront moindres ou, dans certains cas, pervers. Par exemple, si la méthode de paiement - telle que la capitation - crée de fortes incitations à l'efficacité, mais que les prestataires n'ont pas la possibilité de modifier la composition des entrées qu'ils utilisent, par exemple en changeant de personnel, la qualité des services pourrait en pâtir.

Toutes les méthodes de paiement peuvent être combinées avec des récompenses ou des pénalités spécifiques basées sur la performance (*connues sous le nom de financement basé sur les résultats ou de paiement à la performance*). Les méthodes de paiement peuvent également être combinées pour créer des systèmes de paiement mixtes ou des modèles mixtes. Un système de paiement mixte peut maximiser les incitations bénéfiques (et minimiser les conséquences involontaires potentielles) de chaque méthode de paiement. À titre d'exemple, un système de paiement par capitation pour les soins primaires peut incorporer un petit montant de paiement à l'acte pour les interventions préventives prioritaires, telles que les soins prénataux et la vaccination, afin de contrecarrer l'incitation perverse potentielle de la capitation à fournir des services en quantité insuffisante. Les systèmes de paiement mixtes sont de plus en plus courants car toutes les méthodes de paiement présentent des faiblesses - incitations perverses et possibilités de « jouer avec le système » - et les systèmes de paiement doivent évoluer en permanence.

Les systèmes de paiement mixtes sont également couramment utilisés lorsque les acheteurs passent du paiement des entrées (comme dans le cas des budgets basés sur les entrées) au paiement des sorties (comme dans le cas de la capitation pour les soins primaires complétée par le paiement à l'acte pour les services préventifs prioritaires) et finalement au paiement des résultats ou des prestations.

Certains modèles innovants de paiement des prestataires sont plus complexes, comme ceux qui visent à regrouper les services au cours d'un épisode de maladie ou de cycles de gestion des maladies chroniques.

Ces méthodes s'accompagnent souvent de difficultés à définir l'unité de paiement et n'ont pas été mises en œuvre à grande échelle. Il existe peu de preuves de l'efficacité de ces méthodes pour atteindre les buts du système sanitaire, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen.

Les systèmes de paiement des prestataires affectent et sont affectés par d'autres fonctions de financement sanitaire, en particulier la mutualisation, et d'autres aspects de l'achat de produits sanitaires. La combinaison des méthodes de paiement doit donc s'aligner sur les stratégies globales de financement sanitaire et les renforcer. En particulier, lorsque des services essentiels ou des ensembles de prestations sont définis, les méthodes de paiement doivent pouvoir être liées à ces services et prestations. En même temps, la façon dont les services et les prestations sont définis devrait faciliter la mise en place de systèmes de paiement optimaux et l'attribution de taux de paiement.

Enfin, l'architecture globale du système de paiement qui sera la plus efficace à un moment donné dépendra de nombreux facteurs propres au pays, notamment les rôles et les relations entre les différents acteurs, l'environnement politique, les contraintes juridiques et le système de

CONCEVOIR DES SYSTÈMES DE PAIEMENT STRATÉGIQUES

Un système de paiement peut être conçu de manière à ce qu'une méthode de paiement soit adaptée au contexte spécifique du pays et aux objectifs du système de santé. Le choix stratégique des caractéristiques de conception permet de façonner les incitations qui en découlent. (Les principales caractéristiques des systèmes de paiement sont les suivantes :

- **Base de paiement** : l'unité primaire de paiement et les autres paramètres et calculs utilisés pour calculer les paiements aux prestataires.
- **Services inclus** : les services qui sont payés au moyen du système de paiement.
- **Éléments de coût** : les catégories de coûts couvertes par les taux de paiement (par exemple, les salaires, les services publics, les médicaments).
- **Coefficients d'ajustement** : coefficients appliqués au taux de paiement de base pour ajuster les différences de coûts systématiques associées à certaines caractéristiques des patients ou des prestataires.
- **Entités contractantes** : les types de prestataires qui peuvent être payés pour fournir services à l'aide du système de paiement

Base de paiement

La caractéristique déterminante d'un système de paiement est l'unité de paiement - par service, par visite, par cas, par jour-lit ou par personne par mois. Quelle que soit l'unité de paiement, les prestataires sont incités à augmenter le nombre d'unités pour lesquelles ils sont payés tout en diminuant leur coût par unité afin de réaliser un bénéfice ou de générer un excédent. Le paiement à l'acte, par exemple, incite les prestataires à fournir davantage de services tout en réduisant leur coût par service. La capitation, qui verse au prestataire un montant fixe par personne inscrite pour un ensemble défini de services, incite les prestataires à inscrire davantage de personnes tout en réduisant leur coût total par personne.

Les services peuvent être combinés en une unité de paiement. Le niveau de regroupement influence la manière dont le risque financier est partagé entre l'acheteur et le prestataire. Les niveaux de regroupement plus bas font peser un plus grand risque financier sur l'acheteur, tandis que les niveaux de regroupement plus élevés font peser un plus grand risque sur les prestataires. Par exemple, les honoraires peuvent être fixés pour chaque visite au cabinet et pour chaque procédure effectuée au cours de la visite (niveau de regroupement plus bas), ou un tarif unique peut être fixé pour la visite au cabinet et pour toutes les procédures effectuées au cours de la visite (niveau de regroupement plus élevé).

Plus le niveau de regroupement est élevé, plus les prestataires auront la possibilité d'accroître leur efficacité en améliorant la composition de leurs entrées ou en réduisant les services inutiles.

Un niveau de regroupement plus élevé est également plus simple sur le plan administratif en termes de facturation et de paiement. Toutefois, avec un niveau de regroupement plus élevé, les taux de paiement sont moins directement liés au coût de la fourniture de services spécifiques dans le cadre du regroupement, ce qui incite davantage les prestataires à fournir des services insuffisants.

Les prestataires plaident souvent en faveur d'une diminution plutôt que d'une augmentation des offres groupées afin de limiter leur risque financier grâce à des taux de paiement mieux adaptés à leurs coûts de prestation et d'avoir davantage de possibilités d'accroître leurs recettes en augmentant leur volume. Les acheteurs préfèrent souvent un regroupement plus important pour limiter leur risque financier et inciter les prestataires à être plus efficaces en réduisant les services inutiles et en utilisant moins d'entrées à coût élevé.

La base de paiement comprend également d'autres paramètres et la formule utilisée pour calculer les paiements finaux versés aux institutions prestataires. Prenons l'exemple d'une formule de paiement par capitation. La méthode de capitation utilise l'individu inscrit ou enregistré comme unité primaire de paiement (pour tous les services inclus pendant une période déterminée). Les paramètres de paiement incluent donc le taux de base (paiement fixe par individu inscrit) et le nombre d'individus inscrits auprès du prestataire.

La formule de paiement est le taux de base multiplié par le nombre d'individus inscrits multiplié par d'éventuels coefficients d'ajustement. (Voir figure 2.) Pour un système de paiement hospitalier basé sur les cas, l'unité primaire de paiement est le taux de base multiplié par le nombre de personnes inscrites multiplié par les coefficients d'ajustement. (VOIR FIGURE 2.)

FIGURE 2.
Paramètres et Formules de Paiement pour les systèmes de Paiement par Capitation et par Cas et les systèmes de Paiement Hospitalier Basé sur les Cas

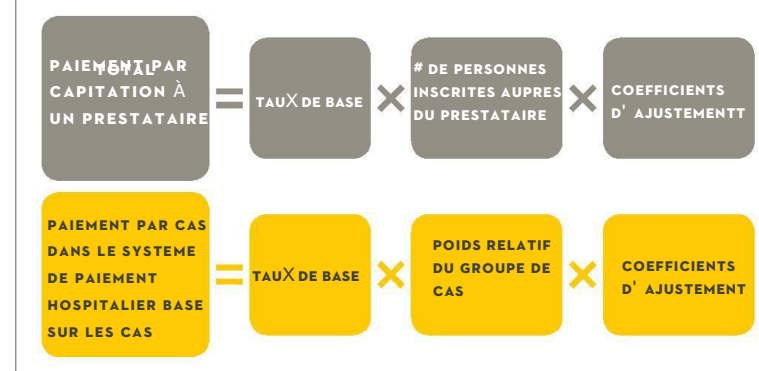


TABLEAU 4
Traits de Conception des systèmes de Paiement des Prestataires

TRAITS DE CONCEPTION	DEFINITION	DESCRIPTION/EXEMPLES			
		MODE DE PAIEMENT	UNITE DE PAIEMENT	PARAMETRES DE PAIEMENT	FORMULE DE PAIEMENT
Base de paiement	L'unité primaire de paiement, les autres paramètres et la formule utilisée pour calculer le paiement total au prestataire	Capitation	Individu inscrit pour tous les services couverts pendant une période déterminée	<ul style="list-style-type: none"> Taux de base # d'individus enrôlés Coefficients d'ajustement 	PAIEMENT PAR CAPITATION A UN PRESTATAIRE = taux de base x# de personnes inscrites auprès du prestataire x coefficients d'ajustement
		Paiement hospitalier basé sur le cas	Cas d'hospitalisation (Admission ou sortie)	<ul style="list-style-type: none"> Taux de base Groupes de cas Poids relatifs des cas Coefficients d'ajustement 	PAIEMENT PAR CAS A UN PRESTATAIRE = Taux de base x poids relatif du cas PAIEMENT TOTAL AU PRESTATAIRE = Somme des paiements par cas pour tous les groupes de cas
		Paiement à l'acte	Chaque service ou ensemble de services	<ul style="list-style-type: none"> Frais fixes Nombre de services fournis 	PAIEMENT TOTAL AU PRESTATAIRE = Somme des frais payés pour tous les services ou ensembles de services
		Budget	Paiement fixe à une institution prestataire pour une période donnée	Éléments linéaires basés sur les entrées : <ul style="list-style-type: none"> Coût/unité d'intrant Volume du nombre d'unités d'entrées : Taux de paiement par service Nombre prévisionnel de services ou autre base 	Dépend de la base budgétaire
Services inclus	Quels services ou ensembles de services sont payés à l'aide de la méthode de paiement	<ul style="list-style-type: none"> Services préventifs (par ex., vaccination, planification familiale, consultations prénatales) Soins primaires Travail et accouchement Gestion des maladies chroniques Examens de laboratoire Autres tests de diagnostic Consultations spécialisées Services aux patients hospitalisés Diagnostics ou pathologies spécifiques Autres services 			

TABLEAU 4
Traits de Conception des systèmes de Paiement des Prestataires, suite

TRAITS DE CONCEPTION	DEFINITION	DESCRIPTION/EXEMPLES
Éléments de coûts	Quels sont les éléments d'entrée ou de coût inclus dans les taux de paiement	<ul style="list-style-type: none"> Personnel Médicaments Approvisionnement Services publics Équipement Bâtiments Autres
Coefficients d'ajustement	Facteurs appliqués aux paiements finaux pour tenir compte des différences de coûts systématiques associées à certaines caractéristiques du prestataire ou du patient	<ul style="list-style-type: none"> Géographie Âge/sexe Maladies chroniques Type d'établissement (par exemple, hôpital universitaire) Autre
Entités contractantes	Les types de prestataires qui peuvent être contractés pour recevoir un paiement dans le cadre du système de paiement	<ul style="list-style-type: none"> Praticien indépendant Établissement de santé public ou privé (soins primaires, hôpital secondaire, hôpital tertiaire, service extérieur d'un hôpital, centre de diagnostic, etc.) Réseau de prestataires Autre type d'organisation

Pour le système de paiement hospitalier basé sur les cas, l'unité primaire de paiement est le cas hospitalier (sortie ou admission). Les paramètres de paiement comprennent le taux de base (ou le taux de paiement fixe moyen par cas hospitalier), les groupes de cas et les pondérations relatives des cas pour chaque groupe de cas. Des coefficients d'ajustement peuvent également être appliqués à la formule de paiement pour calculer les paiements basés sur les cas.

Service inclus

Les "services inclus" sont les services ou les ensembles de services qui sont payés à l'aide de la méthode de paiement. Le choix des services inclus dans le système de paiement aura une incidence sur les incitations des prestataires. À titre d'exemple, certains pays paient les services de reventilation séparément, par le biais d'un budget différent, de sorte que ces services ne sont pas inclus dans l'ensemble des services de soins

Cela peut limiter l'incitation généralement créée par la capitation pour les prestataires à offrir davantage de services préventifs. La définition des "services inclus" délimite souvent la frontière entre un système de paiement et un autre, ce qui a également une incidence sur les incitations. À titre d'exemple, les services inclus dans un forfait de capitation comprennent souvent les soins primaires, mais pas les transferts en dehors du paquet. Si certains services curatifs de soins primaires sont considérés en dehors du paquet de capitation mais sont fournis par la même entité contractante, le prestataire est incité à augmenter les "transferts internes" ou des transferts au sein du même établissement prestataire. Le paiement par cas inclut généralement tous les cas de patients hospitalisés, mais si un pays met progressivement en œuvre cette méthode et commence par ne couvrir que certains types de cas

paie ou de diagnostics, les prestataires seront incités à se tourner vers des diagnostics non couverts par le système de paiement par cas afin d'être mieux payés par une méthode plus avantageuse pour eux, telle que le paiement à l'acte.

Éléments de coût

Les éléments de coût sont des entrées ou des ressources utilisées pour fournir des services de santé ; ils englobent à la fois les éléments de coût récurrents et les actifs immobilisés. Parmi les éléments de coût typiques figurent le personnel (salaires, avantages, indemnités et charges sociales), les médicaments et les approvisionnements, les services d'utilité publique, les équipements et les bâtiments. Certains systèmes de paiement des prestataires incluent tous les éléments de coût, mais certains éléments sont souvent payés par d'autres sources. Les salaires des travailleurs sanitaires et les coûts d'investissement, par exemple, sont souvent financés directement par le budget de l'État.

Les éléments de coût qui sont inclus ou exclus affecteront les incitations générales du système de paiement, et les incitations à l'efficacité en particulier peuvent être réduites pour les entrées qui sont payées directement sur le budget de l'État.

Coefficients d'ajustement

Des coefficients d'ajustement peuvent être inclus dans la formule pour tenir compte des différences de coûts systématiques associées à certaines caractéristiques des patients (telles que l'âge et le sexe) ou les caractéristiques du prestataire (telles que les hôpitaux urbains/ruraux ou universitaires).

Entités contractantes

Les entités contractantes sont les types de prestataires qui peuvent recevoir des paiements pour des services dans le cadre du système de paiement. Les entités contractantes peuvent être définies par type de prestataire ou par niveau de soins. Dans un système de paiement par capitation pour les soins primaires, par exemple, les entités contractantes peuvent être définies comme tous les prestataires de soins primaires (qui peuvent ou non inclure les départements externes des hôpitaux). La définition des entités contractantes peut également préciser si les prestataires privés peuvent être payés à l'aide du système de paiement.

Faire des choix stratégiques

Chaque décision relative à la conception du système de paiement offre la possibilité de contribuer à la réalisation des buts du système de santé ou de relever des défis. Par exemple, lors de la sélection des entités contractantes et l'ensemble des services pour le paiement par capitation, le pays a la possibilité de définir ce que les soins primaires signifient pour sa population et quels sont les prestataires qui doivent fournir des soins primaires.

Chaque système de paiement doit être cohérent avec les objectifs de mutualisation et permettre aux paiements de contribuer à l'équité et à une meilleure protection financière. Si les accords de mutualisation sont fragmentés, le système de paiement doit être conçu de manière à atténuer les effets négatifs sur l'équité. Par exemple, il est possible d'harmoniser les modalités d'achat entre les différents pools et d'égaliser les taux de paiement entre les différents groupes couverts. Le système de paiement devrait également offrir la possibilité d'aligner et de faire correspondre les paiements avec les services de l'ensemble des services essentiels ou des prestations. Dans un budget par poste, par exemple, les paiements correspondent à des bâtiments, des lits et d'autres entrées ; le lien avec les services est faible, ce qui fait qu'il est difficile de garantir que les fonds suivent les droits aux services.

Chaque système de paiement doit également tenir compte de la capacité des acheteurs et des prestataires et du degré d'autonomie dont disposent les prestataires pour répondre aux incitations. Si l'acheteur dispose de capacités limitées en termes d'information et d'analyse des données, des paramètres et des formules de paiement plus simples peuvent être appropriés, comme dans le cas d'un système de paiement hospitalier basé sur les cas qui définit le paramètre du groupe de cas au niveau du service hospitalier plutôt qu'au niveau du groupe lié au diagnostic (DRG).

La conception de chaque système de paiement sera limitée par des facteurs politiques, juridiques et réglementaires, mais un système de paiement peut également exploiter des opportunités.

Par exemple, si les règles de gestion des finances publiques limitent les postes de coûts qui peuvent être inclus, le système de paiement peut néanmoins offrir une certaine souplesse pour inclure les entités contractantes qui disposent d'une plus grande autonomie pour tous les prestataires au fil du temps.

ASSURER LES BONNES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Certaines conditions doivent être réunies pour que les systèmes de paiement profitent au système de santé et évitent les conséquences négatives. (Voir tableau 5). Ces *modalités de mise en œuvre* définissent les règles de calcul, de versement, d'utilisation et de suivi des paiements et garantissent la responsabilité. Les modalités de mise en œuvre sont les suivantes :

- Relations institutionnelles entre les acheteurs, les prestataires, la population couverte et les autres parties prenantes
- Le contrôle et l'assurance de la qualité
- Autres systèmes de soutien et politiques complémentaires
- Règles de gestion des finances publiques (PFM) et flux financiers
- Autres lois, réglementations et politiques ayant une incidence sur le calcul des taux de paiement et sur la distribution et l'utilisation des fonds.

Tout comme les traits de conception d'un système de paiement, les modalités de mise en œuvre ont une incidence sur les incitations des prestataires et sur la capacité à atteindre les buts du système sanitaire.

Relations institutionnelles

Les relations institutionnelles entre les acheteurs et les prestataires peuvent être régies formellement par des contrats qui précisent les services que les prestataires doivent fournir, la manière dont ils doivent les fournir et les conditions de paiement.

Ces relations peuvent également être influencées par le degré d'autonomie des prestataires, le pouvoir de négociation des associations professionnelles et les règles et normes informelles. D'autres relations institutionnelles importantes sont celles qui existent entre l'acheteur et le ministère de la santé (si le MdS n'est pas le principal ou le seul acheteur) et entre les agents de mise en commun et les agents d'achat (s'ils sont différents). Les relations institutionnelles concernent également la population couverte, par exemple les règles qui régissent l'accès aux services.

Assurance et contrôle de la qualité

Tous les systèmes de paiement des prestataires peuvent créer des incitations perverses, des possibilités pour se jouer du système et d'autres conséquences involontaires. En outre, aucune méthode de paiement des prestataires ne crée intrinsèquement des incitations à améliorer la qualité des soins. Par conséquent, des systèmes doivent être mis en place pour contrôler la qualité des soins et pour identifier et traiter les problèmes de qualité. Les systèmes de contrôle et d'assurance de la qualité peuvent inclure l'accréditation, l'audit clinique et le contrôle régulier des performances du prestataire par rapport à un ensemble d'indicateurs de qualité.

Politiques complémentaires et autres systèmes d'appui

Certains systèmes et politiques ne sont pas au cœur de la conception du système de paiement, mais peuvent faciliter la mise en œuvre et contribuer à façonner les incitations ou à gérer les conséquences négatives potentielles. Les systèmes de soutien peuvent inclure un système d'information sur la gestion de la santé (HMIS) qui est utilisé pour calculer et gérer les paiements et pour soutenir les rapports et le suivi. Des politiques complémentaires pourraient plafonner les paiements totaux à des prestataires individuels ou à des groupes de prestataires, ou récompenser les prestataires pour leurs meilleures performances, soit financièrement, soit d'une autre manière. Les politiques complémentaires visant la population couverte pourraient inclure des politiques de copaiement pour aider à façonner le comportement d'utilisation des services.

Règles de gestion des finances publiques

Le système de GFP - la façon dont les budgets publics sont créés, déboursés et comptabilisés - influence fortement le choix des méthodes de paiement des prestataires, la façon dont elles peuvent être conçues et la manière dont les fonds circuleront lorsqu'elles seront mises en œuvre. Si les règles de GFP permettent de créer des budgets basés sur des résultats, tels que des programmes ou des services, la plupart des méthodes de paiement seront disponibles. Si les budgets ne peuvent être basés que sur les intrants, il peut être difficile de créer un système de paiement efficace. D'autres aspects des règles de GFP qui peuvent affecter la conception et la mise en œuvre d'un système de paiement des prestataires comprennent le flux de fonds entre les différents niveaux administratifs (par ex, si la décentralisation fiscale limite l'égalisation des taux de paiement) et vers les prestataires (par ex, si les prestataires de niveau inférieur reçoivent les fonds directement ou par l'intermédiaire des hôpitaux), et les systèmes de gestion financière (y compris les systèmes de gestion de trésorerie, d'approvisionnement et de comptabilité). D'autres règles de GFP peuvent avoir une incidence considérable sur les incitations, notamment les règles autorisant les prestataires à conserver des excédents (lorsque le coût de la prestation de services est inférieur au paiement versé aux prestataires) et les règles imposant aux prestataires de supporter le coût des dépassements (lorsque le coût de la prestation de services est supérieur aux taux de paiement).

AUTRES LOIS, RÈGLEMENTS ET POLITIQUES

De nombreuses lois, réglementations et politiques qui ne sont pas mises en œuvre spécifiquement pour le paiement des prestataires peuvent affecter la mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires et façonner les réponses de ces derniers. Pour le secteur de la santé, il peut s'agir de la structure de la prestation de services, les normes et les lignes directrices pour la pratique clinique, les réglementations qui affectent l'autonomie des prestataires, les règles régissant les prestataires privés et les pratiques de codage clinique.

En dehors du secteur de la santé, il peut s'agir de lois sur la fonction publique, les politiques macroéconomiques et fiscales, et les politiques commerciales régissant les importations et les exportations (qui peuvent affecter les prix et la disponibilité des médicaments et autres approvisionnements et équipements médicaux).

CARACTÉRISTIQUES DES SYSTÈMES DE PAIEMENT EFFICACES

Bien qu'il n'existe pas de critères de référence établis pour la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement, certains critères peuvent être utiles pour évaluer si les systèmes de paiement actuels sont conçus et mis en œuvre de manière efficace. Ces critères sont décrits dans les sections suivantes.

Conception d'un système de paiement efficace

Un système de paiement bien conçu doit présenter les caractéristiques générales suivantes :

- Transparence
- Incitations cohérentes
- Fixation appropriée des taux

La transparence

Dans un système de paiement transparent, les rôles et les relations entre les parties prenantes - en particulier l'acheteur, les prestataires et la population couverte - sont clairs. Le système doit avoir des paramètres de paiement bien définis et une formule claire pour calculer les taux de paiement sur la base de ces paramètres. Les prestataires doivent savoir comment les paiements sont calculés et comment les paramètres de paiement ont été établis. Ils doivent disposer de ces informations à l'avance afin de pouvoir planifier et gérer leurs ressources. La transparence des formules de paiement et des calculs est également liée à la gouvernance en clarifiant les rôles et les relations institutionnelles et en veillant à ce que toutes les parties prenantes comprennent comment les paiements correspondent aux services couverts ou aux avantages offerts.

TABLEAU 5 .
Modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	DÉFINITION	EXEMPLE	DESCRIPTION
Relations institutionnelles	Des règles formelles et informelles régissant les relations entre les décideurs politiques, les acheteurs, les prestataires, la population couverte et les autres parties prenantes	Relations entre l' acheteur et le MdS	Si le MdS joue un rôle de supervision directe de l' acheteur de soins de santé et est responsable des aspects de la politique d' achat et de paiement des prestataires.
		Relation entre la mutualisation et les agents d' achat de soins médicaux	Si les agents de mutualisation et d' achat sont la même institution et, si ce n' est pas le cas, si ce n' est pas le cas, quelle institution a le pouvoir d' élaborer des politiques (telles que la péréquation des taux de paiement).
		Règles régissant les contrats entre les acheteurs et les prestataires	Règles régissant si et comment les acheteurs publics peuvent conclure des accords contraignants avec des prestataires publics et/ou privés pour fournir des services couverts dans des conditions de paiement et autres conditions spécifiées.
		Règles régissant les droits et la responsabilité de la population	d' autres conditions Les règles régissant l' accès de la population à la couverture, aux services et aux produits médicaux auxquels elle a droit, le montant de la couverture financière et les politiques de copaiement et de facturation du solde.
Contrôle et Assurance de la qualité	Systèmes de contrôle de la qualité des soins, d' identification et de résolution des problèmes de qualité	Accréditation	Normes prédéterminées établies par une agence d' accréditation professionnelle que l' acheteur peut utiliser comme critères pour passer des contrats avec les prestataires ou ajuster les paiements qui leur sont versés.
		Audit clinique	Revue des dossiers des patients pour déterminer si les services fournis étaient conformes aux lignes directrices cliniques, aux exigences contractuelles ou à d' autres normes de soins.
		Suivi régulier des performances	Contrôle régulier de la performance des prestataires par rapport à une série d' indicateurs de qualité
Autres systèmes de soutien et politiques complémentaires	Les systèmes et les politiques qui ne sont pas au cœur de la conception du système de paiement, mais qui influencent le fonctionnement du système et la manière dont les prestataires réagissent	Systèmes d' information	Le système HMIS, système de déclaration et de facturation des demandes de remboursement, et autres systèmes d' information automatisés
		Plafonds de paiement	Politiques visant à déterminer si les paiements totaux à un prestataire ou à un groupe de prestataires dans le cadre de ce système de paiement sont soumis à des limites et ce qui se passe lorsque ces limites sont approchées ou dépassées
		Gestion de l' utilisation des services	Règles régissant l' accès de la population couverte aux services, telles que les règles d' accès et les exigences de transfert.

TABLEAU 5 .
Modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires, *suite*

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	DÉFINITION	EXEMPLE	DESCRIPTION		
Règles de gestion des finances publiques	Règles régissant la manière dont les fonds publics destinés à la santé sont budgétisés, déboursés et suivis	Règles et processus de budgétisation qui précisent comment les paiements sont versés et peuvent être utilisés par les prestataires.	<ul style="list-style-type: none"> • Si les paiements sont reçus sous forme forfaitaire ou en fonction selon les postes budgétaires et s' ils peuvent être utilisés de manière flexible • Si les paiements peuvent être effectués à l' avance • Fréquence de révision ou de mise à jour des budgets et/ou des taux de paiement 		
		Flux de fonds	<p>• Comment les fonds circulent, y compris entre les différents niveaux administratifs (niveau de décentralisation fiscale) et vers les prestataires (y compris les accords de détention de fonds, dans lesquels une partie du paiement à un prestataire couvre les coûts encourus par d' autres prestataires).</p> <p>• Les exigences administratives pour demander et recevoir des fonds</p> <p>• La cohérence et la prévisibilité des flux</p>		
		Excédents et déficits de paiement	Si les prestataires peuvent conserver tout excédent de paiement par rapport au coût de la prestation des services et s' ils sont responsables des déficits lorsque les coûts dépassent les paiements.		
		Systèmes de gestion financière	Systèmes de gestion financière générale, gestion de la trésorerie, achats, comptabilité, les contrôles internes et externes, etc.		
		Autres lois, règlements et politiques	Lois, réglementations et politiques qui ne font pas partie de la politique de paiement des prestataires mais qui affectent la mise en œuvre des systèmes de paiement et les réponses des prestataires.	Règles et lignes directrices de gouvernance clinique	Les règles régissant quels services peuvent être fournis à quel niveau, les directives de pratique clinique, le diagnostic et le codage des procédures, etc.
				Politiques de propriété et d' autonomie des prestataires	Lois, réglementations et politiques qui déterminent les droits de décision des prestataires sur certains aspects de la gestion, y compris, par exemple, la dotation en personnel, l' utilisation d' autres ressources et l' éventail des services.
Lois sur la fonction publique	Lois et règlements régissant les catégories d' employés du gouvernement, les conditions d' emploi et la rémunération				
		Politiques macroéconomiques et fiscales	Politiques gouvernementales relatives à la fiscalité, aux dépenses, aux taux d' intérêt et à d' autres interventions qui affectent la croissance économique, les recettes publiques et d' autres conditions économiques du pays.		
		Politiques commerciales	Politiques qui régissent les quantités, les prix et les autres conditions des importations et des exportations en provenance et à destination des partenaires commerciaux internationaux, y compris les droits de douane (taxes sur les importations), les subventions aux exportations et les quotas (limitation de la quantité de certaines importations).		

Pour que le **paiement par capitation** soit transparent, il doit être basé sur une formule qui lie les paramètres de paiement (taux de base par habitant, le nombre d' affiliés et les ajustements au niveau de l' individu ou du prestataire). Le paquet de services payés par capitation doit également être

clairement défini. Étant donné que le paiement des prestataires par capitation dépend du taux de base par personne et du nombre de personnes inscrites auprès de ce prestataire, la liste ou la base de données des inscriptions doit être exacte. Dans le cas contraire, les prestataires ne seront pas payés pour le nombre réel de patients qui pourraient les consulter et attendre des soins. La méthode de création de la liste et l' accès des prestataires à celle-ci doivent être transparents afin que les prestataires aient confiance dans la liste et dans les montants de leurs paiements finaux. En outre, il devrait y avoir un nombre limité de coefficients d' ajustement, tous fondés sur une base et une justification claires.

Pour que le **paiement par cas** soit transparent, il doit être basé sur une formule qui lie les paramètres de paiement (taux de base, pondération relative des cas et coefficients d' ajustement). Les groupes de cas doivent être clairement définis et mutuellement exclusifs. (En d' autres termes, un diagnostic ou un type de cas ne doit pas correspondre à plus d' un groupe de cas). Les groupes de cas et les poids relatifs des cas doivent être adaptés au contexte du pays et aux modèles de pratique clinique.

Si les groupes de cas et les pondérations relatives ont été importés et adaptés à partir d' une source internationale, les experts du pays et les cliniciens doivent être impliqués dans le processus d' adaptation et de validation.

Dans le cadre du **paiement à l' acte**, le principal paramètre de paiement est la grille tarifaire ou la liste des tarifs, qui doit être fixée et comprise par les prestataires. Pour que le paiement du budget soit transparent, il faut que les taux soient basés sur des paramètres objectifs tels que le volume et la répartition des cas, plutôt que sur les

allocations historiques, qui ne sont souvent pas transparentes, ou sur d' autres bases ad hoc.

Des incitations cohérentes

Un système de paiement doit également être conçu de façon à créer des incitations cohérentes plutôt que contradictoires, et à renforcer les incitations qui sont avantageuses pour les objectifs du système de santé tout en minimisant les conséquences involontaires. La cohérence des incitations est importante à la fois au sein de chaque système de paiement et dans les relations entre tous les systèmes de paiement utilisés. Par exemple, si le paiement basé sur ~~tes résultats~~ tes résultats ~~teiles résultats tels~~ que la capitation ou le paiement par cas est combiné avec des budgets par poste, il peut y avoir des incitations contradictoires. Le prestataire peut être incité à utiliser le personnel de manière plus efficace dans le cadre de la capitation ou du paiement par cas, mais en même temps il peut être incité à augmenter le nombre de membres du personnel plus rémunéré pour recevoir une allocation salariale plus élevée dans son budget.

Pour le **paiement par capitation**, la base de paiement est constituée par tous les soins nécessaires dans le cadre de l' ensemble de services par capitation pour chaque personne inscrite. Le paiement par capitation devrait améliorer l' équité et créer des incitations pour que les prestataires améliorent l' efficacité de la composition de leur offre, réduisent les services inutiles, orientent les services vers les soins primaires et la prévention, et attirent de nouveaux inscrits. La conception du système de paiement devrait renforcer ces incitations tout en minimisant les comportements visant à ne pas fournir suffisamment de soins, à réduire la qualité, à éviter les patients les plus malades et à faire des transferts inutiles.

Les incitations à augmenter l' efficacité et à réorienter les services vers les soins primaires et la prévention sont les plus fortes lorsque le taux de base est fixé à l' avance et qu' il est le même pour tous les prestataires (avec des ajustements pour tenir compte des différences légitimes dans le coût de la prestation des services, par exemple en fonction de la situation géographique ou des besoins de santé). Ces incitations sont diluées lorsqu' une partie du paiement est liée à l' utilisation ou à la capacité du prestataire, ou lorsque les établissements de niveau supérieur reçoivent un paiement par capitation pour les soins primaires. Si les prestataires spécialisés ou les hôpitaux sont en mesure de recevoir un paiement par capitation pour les soins primaires, ils seront incités à se tourner vers des services en dehors du forfait de capitation pour lesquels ils peuvent être payés à un taux plus élevé par le biais d' une autre méthode. L' incitation pour les prestataires à attirer de nouveaux adhérents est diluée (ou complètement éliminée) si la population n' a pas le libre choix du prestataire de capitation et que les adhérents sont assignés administrativement, ou si le choix effectif est limité par la géographie ou la disponibilité des prestataires.

Pour le **paiement par cas**, la base de paiement est le cas d' hospitalisation (admission ou sortie) et comprend tous les services nécessaires pour diagnostiquer et traiter ce cas. Le paiement par cas devrait inciter les prestataires à accroître leur productivité et à améliorer l' efficacité de leur gamme de services et à réduire les services inutiles au sein d' un cas d' hospitalisation. Tous les aspects de la conception du système de paiement doivent renforcer ces incitations tout en minimisant les incitations perverses à augmenter excessivement les admissions, à ne pas fournir suffisamment de soins au sein d' un cas d' hospitalisation, à réduire la qualité ou à éviter les patients les plus malades ou les

Cela peut se faire en payant le coût moyen par cas dans un ensemble relativement large et représentatif d' hôpitaux (ou en payant le coût moyen par cas dans les hôpitaux " de référence" les plus efficaces). Comme dans le cas de la capitation, les incitations à l' efficience sont les plus fortes lorsque le taux de base est fixé à l' avance et qu' il est le même pour tous les hôpitaux (avec des ajustements pour les différences légitimes dans le coût de la prestation de services, par exemple en cas de les différences de localisation géographique ou les hôpitaux universitaires). L' incitation à accroître l' efficacité est diluée s' il y a trop de groupes de cas et si le système de paiement se rapproche de la rémunération à l' acte. L' incitation à éviter les patients les plus malades est plus forte s' il y a trop peu de groupes de cas et que le coût par cas varie fortement au sein d' un groupe de paiement. Pour trouver un bon équilibre dans le nombre de groupes de cas est un aspect essentiel de la conception du paiement par cas.

Pour le **paiement à l' acte**, la base de paiement est le service individuel, de sorte que les prestataires sont principalement incités à fournir davantage de services, en particulier des services dont les frais sont plus élevés que les coûts supportés par le prestataire pour fournir le service. Cette incitation peut être bénéfique si le système de santé vise à augmenter l' utilisation et l' accès aux services ou à accroître la productivité des prestataires. En particulier, le paiement à l' acte peut servir de mesure complémentaire au budget et aux méthodes de paiement par capitation, qui incitent à ne pas fournir suffisamment de services. Cette même incitation peut être néfaste si plus de services sont fournis que nécessaire ou dans le cas où les prestataires augmentent la fourniture de services coûteux et moins prioritaires. Les pays peuvent fixer des tarifs qui favorisent les services prioritaires et réduisent la fourniture de services moins prioritaires ou moins rentables. Mais il peut être difficile de créer des incitations à une plus grande productivité sans encourager la fourniture excessive de services, en particulier de services très coûteux. Les grilles tarifaires qui prévoient davantage d' offres groupées peuvent contribuer à limiter une certaine surutilisation des services, mais ne suffisent pas toujours à éviter l' escalade des coûts. Les données internationales montrent qu' il est difficile

ce résultat négatif ; une grave escalade des coûts se produit presque toujours lorsque le paiement à l' acte est la principale méthode de paiement.

Pour le **paiement par poste budgétaire**, la base du paiement est l' ensemble des unités utilisées pour former le budget, qui peut être lié aux entrées, aux sorties, à la répartition des cas ou à d' autres critères. Si le budget est basé sur les entrées, la principale incitation pour les prestataires est d' augmenter les entrées, telles que le personnel ou les lits, au fil du temps afin de s' assurer que le budget continue d' augmenter. Cette incitation peut être bénéfique si l' objectif du système de santé est d' accroître les capacités, mais si les coûts du personnel et des bâtiments prennent le pas sur d' autres entrées, telles que les fournitures et les médicaments, la qualité peut en souffrir. Dans les systèmes de paiement par poste budgétaire, il est souvent difficile de déplacer les dépenses d' un poste à l' autre, de sorte qu' il n' y a généralement pas d' incitation ou de mécanisme permettant d' améliorer l' efficacité. Les prestataires sont également incités à ne pas fournir suffisamment de services une fois le budget payé. Si le budget est un budget global basé sur les résultats avec une flexibilité dans l' allocation des dépenses, les prestataires sont incités à augmenter le volume des services au fil du temps, mais à fournir efficacement le volume actuellement convenu. Cette incitation pourrait être bénéfique mais devenir perverse si les prestataires commencent à trop réduire les entrées, à diminuer la qualité ou à éviter les patients les plus malades. Il est possible d' atténuer quelque peu ces effets négatifs en basant les budgets globaux à la fois sur le volume et sur la répartition des cas.

Fixation appropriée des taux

Les taux de paiement doivent refléter le coût moyen de la prestation de services par des prestataires efficaces offrant une bonne qualité de soins, les ressources disponibles pour l' achat de services couverts et des considérations politiques spécifiques. Les coûts moyens servent de base à la fixation des tarifs car le coût pour chaque prestataire varie en fonction des besoins cliniques de chaque patient ainsi que des

inefficacités telles que l' utilisation d' une technologie obsolète ou une dépendance excessive à l' égard des médecins et des spécialistes pour les soins de routine.

Les taux appropriés doivent être financièrement viables pour l' acheteur, mais ne doivent pas être significativement et chroniquement inférieurs au coût moyen de la prestation des services pour des prestataires efficaces, et ils ne doivent pas faire l' objet d' augmentations ad hoc fondées sur la pression des prestataires. Une analyse de l' impact sur le budget de l' acheteur doit être réalisée lorsque des augmentations des taux de paiement sont proposées. Tous les prestataires d' un système de paiement doivent être payés au même taux pour fournir le même service ou desservir le même type de population. Des ajustements peuvent être effectués pour compenser les différences de coûts légitimes entre les prestataires, telles que les différences de coûts entre Zones rurales et urbaines ou les besoins différents des patients.

Des modalités de mise en œuvre efficaces

Si les modalités de mise en œuvre fonctionnent bien, elles devraient permettre d' atteindre les objectifs suivants :

- Créer les conditions nécessaires au fonctionnement et à la gestion du système de paiement
- Donner aux prestataires la flexibilité et les informations dont ils ont besoin pour répondre aux incitations
- Équilibrer le risque financier entre les acheteurs, les prestataires et la population couverte et fournir des leviers pour gérer les coûts.
- Contrôler et améliorer la qualité
- Fournir des mécanismes de responsabilité et des leviers pour gérer les conséquences négatives.

Conditions de fonctionnement et de gestion du système de paiement

Tous les systèmes de paiement aux prestataires ont besoin de certaines

conditions ou mécanismes pour fonctionner, dont des informations fiables pour calculer et effectuer les paiements aux prestataires et contrôler l'utilisation des fonds. Par exemple, le paiement par capitation à un prestataire est calculé en multipliant un taux de base par personne par le nombre de personnes couvertes inscrites auprès du prestataire. Les dispositions de mise en œuvre doivent donc inclure un mécanisme permettant d'inscrire les individus auprès des prestataires et de gérer les changements résultant de la mise en œuvre de ces dispositions et gérer les changements résultant des choix individuels, des naissances, des décès et des migrations. Les paiements par cas sont effectués en faisant correspondre les taux de paiement au groupe de cas auquel un patient est affecté. Les dispositions de mise en œuvre doivent garantir que les cas hospitaliers sont correctement codés et enregistrés dans une base de données de sortie, et les informations doivent être soumises à l'acheteur sous la forme d'une demande de remboursement. Le paiement à l'acte nécessite une certaine forme de mécanisme de soumission et de traitement des demandes, et le paiement budgétaire nécessite des règles pour la création, le paiement et la comptabilité du budget.

Flexibilité et information pour que les prestataires puissent répondre aux incitations

Pour qu'un système de paiement aux prestataires soit efficace, les prestataires doivent disposer de suffisamment de flexibilité, d'informations et de capacités pour répondre aux incitations. Les modalités de mise en œuvre doivent permettre aux prestataires de comprendre les effets du système de paiement sur leurs revenus. Ils doivent être en mesure de modifier leur gestion, leur organisation et leur prestation de services afin de pouvoir gérer les coûts dans le cadre des taux de paiement et de tirer profit du système de paiement.

Les prestataires, y compris les prestataires publics, devraient avoir des droits de décision sur les principales décisions de gestion, telles que le personnel, les autres intrants, les actifs physiques, la structure organisationnelle, la composition de la production et l'utilisation des recettes excédentaires. L'autonomie insuffisante des prestataires est l'une des principales raisons pour lesquelles les systèmes de paiement des prestataires, et les achats stratégiques en général, ne permettent pas d'obtenir des résultats pour le système de santé. Des taux de paiement fixes et stables pendant une période appropriée sont également importants pour que les prestataires puissent planifier et gérer en conséquence.

Voies pour équilibrer le risque financier et gérer les coûts

Chaque système de paiement des prestataires crée un équilibre différent du risque financier entre l'acheteur et le prestataire. Les systèmes qui paient les services de manière plus dissociée et qui n'imposent aucune limite au nombre de services pouvant être facturés font peser la majeure partie du risque financier sur l'acheteur. Dans ce cas, l'acheteur a peu de contrôle sur les dépenses totales et peut ne pas être en mesure d'équilibrer les coûts avec les recettes disponibles. Lorsque les taux de paiement sont fixés de manière prospective (avant que les services ne soient fournis) et regroupés par groupes de services, une plus grande part de risque est transférée aux prestataires. Lorsque les taux de paiement sont fixés pour des ensembles de services plus groupés, tels que tous les services nécessaires au cours d'un séjour à l'hôpital dans le cadre d'un paiement par cas, l'hôpital supporte le risque financier pour les cas dont les coûts sont supérieurs au taux de paiement. Si les taux de paiement sont chroniquement inférieurs au coût de la prestation des services, les patients supportent souvent le risque financier parce que les prestataires leur factureront (officiellement ou officieusement) le coût excédentaire.

L'acheteur a la possibilité de faire varier le degré de concurrence et le risque financier auxquels les prestataires sont exposés dans le cadre d'un système de paiement, ce qui peut renforcer ou réduire le pouvoir des incitations au sein du système. À titre d'exemple, si les assurés sont autorisés à choisir leur prestataire de soins primaires dans le cadre d'un système de capitation, les prestataires ayant moins d'assurés recevront moins de revenus. Ainsi, les prestataires seront davantage incités à répondre aux besoins et aux demandes des patients, et moins incités à fournir des services insuffisants ou à réduire la qualité. Si la concurrence ou l'exposition au risque des prestataires est plus faible, l'incitation est affaiblie. Les dispositions de mise en œuvre doivent équilibrer les risques entre l'acheteur, les prestataires et les patients afin que l'acheteur et les prestataires efficaces puissent rester financièrement viables et que les patients n'aient pas de difficultés financières à obtenir les soins de santé dont ils ont besoin. Dans le cas d'un paiement par capitation, par exemple, si certains prestataires n'ont pas la capacité de fournir l'ensemble des services, les transferts peuvent être plus élevés et le risque financier excessif peut être transféré à l'acheteur ou aux patients qui contournent leur prestataire de soins primaires et paient de leur poche. Les dispositions de mise en œuvre doivent garantir que tous les prestataires disposent d'une capacité suffisante pour fournir l'ensemble des services par capitation, en encourageant, par exemple, les groupes ou réseaux de prestataires qui, ensemble, peuvent fournir l'ensemble des prestations.

Les systèmes de paiement basés sur le volume et qui font donc peser une part plus importante du risque sur l'acheteur, comme le système de paiement à l'acte, devraient comporter des mécanismes tels que le plafonnement des volumes ou des paiements afin de reporter une partie du risque sur les prestataires. Les systèmes de paiement qui font peser davantage de risques sur les prestataires, comme un système de paiement hospitalier basé sur les coûts, devraient disposer de mécanismes tels que le paiement des cas aberrants, à la fois pour équilibrer le risque entre l'acheteur et le prestataire et pour protéger les patients contre le paiement de frais qui ne sont pas couverts. Les hôpitaux peuvent transférer une partie du risque à l'acheteur en augmentant le nombre de cas. Mais l'acheteur peut gérer cela en utilisant le tarif de base comme levier, en le diminuant si le volume de cas augmente excessivement et que le budget est trop déséquilibré.

Systèmes de contrôle et d'amélioration de la qualité

Les systèmes de paiement des prestataires ne garantissent pas à eux seuls des soins de qualité. Les modalités de mise en œuvre - y compris les relations institutionnelles, les systèmes de contrôle et d'assurance de la qualité, le système d'information sur les ménages, l'examen des demandes et d'autres processus - doivent permettre de contrôler et d'améliorer la qualité par le biais de la mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires.

Mécanismes de redevabilité et leviers pour gérer les conséquences adverses

Tous les systèmes de paiement des prestataires peuvent avoir des conséquences négatives en raison d'incitations perverses ou de la possibilité de jouer avec le système.

Des mécanismes de redevabilité doivent être mis en place, tels que des systèmes de suivi ou d'autres mesures visant à garantir que les prestataires, les acheteurs et les personnes couvertes reçoivent leurs droits et remplissent leurs obligations. Les mesures de responsabilisation doivent au moins garantir que les dépenses soient gérées et contrôlées (comptabilité, contrôles internes et audits) et que les dépenses de santé permettent d'acheter les bons services aux bons prix afin d'optimiser les ressources.

MODULE

1

PRÉPARER LE TERRAIN

DANS CE MODULE, l'équipe analytique rassemble des données de base et examine des documents afin d'identifier les buts du système de santé, le rôle actuel du paiement des prestataires et les principaux problèmes à résoudre grâce à l'affinement ou à la réforme du paiement des prestataires. Le groupe de travail utilise ces informations pour parvenir à un consensus sur les objectifs de l'affinement ou de la réforme des paiements des prestataires et de l'exercice d'évaluation.

ÉTAPE

1

IDENTIFIER LE CONTEXTE ET LES BUTS
DU SYSTÈME DE SANTÉ

ÉTAPE

2

DÉFINIR LES OBJECTIFS DE L'AFFINEMENT OU
DE LA RÉFORME DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

ÉTAPE

3

CONVENIR DES OBJECTIFS ET DE LA PORTÉE DE
L'EXERCICE D'ÉVALUATION

L'Équipe analytique doit rassembler les principaux documents sur les priorités du secteur de la santé et les données de base sur le financement sanitaire et les tendances des prestations de services dans le pays au cours des trois à cinq dernières années, y compris les dépenses de santé par habitant, la contribution du gouvernement aux dépenses sanitaires, l'organisation et l'utilisation des prestations de services et les accords de mutualisation

(RÉSULTATS DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE #1)

Le Manuel de l'équipe analytique qui l'accompagne fournit un ensemble recommandé d'indicateurs à documenter ; l'équipe analytique peut aussi choisir un sous-ensemble d'indicateurs ou collecter des données supplémentaires en fonction des besoins du pays et de la disponibilité des données. L'encadré 2 décrit les résultats de cette analyse de contexte au Vietnam)

ENCADRÉ 2.

Buts du système de santé et tendances de financement au Viêt Nam

L'ÉQUIPE
ANALYTIQUE
RÉSULTAT #1

BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pour la période 2012-2016, la ministre de la santé a déclaré les buts suivants :

- Réduire la surcharge des hôpitaux.
- Réformer les mécanismes de financement public sur la base du coût complet des services de santé et des méthodes de paiement des prestataires de soins.
- Mettre en œuvre la loi sur l'assurance maladie, réviser certaines de ses dispositions pour les adapter à la situation actuelle, et mettre en place une feuille de route pour la couverture sanitaire universelle.
- Renforcer et développer le réseau de soins de santé au niveau local (y compris au niveau des districts et des communes) en termes d'infrastructures, d'équipements et de ressources humaines afin d'améliorer les performances en matière de soins de santé primaires, de santé préventive, de soins de santé pour les assurés, de médecine traditionnelle et de promotion de la santé au niveau de la population, contribuant ainsi à réduire la surcharge des hôpitaux et à accroître l'équité en matière de soins de santé.
- Se focaliser sur la mise en œuvre de programmes nationaux ciblés, en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et la prévention des blessures.
- Améliorer la qualité des ressources humaines dans le domaine de la santé, en particulier au niveau des communes, en assurant une répartition plus équitable et plus rationnelle du personnel entre les régions.
- Renforcer l'efficacité de l'éducation à la santé et la communication afin de modifier le comportement des personnes en matière de soins de santé. Promouvoir la coordination intersectorielle des soins de santé.

ENCADRÉ 2 .

Pour la période 2012-2016, la ministre de la santé a déclaré les buts suivants, suite

TENDANCES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

INDICATEUR	2008	2009	2010
Financement global de la santé			
Dépenses totales de santé (milliards de VND)	89,056	108,662	137,358
Dépenses totales de santé (US\$)	\$5,462,804,214	\$6,367,504,798	\$7,379,713,908
Dépenses de santé par habitant (US\$)	\$64	\$75	\$85
Part du gouvernement dans les dépenses sanitaires (%)	38.4	42.2	44.6
Part privée des dépenses totales de santé (%)	61.6	57.8	55.4
Part des dépenses de santé à la charge des patients (%)	54.3	50.5	47.7
% des dépenses totales de santé par le biais l'assurance sociale de santé (VSS)	17.6	17.9	17.0
Financement des soins de santé primaires (au niveau communal)			
% du budget gouvernemental consacré aux dépenses de santé au niveau du district et de la commune	31.2	22.4	N/A
% des dépenses de VSS au niveau du district et de la commune	29.7	30.0	32.0
Produits pharmaceutiques			
% des dépenses totales de santé consacrées aux produits pharmaceutiques	43.8	35.7	N/A
% des dépenses totales du gouvernement pour les produits pharmaceutiques	14.1	7.7	N/A
% des dépenses pharmaceutiques des VSS	44.2	53.0	N/A
% des dépenses totales des ménages de santé consacrées aux produits pharmaceutiques	51.9	47.5	N/A

ÉTAPE

DEFINIR LES OBJECTIFS D' UN AFFINEMENT OU D' UNE REFORME DES PAIEMENTS DES PRESTATAIRES

Lors de l' atelier #1, l' Équipe analytique et le Facilitateur aident le Groupe de travail à examiner le contexte actuel du système de santé et à confirmer les buts généraux du système de santé et les principaux défis qui pourraient être relevés par un affinement ou une réforme des paiements des prestataires (Résultat du Groupe de travail #1). (LE TABLEAU 6 présente les principaux points discutés lors de l' atelier #1 en Mongo

TABLEAU 6.

Objectifs de la réforme de la santé en Mongolie et au Viêt Nam

GRUPE DE
TRAVAIL
RÉSULTAT #1

Lors de l' atelier #1 en Mongolie et au Vietnam, le Groupe de travail a passé en revue les buts du système de santé énoncés par les décideurs politiques en matière de santé et d' autres responsables gouvernementaux de haut niveau. Le Groupe a aussi confirmé les buts les plus prioritaires qui pourraient être atteints par le biais de la politique de paiement des prestataires et a identifié les objectifs de la réforme du paiement des prestataires.

MONGOLIE	VIETNAM	
Objectifs de la réforme	Défis	Objectifs de la réforme
<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre une couverture universelle • Améliorer le rapport coût-efficacité aux niveaux macro et microéconomique • Mettre en place les bonnes incitations pour les différentes parties prenantes • Stimuler la concurrence dans le secteur de la santé • Promouvoir les soins primaires • Améliorer les soins de santé aux enfants • Améliorer l' accès aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Équilibrer les fonds disponibles et les avantages • Atteindre la qualité, l' efficacité, la durabilité et l' équité • Manque de transparence des paiements • Les bénéfices pour les patients ne sont pas garantis • Les incitations financières entraînent une offre excédentaire de services de haute technologie • Les taux de paiement ne sont pas viables pour les prestataires et ne sont pas fondés sur un calcul adéquat des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l' efficacité de la gestion et l' utilisation des fonds • Redéfinir le système d' incitation pour améliorer l' efficacité de l' utilisation des ressources • Harmoniser le besoin de qualité avec le financement disponible • Renforcer les soins de santé au niveau local

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman, 12 Pt.

La portée doit inclure la (les) perspective(s) ou point(s) de vue à partir desquels les systèmes de paiement sont évalués, l' analyse quantitative des données du système sanitaire, les catégories de parties prenantes à interroger, les types de prestataires à évaluer et les zones géographiques à couvrir (RÉSULTAT DU GROUPE DE TRAVAIL #2) . (VOIR TABLEAU 7.)

Le Groupe de travail doit déterminer le nombre d'entretiens à mener avec les parties prenantes et les questions spécifiques au pays à traiter. Au Vietnam, par exemple, le Groupe de travail a décidé d'inclure des questions sur les effets des accords de financement qui mettent les hôpitaux

de district à risque pour le coût des transferts vers des établissements de niveau supérieur (VOIR TABLEAU 8). Les décisions relatives à l'analyse quantitative peuvent être prises au cours de l'atelier #1 ou reportées à un stade ultérieur de l'exercice d'évaluation, lorsque les problèmes et les questions prioritaires

commencent à émerger plus clairement. Les résultats de cet atelier permettront de définir les rôles et les responsabilités, le calendrier et le budget de l'exercice d'évaluation.

TABLEAU 7.
Modèle de définition de la portée de l' exercice d' évaluation

GROUPE DE TRAVAIL
RESULTAT # 2

DIMENSION DE LA PORTEE	OPTIONS
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • Décideurs politiques • Acheteurs • Prestataires • Autres parties prenantes
Analyse quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des conséquences des systèmes actuels de paiement des prestataires • Relation entre les systèmes de paiement actuels et les buts du système de santé <p>(Ces options dépendent de la disponibilité des données).</p>
Types de prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de service: <ul style="list-style-type: none"> - Primaire - Secondaire - Tertiaire • Type d' établissement: <ul style="list-style-type: none"> - Clinique - Hôpital - Établissement spécialisé - Pharmacie • Propriété: <ul style="list-style-type: none"> - Publique (gouvernement) - Publique (corporatisée) - Privée à but lucratif - Privée sans but lucratif
Géographie	<ul style="list-style-type: none"> • Zones géographiques • Zones urbaines/rurales
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Autres paramètres à prendre en compte dans l' exercice d' évaluation

TABLEAU 8
Portée des exercices d' évaluation en Mongolie et au Vietnam

GROUPE DE TRAVAIL
RESULTAT #2

Lors de l' atelier #1 en Mongolie et au Vietnam, le Groupe de travail a identifié les perspectives, les types de prestataires et les zones géographiques à couvrir dans le cadre de l' exercice d' évaluation. Dans les deux pays, l' Equipe analytique a reporté les décisions relatives à l' analyse quantitative à un stade ultérieur de l' exercice d' évaluation.

DIMENSION DE LA PORTÉE	MONGOLIE	VIETNAM
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> Décideurs politiques : MdS, MdF, Ministère du développement de la population et de la protection sociale Acheteur : Département de la santé de l' Agence d' assurance sociale (SIGO) Prestataires : tous les niveaux d' établissements de santé ; pharmacies et autres prestataires de services Malades Autres parties prenantes : bureaux des maires ; associations professionnelles, organisations internationales, organisations non gouvernementales ; Département du Trésor 	<ul style="list-style-type: none"> (Décideurs politiques : MdS et MdF (niveaux central et provincial)) Acheteur : VSS (niveaux central, provincial et des districts) Prestataires à tous les niveaux, publics et privés
Analyse quantitative	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de régression de l' impact de l' introduction des systèmes de paiement par capitation et par DRG sur les résultats sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse descriptive de l' effet de la capitation sur l' équité Analyse descriptive de l' effet de la capitation sur la maîtrise des coûts
Types de prestataires	<ul style="list-style-type: none"> Établissements tertiaires Hôpitaux nationaux Hôpitaux de district Centres de santé de district Médecins de famille Établissements spécialisés (maternités, pharmacies, cliniques dentaires) Hôpitaux privés Sanatoriums (nationaux, ruraux) 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux nationaux Hôpitaux provinciaux Hôpitaux provinciaux spécialisés Hôpitaux de district Centres de santé de district Postes de santé communaux Prestataires privés
Géographie	<ul style="list-style-type: none"> 3 régions (1 avec un centre régional de traitement et de diagnostic, 1 avec une population dense) 3 districts de la capitale (Ulaanbataar) 	<ul style="list-style-type: none"> 7 provinces Critères de sélection des provinces : <ul style="list-style-type: none"> Représentativité socio-économique et géographique Représentativité de tous les modes de méthodes de paiement des prestataires Provinces qui mettent en œuvre la capitation avec des excédents et des déficits

MODULE

2

ÉVALUATION DES SYSTÈMES ACTUELS DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

DANS CE MODULE, l' Equipe analytique recueille et analyse des informations qui aideront le Groupe de travail à évaluer les systèmes actuels de paiement des prestataires et à formuler des recommandations en vue d' un raffinement ou d' une réforme. L' équipe examine aussi les documents politiques disponibles et d' autres documents qui définissent et décrivent les caractéristiques de conception, les modalités de mise en œuvre et les résultats des systèmes de paiement actuellement utilisés.

L' équipe analytique interroge les parties prenantes afin de documenter leur compréhension et leurs perceptions de tous les systèmes de paiement utilisés pour les soins primaires, les services spécialisés ambulatoires, les services hospitaliers et (le cas échéant) les pharmacies. Les personnes interrogées sont invitées à décrire les principaux aspects de chaque système de paiement et d' indiquer les conséquences de chacun d' entre eux.

L' équipe effectue aussi toute analyse quantitative des conséquences et des effets des systèmes de paiement des prestataires sur les buts du système sanitaire. Sur la base des entretiens et de l' analyse quantitative, l' équipe analytique évalue les forces et les faiblesses de chaque système de paiement par rapport à des critères d' évaluations ou à des points

de référence, aux conséquences potentielles sur le paiement des prestataires et aux objectifs du système de santé du pays. Ces données sont présentées au groupe de travail pour discussion, conclusions et recommandations lors de l' atelier #2 : Interprétation des résultats de l' évaluation.

ÉTAPE

4

ADAPTER ET PRÉTESTER LES OUTILS POUR L' ENTRETIEN

ÉTAPE

5

ANALYSER LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

ÉTAPE

6

INTERROGER LES PARTIES PRENANTES SUR LES SYSTÈMES DE PAIEMENT ACTUELS

ÉTAPE

7

COMPILER LES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES

ÉTAPE

8

ANALYSER LES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES

ÉTAPE

9

ÉVALUER LES SYSTÈMES ACTUELS DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES PAR RAPPORT AUX BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

ÉTAPE 4 . ADAPTER ET PRÉTESTER LES OUTILS D' ENTRETIEN

L' **Equipe analytique** doit adapter les outils d' entretien du **Manuel de l' Equipe analytique** afin de refléter le contexte et les buts spécifiques du pays et d' aborder les questions spécifiques à l' ordre du jour politique du pays. Il peut être nécessaire de traduire ces outils d' entretien dans la ou les langue(s) locale(s). Le paiement des prestataires possède également sa propre terminologie très technique, de sorte que les pays peuvent être amenés à reformuler ou à développer certains termes pour qu' ils soient compris. L' **Equipe analytique** doit tester au préalable les outils d' entretien adaptés afin de s' assurer qu' ils sont appropriés, qu' ils génèrent les informations nécessaires et qu' ils ne sont pas trop lourds à administrer.

Leçons tirées des essais sur le terrain

“ Passer suffisamment de temps à adapter les outils pour s' assurer que les questions clés pour le pays sont abordées. ”

“ ADAPTER LES OUTILS D' ENTRETIEN PEUT S' AVÉRER DIFFICILE CAR LES TERMES PEUVENT ÊTRE DIFFICILES À COMPRENDRE ET À TRADUIRE. ”

“ Les questions de l' entretien sont quelque peu génériques. Les catégories de questions sont importantes, mais les questions elles-mêmes doivent être adaptées à chaque pays ”

“ Il est plus facile d' effectuer des analyses et de tirer des conclusions si l' on utilise questionnaire pour les prestataires, les acheteurs et les décideurs politiques. Cela permet de comparer les réponses et de comparer l' objectif initial de la conception avec la mise en œuvre réelle. ”

“ Il importe de documenter le processus ”

ÉTAPE 5. ANALYSER LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Si les données relatives au système de santé sont disponibles, une analyse quantitative peut aider à clarifier les relations entre les systèmes actuels de paiement des prestataires et les buts du système de santé. Les résultats peuvent être approfondis par le biais d'entretiens avec les parties prenantes. (L'ENCADRÉ 3 décrit l'analyse des données au Vietnam). L'analyse quantitative peut aussi servir à évaluer les conséquences des paiements des prestataires et à valider la perception qu'en ont les parties prenantes. (Voir la section intitulée "Conséquences perçues de chaque système" à l'étape 7).

Leçons tirées des essais sur le terrain

"Une analyse quantitative complémentaire peut fournir des explications plus solides sur les résultats des entretiens qualitatifs."

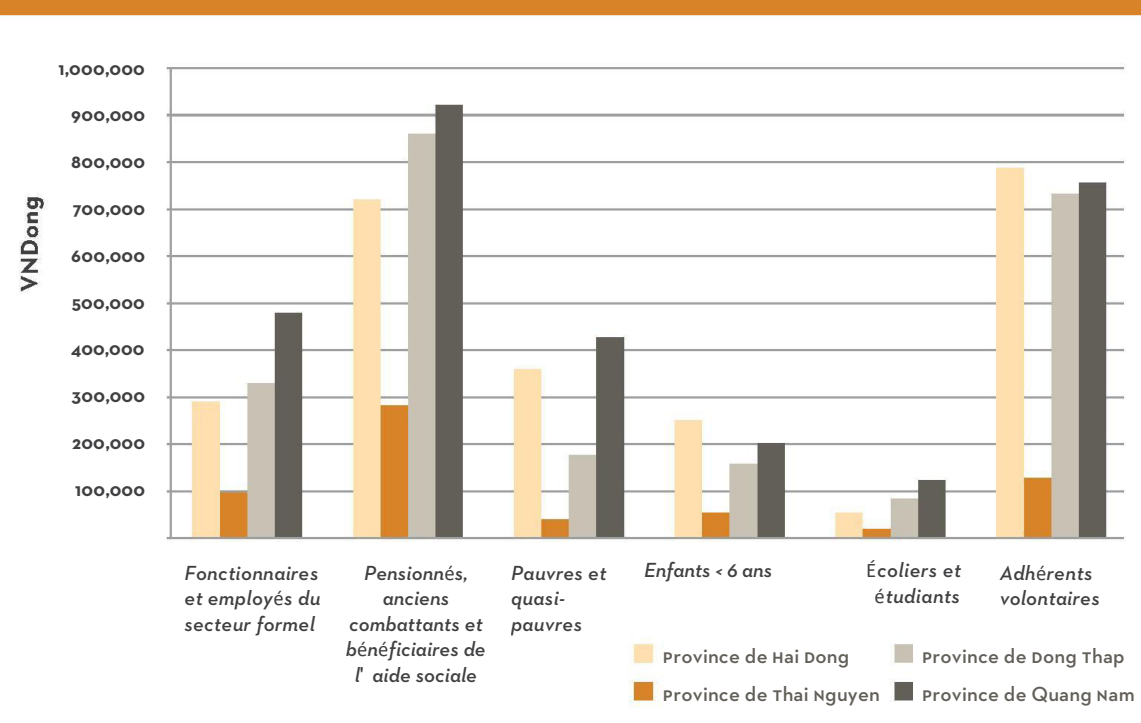
"L'ANALYSE QUANTITATIVE PEUT ÊTRE UTILE POUR VALIDER LES RÉSULTATS QUALITATIFS, MAIS IL FAUT S'EFFORCER D'ÊTRE CLAIR SUR SES LIMITES, NOTAMMENT EN TERMES DE VALIDITÉ STATISTIQUE ET D'ÉTABLISSEMENT DE LA CAUSALITÉ ENTRE LES SYSTÈMES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES ET LES RÉSULTATS LIÉS À L'ACCÈS, L'EFFICACITÉ, L'ÉQUITÉ, ETC."

ENCADRÉ 3.

Analyse des données du système de santé au Vietnam

Au Vietnam, l'Équipe analytique a mené une analyse quantitative pour déterminer l'impact du paiement par capitation sur le but d'améliorer l'équité. L'analyse a consisté à examiner les variations du taux de paiement moyen par tête dans six groupes de population assurés différents, en utilisant les données de routine des branches provinciales de l'acheteur (VSS). L'analyse a révélé un degré élevé d'iniquité, avec une variation de neuf fois des taux de paiement par habitant entre les différents groupes de population dans les différentes provinces. Cette iniquité trouve son origine dans des accords de mutualisation fragmentés qui séparent les recettes pour chaque groupe d'assurés sans permettre de subventions croisées. Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé que le système de paiement perpétuait les inégalités en calculant les taux de base de la capitation à partir des recettes disponibles pour chaque groupe d'assurés. Le programme pilote vietnamien de capitation a répondu à la nécessité d'égaliser les taux de base de capitation pour atteindre l'objectif d'équité.

TAUX DE PAIEMENT PAR HABITANT POUR SIX GROUPES DE POPULATION ASSURÉS DANS QUATRE PROVINCES DU VIETNAM



ÉTAPE 6

ENTRETIEN AVEC LES PARTIES PRENANTES SUR LES SYSTÈMES DE PAIEMENT ACTUELS

Au cours de cette étape, l'Équipe analytique utilise les outils d'entretien adaptés pour interroger les parties prenantes identifiées à l'étape 3. Les personnes concernées doivent être interrogées sur chaque méthode de paiement dont elles savent qu'elle est utilisée par l'un ou l'autre des acheteurs. Toutes les personnes interrogées ne seront pas en mesure de parler de toutes les méthodes de paiement utilisées. Il est important d'interroger chaque personne sur la conception et la mise en œuvre de chaque système de paiement tel qu'elle le conçoit. Cela révélera des différences de perception, potentiellement importantes pour déterminer pourquoi une méthode de paiement est plus ou moins efficace en pratique.

NOTE

Les entretiens avec les parties prenantes sur la capacité de l'acheteur et du prestataire de l'étape 10 peuvent être menés en même temps que les entretiens de cette étape.

Leçons tirées des essais sur le terrain

"Il est préférable que deux membres de l'Équipe analytique participent aux entretiens, l'un pour mener l'entretien et l'autre pour prendre des notes détaillées (ou faire fonctionner le matériel d'enregistrement). Prévenir les personnes interrogées que l'entretien durera une à deux heures."

"Pour remédier à la méconnaissance des systèmes de paiement des prestataires par les personnes interrogées, il peut être utile de donner un bref aperçu des principes des systèmes de paiement des prestataires et de la terminologie."

"SI LA TERMINOLOGIE UTILISÉE POUR DÉCRIRE LA CONCEPTION, LA MISE EN ŒUVRE ET LES RÉSULTATS DU PAIEMENT DES PRESTATAIRES EST TROP ABSCONSE, LES RÉPONSES RISQUENT D'ÊTRE MOINS APPROFONDIES QUE PRÉVUES."

"LES INTERVIEWEURS DOIVENT VEILLER À RESTER OBJECTIFS. UNE MAUVAISE COMPREHENSION DES SYSTÈMES DE PAIEMENT PAR LES RESPONDANTS PEUT RENDRE LEURS RÉPONSES SENSIBLES AUX QUESTIONS SUGGESTIVES OU AUX EXPLICATIONS DES INTERVIEWEURS."

ÉTAPE 7.

COMPILER LES INFORMATIONS PROVENANT DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES

Dans cette étape, l'Équipe analytique compile trois catégories d'informations issues des entretiens de l'étape 6 : (1) les liens entre les acheteurs de soins de santé, les types de prestataires et les méthodes de paiement ; (2) les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre de chaque système de paiement ; et (3) les conséquences perçues de chaque système de paiement.

LES LIENS ENTRE LES ACHETEURS, LES PRESTATAIRES ET LES SYSTÈMES DE PAIEMENT

RÉSULTATS DE L'ÉQUIPE ANALYTIQUE #2
cartographie les liens entre les acheteurs de services de santé, les prestataires et les modes de paiement ainsi que la part

transite par chacun d'entre eux. Cela révélera comment chaque méthode de paiement est utilisée, son importance relative en termes de revenus des prestataires et les éventuels problèmes de fragmentation et d'incitations contradictoires.

(LES TABLEAUX 9 et 10 décrivent les résultats obtenus en Mongolie et au Vietnam, respectivement).

Leçons tirées des essais sur le terrain

"Il peut être utile de mettre en évidence les réponses et de les classer par couleur selon le type de conséquence (accès, qualité, efficacité, etc.) afin de faciliter leur compilation ultérieure."

"POUR COMPILER LES INFORMATIONS ISSUES DES ENTRETIENS, VOUS POUVEZ CRÉER UNE FEUILLE DE CALCUL POUR CHAQUE SYSTÈME DE PAIEMENT, AVEC DES COLONNES POUR LES CARACTÉRISTIQUES DE CONCEPTION, LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET LES CONSÉQUENCES. VOUS POUVEZ ENSUITE COPIER ET COLLER LES RÉPONSES DES ENTRETIENS DANS LES CATÉGORIES APPROPRIÉES."

Formatiert: Höhe: Genau 2,3 cm

TABLEAU 9.
Cartographie des acheteurs, des prestataires et des modes de paiement

RÉSULTATS DE
L'ÉQUIPE
ANALYTIQUE #2

La cartographie des acheteurs, des prestataires et des méthodes de paiement en Mongolie a montré que trois méthodes de paiement sont utilisées : le budget linéaire (LIB), le paiement hospitalier basé sur les cas en utilisant des groupes liés au diagnostic (DRG), et le paiement à l'acte (FFS) pour les paiements directs par les patients. La combinaison des méthodes utilisées pour payer les prestataires individuels varie considérablement, même au sein d'une même catégorie de prestataires. Dans l'ensemble, la méthode LIB représentait au moins la moitié de toutes les recettes pour la plupart des prestataires publics.

TYPE DE PRESTATAIRE	ACHETEUR ET MODE DE PAIEMENT (% DU CHIFFRE D'AFFAIRES)		
	MINISTÈRE DE LA SANTÉ	AGENCE D'ASSURANCE SOCIALE (SIGO)	CLIENTS
Hôpital national et centre spécialisé	LIB (12-83%)	DRGs (7-83%)	FFS (4-10%)
Hôpital général de province	LIB (58-60%)	DRGs (30-40%)	FFS (1-10%)
Centre régional de diagnostic et de traitement	LIB (60%)	DRGs (34%)	FFS (6%)
Hôpital de district et inter-district	LIB (75-96%)	DRGs (4-20%)	FFS (0-5%)
Complexe sanitaire et maternité du district	LIB (17-100%)	DRGs (0-80%)	FFS (0-3%)
Centre de santé du district	LIB ou Capitation (100%)	-	-
Centre de santé familial	Capitation (100%)	-	-
Sanitorium	-	DRGs (19-90%)	FFS (pas de réponse)
Hôpital privé	-	DRGs (10-30%)	FFS (70-90%)
Pharmacie privée	-	Prix de référence	FFS

TABLEAU 10
Cartographie des acheteurs, des prestataires et des modes de paiement au Vietnam

RÉSULTATS DE
L'ÉQUIPE
ANALYTIQUE #2

La cartographie des acheteurs, des prestataires et des méthodes de paiement au Viêt Nam a montré que quatre méthodes sont utilisées : le budget global (GB), le budget par poste (LIB), le paiement à l'acte (FFS) et la capitation. La plupart des hôpitaux sont payés par deux acheteurs différents selon trois modes de paiement différents, ce qui crée un degré élevé de fragmentation et des incitations contradictoires.

TYPE DE PRESTATAIRE	ACHETEUR				
	MINISTÈRE DE LA SANTÉ	SERVICE DE SANTÉ PROVINCIAL	AUTRES MINISTÈRES	SÉCURITÉ SOCIALE DU VIETNAM	SÉCURITÉ SOCIALE PROVINCIALE
Hôpital national	GB			FFS	FFS/Capitation
Hôpital provincial		GB			FFS/Capitation
Centre provincial de prévention		GB/LIB			
Hôpital de district		GB			FFS/Capitation
Centre de santé du district		GB/LIB			
Poste de santé communal		Salaire			
Autre hôpital du ministère			GB/LIB		FFS/Capitation
Hôpital privé					FFS/Capitation
Clinique privée					FFS

TRAITES DE CONCEPTION ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE CHAQUE SYSTÈME DE PAIEMENT

Les répondants sont invités à décrire la conception et la mise en œuvre de chaque système de paiement. L'objectif est de documenter leurs perceptions et d'identifier les tendances communes et les domaines importants de divergence et de variation.

(Les TABLEAUX 11 ET 12 décrivent les résultats en Mongolie et au Vietnam, respectivement). L'équipe d'analyse compile les réponses et les recoupe avec les documents de politique générale et d'autres documents disponibles afin de dresser un tableau précis des traits de conception des systèmes de paiement et des modalités de mise en œuvre.

L'Équipe analytique doit noter tous les domaines où il existe un désaccord entre les réponses des parties prenantes (ÉQUIPE ANALYTIQUE-RÉSULTAT #3).

TABLEAU 11.
Conception et mise en œuvre des systèmes de paiement en Mongolie

MODE DE PAIEMENT	DESIGN FEATURES				IMPLEMENTATION ARRANGEMENTS		
	BASE DE PAIEMENT ET AJUSTEMENTS	SERVICES INCLUS	OBJETS DE COÛT	ENTITÉS CONTRACTANTES	MODALITÉS DE DÉPÔT, D'UTILISATION ET DE SUIVI DES PAIEMENTS	PLAFOND	EXCÉDENTS ET DÉFICITS
Capitation	<ul style="list-style-type: none"> Le taux de base est calculé à l'aide de la formule d'allocation des soins primaires du MdF. Les paiements sont ajustés en fonction des groupes d'âge et de sexe (0-5, 5-16, 16-49, 49-60, et >60), et les paiements sont plus élevés pour la population migrante. Les paiements sont effectués aux prestataires selon l'estimation des populations enregistrées. 	<ul style="list-style-type: none"> Services de prévention Soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> Salaires Médicaments Fournitures Frais administratifs Réparations mineures et équipement Formation 	<ul style="list-style-type: none"> Centres de santé familiale et hôpitaux de district 	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux de district reçoivent des fonds en fonction des postes Les centres de santé familiaux reçoivent les fonds mensuellement par somme forfaitaire et peuvent répartir les dépenses entre les postes 	<ul style="list-style-type: none"> Plafonnement des paiements ; les dépassements ne sont pas remboursés 	<ul style="list-style-type: none"> Les centres de santé de district peuvent conserver les excédents par poste. Si les excédents dépassent un certain montant, les prestataires doivent obtenir l'autorisation du MdF ; s'ils sont inférieurs à ce montant, l'autorisation peut être accordée par les départements provinciaux de la santé. Les centres de santé familiaux peuvent conserver les excédents et les utiliser de manière flexible, mais ils paient une taxe de 10 %.
Basé sur les cas (DRG)	<ul style="list-style-type: none"> 115 groupes de cas Les taux de paiement sont fixés comme des tarifs pour les groupes de cas sur la base d'une enquête sur les coûts. Les hôpitaux tertiaires reçoivent des tarifs DRG plus élevés Les hôpitaux privés reçoivent 50 % du tarif DRG 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations spécialisées externes Services de diagnostic Séjours hospitaliers Médicaments et produits sanguins 	<ul style="list-style-type: none"> Salaires Médicaments Fournitures Frais administratifs Réparations mineures et équipement Formation 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux et sanatoriums publics et privés Pourcentage des DRG à coût élevé payé directement au médecin 	<ul style="list-style-type: none"> Les paiements sont effectués sur la base des demandes de remboursement, mais les prestataires reçoivent les fonds en fonction des postes individuels. Les fonds sont utilisés et comptabilisés en fonction des postes d'entrée. 	<ul style="list-style-type: none"> Plafond budgétaire strict ; les dépassements ne sont pas remboursés 	<ul style="list-style-type: none"> Les déficits ne sont pas autorisés Les excédents sont reversés au Trésor public Les prestataires sont légalement autorisés à conserver jusqu'à 50 % des excédents, mais dans la pratique, cela n'est pas autorisé
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Grille tarifaire approuvée par le MdS et le MdF Le mode de calcul des frais n'est pas clair 	<ul style="list-style-type: none"> Services de prévention Soins primaires Consultations spécialisées externes Services de diagnostic Séjours hospitaliers Médicaments et produits sanguins 	<ul style="list-style-type: none"> Salaires Médicaments Fournitures Frais administratifs Réparations mineures et équipement Formation 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les prestataires, à l'exception des centres de santé et des centres de santé familiaux 	<ul style="list-style-type: none"> Les redevances sont payées en espèces et les revenus peuvent être alloués de manière flexible jusqu'aux limites des postes du plafond budgétaire du prestataire. Les redevances sont payées en espèces et les revenus peuvent être alloués de manière flexible jusqu'aux limites des postes du plafond budgétaire du prestataire. 	<ul style="list-style-type: none"> Plafond budgétaire strict ; les dépassements ne sont pas remboursés 	<ul style="list-style-type: none"> L'excédent des revenus de la redevance par rapport au plafond du budget des prestataires est reversé au Trésor public.
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> Varie selon le prestataire budget historique, normes d'entrée, population desservie, estimations des coûts, charges de morbidité/mortalité, etc. Résidu du plafond de revenus du prestataire après déduction des revenus des DRG et du paiement à l'acte Budgets finaux approuvés par poste 	<ul style="list-style-type: none"> Services préventifs Soins primaires Consultations spécialisées ambulatoires consultations Services de diagnostic Séjours hospitaliers Médicaments et produits sanguins Services de réadaptation Médecine traditionnelle Transport pour les transferts 	<ul style="list-style-type: none"> Salaires Médicaments Fournitures Frais administratifs Réparations mineures et équipement Formation 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les prestataires publics, à l'exception des centres de santé familiaux et des centres de santé de district qui sont payés par capitation. 	<ul style="list-style-type: none"> Les fonds sont décaissés, utilisés et comptabilisés en fonction de 38 postes basés sur des données d'entrée Le budget est payé mensuellement en tranches égales 	<ul style="list-style-type: none"> Plafond budgétaire strict ; les dépassements ne sont pas remboursés 	<ul style="list-style-type: none"> Les excédents sont reversés au Trésor public Les déficits ne sont pas autorisés

TABLEAU 12.
Conception et mise en œuvre des systèmes de paiement au Vietnam

MODE DE PAIEMENT	TRAITS DE CONCEPTION				IMPLEMENTATION ARRANGEMENTS		
	BASE DE PAIEMENT ET AJUSTEMENTS	SERVICES INCLUS	OBJETS DE COÛT	ENTITÉS CONTRACTANTES	BAILLEUR DE FONDS	PLAFOND	EXCÉDENTS ET DÉFICITS
Capitation	<ul style="list-style-type: none"> Dépenses historiques pour les membres enregistrés (primes, charges sociales et subventions) dans chacun des six groupes de population assurés. Ajustement forfaitaire de 1.1 en tant que paiement complémentaire général ; pas d'ajustement pour l'âge, le sexe ou d'autres caractéristiques de la population 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les services externes et hospitaliers au niveau du district (ou les services externes de niveau supérieur si les personnes choisissent les hôpitaux provinciaux ou nationaux comme prestataires de soins par capitation). Transferts et auto-transferts vers les hôpitaux provinciaux Certains services très coûteux sont exclus de la capitation et sont payés à l'acte. 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments Produits médicaux et consommables Opérations et maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux de district, provinciaux et nationaux 	<ul style="list-style-type: none"> L'hôpital de district est le bailleur de fonds pour les transferts de niveau supérieur et les transferts automatiques par les personnes inscrites. L'hôpital n' a aucun contrôle sur les dépenses de transfert 	<ul style="list-style-type: none"> Le plafond est un plafond souple 	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires sont autorisés à conserver jusqu' à 20 % de l' excédent, mais dans la pratique, les prestataires reçoivent rarement les excédents qu' ils ont gagnés. Jusqu' à 60 % des dépassements peuvent être remboursés par VSS.
Paiement à l' acte	<ul style="list-style-type: none"> Barème national adapté par les provinces Manque de lignes directrices cohérentes et concrètes pour l' adaptation du barème national des frais Dans la pratique, les frais sont calculés sur une base de coûts incomplète 	<ul style="list-style-type: none"> 1400 services individuels (sur les 4 000 estimés par les prestataires) 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments Produits médicaux et consommables Opérations et maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les prestataires/éta blissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> L' hôpital de district est le bailleur de fonds pour les transferts de niveau supérieur et pour les transferts effectués par les personnes inscrites. L' hôpital n' a aucun contrôle sur les dépenses d' orientation 	<ul style="list-style-type: none"> Le plafond est appliqué sur la base des revenus provenant de l' assurance maladie ou du plafond pour les paiements de transfert. Le plafond est un plafond rigide 	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires ne sont pas autorisés à conserver les excédents Les excédents peuvent être remboursés par VSS.
Budget global et par poste	<ul style="list-style-type: none"> # de personnel ou de lits Les normes budgétaires varient selon les province• 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les services fournis par le prestataire de soins/ établissement de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Salaires Opérations et maintenance (en partie) Formation et recherche 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les prestataires/éta blissements de santé 		<ul style="list-style-type: none"> Les centres de santé ou les hôpitaux de district détiennent les budgets des postes de santé communaux 	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux autonomes et les établissements de santé peuvent conserver les excédents et les utiliser conformément à la réglementation. Dans la pratique, il n' y a que des déficits budgétaires, pas d' excédent.

LES CONSÉQUENCES PERÇUES DE CHAQUE SYSTÈME DE PAIEMENT

Les répondants sont interrogés sur les forces, les faiblesses et les conséquences de chaque système de paiement. Le Manuel de l'Équipe analytique fournit une série de questions guidées qui correspondent à une liste de conséquences potentielles liées à

l'équité, à l'accès aux services, à l'efficacité, à la qualité et à la viabilité financière.

L'Équipe analytique réunit les réponses dans le document de résultat # 4 de l'Équipe analytique. Les réponses peuvent également être regroupées par type de partie prenante afin d'identifier les différences de perception entre les prestataires, les acheteurs, et d'autres

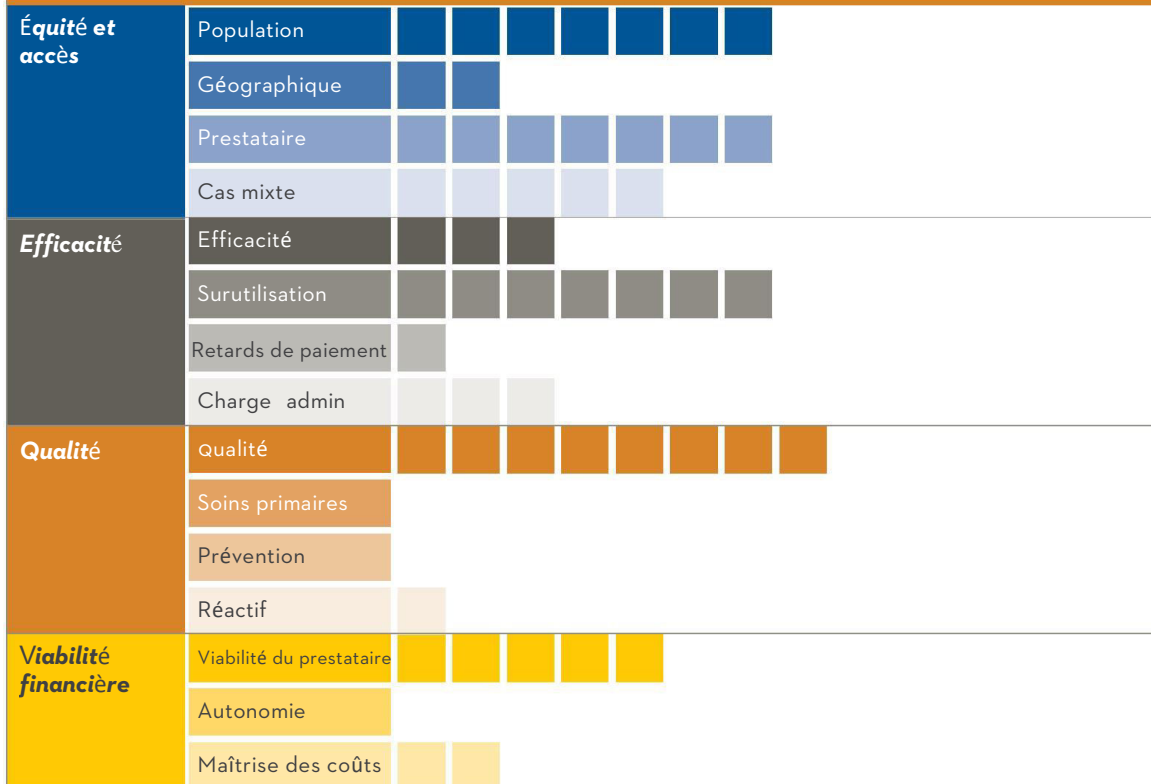
parties prenantes. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une analyse quantitative, elle peut donner une idée des principales conséquences positives et négatives, ainsi que des incitations contradictoires au sein des systèmes de paiement. (L'ENCADRE 4 décrit les réponses apportées en Mongolie).

ENCADRÉ 4 . répercussions perçues sur les paiements hospitaliers par cas en Mongolie

ÉQUIPE ANALYTIQUE
RÉSULTAT #4

Les réponses aux entretiens en Mongolie ont révélé des perceptions majoritairement positives du système de paiement basé sur les DRG - le seul système de paiement généralement perçu comme favorisant l'équité, l'efficacité et la qualité. La principale perception négative était le manque d'équité car les groupes de cas ne tenaient pas compte des complications et des comorbidités. Chaque bloc du diagramme représente une réponse liée au type de conséquence.

CONSÉQUENCES POSITIVES

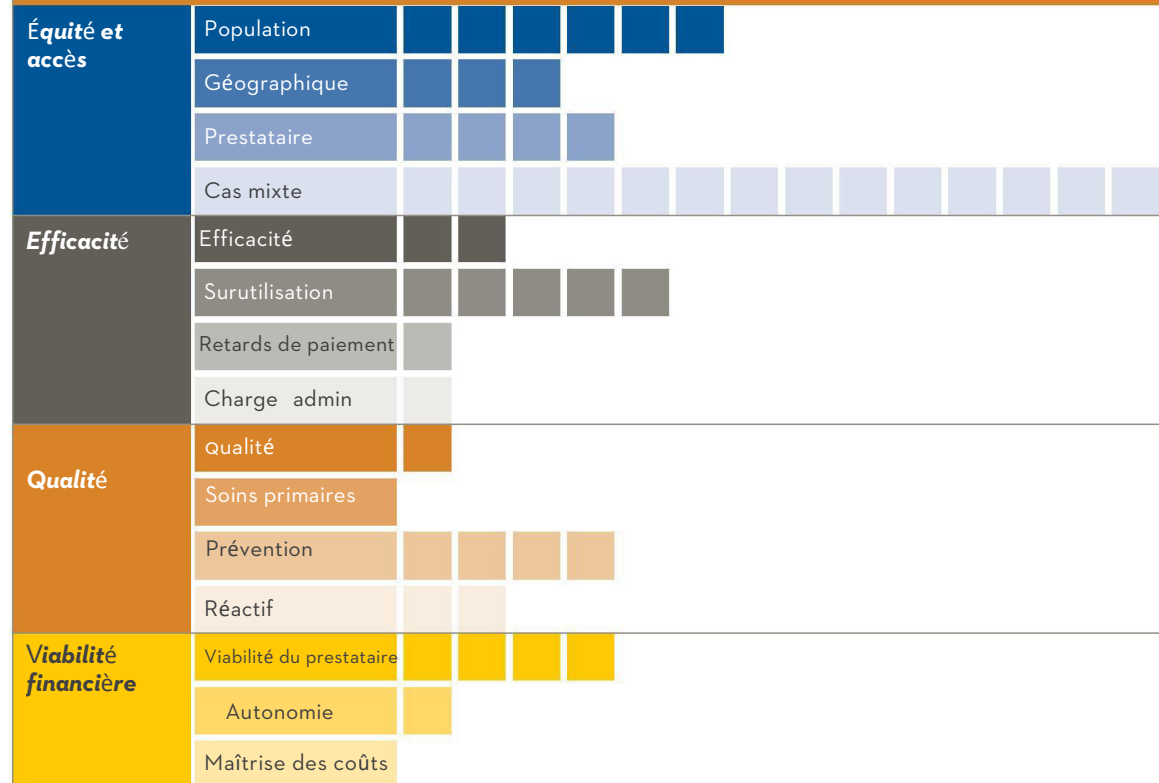


ENCADRÉ 4 .

Répercussions perçues sur les paiements hospitaliers par cas en Mongolie suite

ÉQUIPE ANALYTIQUE
RÉSULTAT #4

CONSÉQUENCES NÉGATIVES



ÉTAPE 8.

ANALYSER LES INFORMATIONS PROVENANT DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES

Dans cette étape, l'Équipe analytique analyse la combinaison actuelle des méthodes de paiement, la conception et la mise en œuvre de chaque système de paiement et les conséquences, y compris les incitations bénéfiques et perverses. À l'étape 9, le Groupe de travail utilisera ces résultats pour évaluer les forces, les faiblesses et les résultats globaux des systèmes de paiement actuels et de la combinaison de méthodes.

ANALYSER LA COMBINAISON, LA CONCEPTION ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES MÉTHODES DE PAIEMENT

L'Équipe analytique analyse la combinaison actuelle des méthodes de paiement à travers une série de questions qui permettent de déterminer si la combinaison des méthodes de paiement est adaptée aux questions prioritaires et aux objectifs du système de santé du pays, si elle est adaptée aux capacités des acheteurs et des prestataires, et si elle s'aligne sur d'autres dispositions de financement de la santé dans le pays et les renforce.

(ÉQUIPE ANALYTIQUE RÉSULTAT#5)

L'Équipe analytique identifie des critères spécifiques ou des points de référence pour comparer les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre de chaque système de paiement (ÉQUIPE ANALYTIQUE RÉSULTAT#6).

Il n'existe pas de critères de référence établis pour la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement, mais le Manuel de l'Équipe analytique fournit des critères et des questions d'ordre général qui peuvent servir de point de départ et être affinés selon le contexte spécifique du pays. L'équipe analytique peut aussi identifier les bonnes pratiques internationales

L'Équipe analytique peut aussi identifier les bonnes pratiques internationales et les points de référence pour chaque méthode de paiement sur base de la littérature actuelle et de l'expérience internationale, comme l'ont fait les équipes en Mongolie et au Vietnam. Les TABLEAUX 13 et 14 comparent les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre en Mongolie et au Viêt Nam avec les points de référence identifiés par l'Équipe analytique dans chaque pays. Dans les deux pays, l'Équipe analytique s'est concentrée sur un sous-ensemble de traits de conception et de modalités de mise en œuvre qu'elle considérait comme les plus critiques.

Leçons tirées des essais sur le terrain Lessons from the Field Tests

“Analyser la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires par rapport aux critères préétablis ou repères préétablis contribuera à rendre l'évaluation plus objective.”

“Les critères de référence devraient être fixés par consensus sur la base de l'expérience internationale et des données pertinentes pour le pays..”

1. ANALYSER LES FORCES, LES FAIBLESSES ET LES RÉSULTATS DES SYSTÈMES DE PAIEMENT

2. Pour chaque système de paiement des prestataires en vigueur, l'Équipe analytique doit analyser les forces, les faiblesses et les conséquences pour le système

de santé de la combinaison des méthodes de paiement et des dispositions de conception et de mise en œuvre de chaque système de paiement

(ÉQUIPE ANALYTIQUE RESULTAT # 7).

Il s'agit d'une première ébauche de l'évaluation globale des systèmes de paiement ; elle est ensuite validée et finalisée par le Groupe de travail et représentée dans

GROUPE DE TRAVAIL RESULTAT # 3 du (décrit à l'étape 9).

ÉQUIPE ANALYTIQUE RESULTAT #6

3. **TABLEAU 13.**
4. Comparaison entre les paiements basés sur les cas en Mongolie avec les références internationales

CRITÈRES D'ÉVALUATION	TRAITS DE CONCEPTION ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	REPÈRES	CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE EN MONGOLIE
TRAITS DE CONCEPTION			
<i>Transparence</i>	Base de paiement	Le système de paiement est plus transparent lorsque la base de paiement est une formule.	La base de paiement est un ensemble de tarifs plutôt qu'une formule.
<i>Incitations cohérentes</i>	Groupes de cas et pondérations relatives des cas	Les incitations sont plus cohérentes lorsque les groupes de cas et la variation des pondérations relatives du coût par cas saisissent des variations significatives du coût par cas, avec des pondérations basées sur les coûts relatifs entre les groupes de cas, et des ajustements pour les comorbidités et les cas extrêmes.	115 groupes permettent de saisir une certaine variation du coût par cas • Co-morbidités ignorées • Pas d'ajustement pour les paiements abusifs
	Taux de base	Les incitations sont plus cohérentes lorsque le même taux de base est appliqué à tous les hôpitaux.	• Les hôpitaux tertiaires reçoivent des tarifs plus élevés pour le même DRG • Les hôpitaux privés reçoivent des tarifs inférieurs pour le même DRG
<i>Fixation adéquate des taux</i>		Le taux de base est fixé de la façon la plus adéquate lorsqu'il est dérivé de l'ensemble des fonds disponibles pour les services hospitaliers, avec les ajustements appropriés.	Tarifs basés sur des estimations provenant d'études de coûts (aujourd'hui dépassées)
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
<i>Flexibilité pour répondre aux incitations</i>	Comment les paiements sont décaissés, utilisés et suivis	Les prestataires disposent de la plus grande souplesse pour répondre aux incitations lorsque les paiements sont effectués sur la base de demandes de remboursement sans postes individuels.	• Paiements décaissés par poste strict • Lourde charge administrative pour déplacer les dépenses d'un poste à l'autre
	Plafonds, excédents et déficits	Les prestataires disposent de la plus grande souplesse pour répondre aux incitations lorsqu'ils sont autorisés à conserver une partie des excédents, tout en étant tenus de rendre des comptes sur le plan financier.	• Les prestataires ne conservent aucune partie des excédents.
<i>Risque financier équilibré</i>		Le risque financier est mieux équilibré lorsqu'il existe un plafond budgétaire strict ou que les dépassements sont soigneusement gérés et contrôlés.	• Plafond budgétaire rigide • Les dépassements ne sont pas autorisés

1. **TABLEAU 14**
2. Comparaison du paiement par capitation au Vietnam avec les références internationales

ÉQUIPE ANALYTIQUE RESULTAT #6

CRITÈRES D'ÉVALUATION	TRAITS DE CONCEPTION ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	REPÈRES	CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE AU VIETNAM
TRAITS DE CONCEPTION			
<i>Transparence et incitations cohérentes</i>	Base de paiement	Le système de paiement est plus transparent lorsque la base de paiement est une formule. Les incitations sont les plus cohérentes lorsque le paiement par capitation n'est pas lié au volume.	• La base de paiement est un calcul peu clair du fonds de capitation pour chaque hôpital de district. • Les paiements sont liés au volume
	Paquet de services	La transparence est plus grande et les incitations des prestataires sont plus cohérentes lorsque le forfait de capitation est clairement défini, qu'il est adapté à la capacité des prestataires et qu'il inclut des lignes directrices sur le transfert des patients.	Le paquet de capitation : • N'est pas clairement défini • Exclut la prévention • Inclut tous les services externes ainsi que le transfert de patients et les consultations libres, ce qui fait courir un risque financier excessif aux prestataires.
	Inscription de la population	Les incitations des prestataires sont les plus cohérentes et la transparence est la plus grande lorsque le choix du prestataire est libre et que la base de données d'inscription est accessible aux prestataires et tenue à jour pour enregistrer les naissances, les décès et les migrations.	• Inscription avec un choix limité • Les listes d'inscription ne sont pas toujours claires pour les hôpitaux
<i>Fixation adéquate des taux</i>	La façon dont les paiements sont versés, utilisés et suivis	Le taux de base est le plus approprié lorsqu'il s'agit d'un taux de base unique appliqué à tous les prestataires et qu'il est dérivé de l'ensemble des fonds disponibles pour les soins primaires avec les ajustements appropriés.	• Les taux de base spécifiques aux prestataires sont calculés à partir des dépenses historiques pour différents groupes d'assurés et ne sont pas ajustés selon les besoins individuels de santé.
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
<i>Flexibilité pour répondre aux incitations</i>	La façon dont les paiements sont versés, utilisés et suivis	Les prestataires disposent de la plus grande souplesse pour répondre aux incitations lorsque les paiements sont versés à l'avance sur base de la population inscrite, sans poste budgétaire.	• Les paiements sont effectués sur base des réclamations avec un prépaiement limité. • Les prestataires peuvent effectuer des dépenses en toute flexibilité
	Plafonds, excédents et déficits	Les prestataires disposent de la plus grande souplesse pour répondre aux incitations lorsqu'ils sont autorisés à conserver une partie des excédents, avec une responsabilité financière.	• Les prestataires peuvent conserver jusqu'à 20 % des excédents, mais ceux-ci sont calculés en fonction des revenus potentiels des services de paiement à l'acte. • Plafond budgétaire souple ; les dépassements sont remboursés jusqu'à 60 %.
<i>Risque financier équilibré</i>		Le risque financier est mieux équilibré lorsqu'il existe un plafond budgétaire rigoureux ou que les dépassements sont soigneusement gérés et contrôlés.	

ÉTAPE 9 . ÉVALUER LE SYSTÈME ACTUEL DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES PAR RAPPORT AUX BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans l' atelier #2, le **Facilitateur** guide le **Groupe de travail** dans l' interprétation de l' analyse menée par l' Equipe analytique à l' étape 8 et se met d' accord sur les forces et les faiblesses de la combinaison de méthodes et des modalités de conception et de mise en œuvre, sur leurs principaux résultats, et sur le fait que les systèmes de paiement soutiennent ou nuisent à la réalisation des objectifs du système de santé (GROUPE DE TRAVAIL RESULTAT #3). Le **Groupe de travail** évalue aussi si les résultats des systèmes de paiement des prestataires sont dus à la combinaison des méthodes de paiement, à la conception du système de paiement, aux modalités de mise en œuvre, à des problèmes de mutualisation, à des paquets de prestations ou à des facteurs externes. En outre, le **Groupe de travail** identifie les lacunes de l' évaluation et toute analyse supplémentaire nécessaire pour affiner les systèmes de paiement actuels ou créer une feuille de route pour la réforme du paiement des prestataires. (Les tableaux 1 5 et 1 6 présentent les évaluations pour la Mongolie et le Vietnam, respectivement).

Leçons tirées des essais sur le terrain

“LORS DE L'ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE PAIEMENT, IL CONVIENT D'EXAMINER LEURS FORCES ET LEURS FAIBLESSES, INDIVIDUELLEMENT ET COLLECTIVEMENT. LES FORCES D'UN SYSTÈME DE PAIEMENT PEUVENT COMPENSER LES FAIBLESSES D'UN AUTRE, CE QUI PERMET D'OBTENIR UNE COMBINAISON EFFICACE”

“À ce stade, il est important d' examiner l' ensemble du tableau - la combinaison des méthodes de paiement ainsi que la conception et la mise en œuvre du système de paiement - avec la politique globale de financement sanitaire (en particulier la mutualisation et la conception des prestations) et les facteurs contextuels. ”

TABLEAU 15.

GRUPE DE TRAVAIL RÉSULTAT #3

Évaluation des systèmes de paiement des prestataires en Mongolie

POINTS FORTS

Capitation	<ul style="list-style-type: none"> La capitation améliore largement l'efficacité parce que les prestataires ont la possibilité d'utiliser les fonds et de conserver les excédents.
Basé sur les cas (DRG)	<ul style="list-style-type: none"> Les groupes de cas et l'ajustement de la composition des cas à l'aide de pondérations relatives permettent de saisir certaines variations du coût par cas, ce qui incite à améliorer l'efficacité sans réduire la qualité.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires tirent certains avantages du paiement à l'acte, car les revenus peuvent être utilisés de manière plus souple et sont basés sur l'activité. Les conséquences négatives habituelles du paiement à l'acte sont minimisées parce que ce mode de paiement représente une faible part des revenus totaux (-5 % pour les établissements publics), le plafond global des paiements fonctionne bien et la situation économique actuelle limite la demande des patients.
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> Le budget détaillé est généralement considéré comme une source importante de revenus garantis et stables, ce qui est important pour la viabilité financière du prestataire. Pour certains prestataires, le budget favorise l'efficacité et limite la surutilisation des services, mais cela est dû en grande partie au plafond budgétaire et aux fonds limités.

POINTS FAIBLES

Capitation	<ul style="list-style-type: none"> La capitation ne présente pas de graves faiblesses, si ce n'est la faiblesse actuelle du taux par tête et la façon dont les populations inscrites sont estimées.
Basé sur les cas (DRG)	<ul style="list-style-type: none"> La lacune majeure de ce système de paiement est l'ajustement inadéquat des cas mixtes et l'absence d'ajustement pour les diagnostics multiples. Les incitations à l'efficacité (et éventuellement à la qualité) pourraient être renforcées si les hôpitaux étaient en mesure de générer et de conserver des revenus excédentaires.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Le paiement à l'acte apporte certains avantages en termes de qualité, mais la réactivité vis-à-vis des patients est affectée par une mauvaise compréhension des tarifs et de leurs responsabilités. Certains prestataires (hôpitaux secondaires et prestataires privés) considèrent que la structure tarifaire est injuste.
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> La rigidité du budget et l'impossibilité de conserver des excédents sont des obstacles à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité. La rigidité est un plus grand problème que l'insuffisance du budget.

CONSÉQUENCES CLÉS

Capitation	<ul style="list-style-type: none"> La méthode de capitation a le potentiel d'améliorer l'efficacité et de renforcer la promotion de la santé et la prévention.
Basé sur les cas (DRG)	<ul style="list-style-type: none"> La méthode DRG est largement acceptée et semble appropriée et juste pour les prestataires parce qu'elle paie en fonction de l'activité. C'est le seul système de paiement perçu comme favorisant l'équité, l'efficacité et la qualité.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Cette méthode permet d'accroître la productivité et l'efficacité sans les inconvénients typiques d'une utilisation excessive de services onéreux.
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> Cette méthode a de graves répercussions négatives sur l'efficacité.

TABLEAU 15.

GRUPE DE TRAVAIL RÉSULTAT #3

Évaluation des systèmes de paiement des prestataires en Mongolie, suite

CONCLUSIONS SUR LA COMBINAISON DES MÉTHODES DE PAIEMENT

- Les méthodes de paiement se complètent en équilibrant les méthodes de paiement basées sur l'activité (DRG et paiement à l'acte) et les méthodes de paiement fixes (budget et capitation), et présentent toutes des traits positifs.
 - Les prestataires apprécient la part fixe, stable et prévisible de leur budget.
 - Les prestataires estiment que le financement à l'activité par le biais des DRG est équitable.
 - Les prestataires comptent sur le faible montant des revenus provenant du paiement à l'acte pour compléter leurs revenus totaux et motiver leur personnel.
- Le plafond budgétaire global au niveau du prestataire permet d'harmoniser les incitations entre les systèmes de paiement, de maîtriser les coûts et d'imposer un certain nombre de comportements efficaces.
- Les contraintes liées à la réaffectation des dépenses dans le budget par poste limitent les incitations à l'efficacité de toutes les méthodes de paiement
- Il n'y a pas de possibilité de conserver les excédents, ce qui limite la motivation et les incitations à l'efficacité.
- Aucune de ces méthodes n'incite à s'orienter vers les soins primaires.
- Il n'existe pas de mécanisme ou de financement pour la promotion sanitaire et la prévention.

IMPACT GLOBAL SUR LES BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

BUT		EFFICACITÉ DES SYSTÈMES ACTUELS DE PAIEMENT
Atteindre la couverture universelle	+	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires perçoivent un meilleur accès à la population couverte. La politique de copaiement et les ajustements de capitation peuvent renforcer l'équité. Une maîtrise efficace des coûts grâce au plafond budgétaire global peut permettre une couverture plus étendue.
Améliorer l'efficacité des coûts aux niveaux micro et macro	+/-	<ul style="list-style-type: none"> Un plafond budgétaire efficace favorise l'efficacité au niveau macro La capitation favorise l'efficacité au niveau micro Le paiement par DRG n'est pas clair. Les contraintes liées à la réaffectation des dépenses dans le budget par poste limitent l'efficacité au niveau micro
Créer des incitations appropriées pour les différentes parties prenantes	-/+	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires ne sont guère incités à la promotion sanitaire, à la prévention ou au passage aux soins primaires. Les prestataires sont incités à lésiner sur les soins (méthode budgétaire) et à générer des admissions en surnombre (DRG). Mais les prestataires n'ont pas d'incitations évidentes à fournir des services onéreux ou des transferts excessifs.
Stimuler la concurrence dans le secteur de la santé	?	La relation entre les systèmes de paiement et la concurrence n'est pas claire.
Promouvoir les soins primaires	-	Les prestataires ne sont guère incités à la promotion sanitaire, à la prévention ou au passage aux soins primaires.
Améliorer les soins de santé des enfants	-	Les prestataires ne sont guère incités à la promotion sanitaire, à la prévention ou au passage aux soins primaires.
Améliorer l'accès aux médicaments	?	Les pharmacies estiment que l'accès aux médicaments s'est amélioré, mais lorsque les plafonds de paiement sont atteints, la charge est transférée au patient.

TABLEAU 16.

Évaluation des systèmes de paiement des prestataires au Vietnam

POINTS FORTS

Capitation	<ul style="list-style-type: none"> Les parties prenantes n'ont identifié aucun point fort.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> La nouvelle grille tarifaire prévoit le versement de frais identiques aux différents niveaux d'hôpitaux pour les mêmes services, ce qui accroît l'équité entre les établissements provinciaux. Les aspects négatifs ne sont pas dominants, surtout en raison du plafond, mais le plafond est flexible et peut être détourné par les prestataires parce qu'il est basé sur les dépenses historiques.
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> La méthode est considérée comme juste et équitable.

POINTS FAIBLES

Capitation	<ul style="list-style-type: none"> Dans la pratique, il y a peu de différence entre la capitation et le paiement à l'acte. En raison d'une conception et d'une mise en œuvre déficientes déficiante, la capitation ne permet pas d'obtenir les résultats positifs potentiels (renforcement des soins primaires, maîtrise des coûts, allocation équitable des ressources). La détention de fonds crée un risque pour les prestataires, qui ne disposent pas des capacités financières et de gestion adéquate gestion adéquate pour gérer ce risque. Les incitations à l'efficacité des déficits et des excédents sont diluées par les longs délais de traitement et les plafonds souples.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné que les paiements à l'acte couvrent également le coût des transferts, les hôpitaux peuvent être amenés à fournir davantage de services pour être financièrement viables. Les hôpitaux autonomes reçoivent des frais plus élevés pour les services privatisés, ce qui aggrave les conséquences négatives de ce paiement à l'acte. Les plafonds de paiement sont des plafonds souples, et deux des principaux facteurs de coût du système ne sont pas soumis à des plafonds : les services hospitaliers provinciaux et l'autotransfert. Les incitations à l'efficacité des déficits et des excédents sont diluées par les longs délais de traitement et les plafonds souples.
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> Cette méthode n'améliore pas la qualité ni la réactivité vis-à-vis des patients en raison du manque d'incitations et du faible niveau de financement.

CONSÉQUENCES CLÉS

Capitation	<ul style="list-style-type: none"> Aucune conséquence positive identifiée Exacerbe les inégalités car la conception du système de paiement renforce la fragmentation des accords de mutualisation. Risque financier excessif pour les hôpitaux de district, ce qui peut affecter l'accès et la qualité au niveau de base de la population.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Une gestion plus efficace des ressources Simplification des procédures administratives Favorise une plus grande autonomie des prestataires Incite les prestataires à fournir trop de services et des services très onéreux
Budget par poste	<ul style="list-style-type: none"> Favorise la justice et l'équité Pas d'incitation à l'efficacité

TABLEAU 16.

Évaluation des systèmes de paiement des prestataires au Vietnam, suite

CONCLUSIONS GÉNÉRALES SUR LA COMBINAISON DES MODES DE PAIEMENT

- La combinaison actuelle des méthodes de paiement ainsi que la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement ne sont pas conformes aux bonnes pratiques internationales et ne soutiennent pas les buts du système sanitaire vietnamien.
- Les méthodes ne sont pas complémentaires.

IMPACT GÉNÉRAL SUR LES BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Aucun des systèmes de paiement n'est considéré par les parties prenantes comme apportant des résultats très positifs au système de santé.
- Les deux mécanismes utilisés pour réduire la surpopulation dans les hôpitaux provinciaux et gérer les coûts - la capitation et la détention de fonds - ne permettent pas d'atteindre ces objectifs :
 - En raison d'une conception et d'une mise en œuvre déficientes, la capitation ne permet pas de réorienter la prestation de services vers les soins primaires ni d'aider à gérer les coûts.
 - La détention de fonds crée un risque pour les prestataires et ces derniers n'ont pas la capacité financière et de gestion nécessaire pour gérer ce risque.
 - Les hôpitaux de district ne peuvent pas contrôler l'auto-transfert, de sorte que les assurés peuvent contourner les hôpitaux de district et se rendre directement dans des établissements de niveau supérieur. Les hôpitaux de district courent un risque financier en raison de ces auto-transferts.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

MODULE **3**

**ÉVALUER LA CAPACITÉ ACTUELLE
DES ACHETEURS ET DES
PRESTATAIRES**

DANS CE MODULE, l'équipe analytique analyse la capacité de l'acheteur principal, la capacité et l'autonomie des prestataires, et la disponibilité des données pour contribuer à la conception et à la mise en œuvre d'un système de paiement.

L'achat stratégique de produits sanitaires exige que les institutions soient habilitées à prendre des décisions d'achat et à conclure des contrats avec les fournisseurs, qu'elles disposent de la souplesse nécessaire quant à l'affectation des fonds et qu'elles disposent de systèmes d'information qui fonctionnent bien. Il faut aussi disposer d'un pouvoir d'achat.

Un grand acheteur ou plusieurs acheteurs opérant sous un même régime de règles et de réglementations peuvent exercer

une influence sur la manière dont les ressources de soins de santé sont utilisées et sur la façon dont les prestataires de services fournissent leurs prestations. Étant donné que les accords de mutualisation se reflètent souvent dans les accords d'achat, la fragmentation de la mutualisation affaiblit le pouvoir d'achat et l'efficacité des incitations au paiement.

D'autre part, les prestataires ont besoin d'autonomie et de capacité pour répondre aux incitations

créées par les systèmes de paiement des prestataires et d'autres mécanismes d'achat. Les acheteurs et les prestataires ont tous deux besoin de données et d'informations fiables pour prendre de bonnes décisions stratégiques.

ÉTAPE **10** **INTERROGER LES PARTIES PRENANTES POUR ÉVALUER LA CAPACITÉ DES ACHETEURS ET DES PRESTATAIRES**

La prochaine étape pour l'Équipe analytique consiste à interroger les parties prenantes sur la capacité de l'acheteur et sur l'autonomie et la capacité du prestataire à l'aide d'outils d'entretien adaptés à ceux figurant dans le Manuel de l'Équipe Analytique. Ces entretiens peuvent être menés en même temps que les entretiens de l'étape 6 ou séparément. L'Équipe analytique doit compiler les réponses et attribuer des notes faibles, moyennes ou adéquates/élevées dans chaque domaine de capacité et dans chaque domaine d'autonomie du prestataire (ÉQUIPE ANALYTIQUE RÉSULTATS #8 et #9). L'équipe doit également documenter la disponibilité des données et l'état actuel des systèmes de codage (ÉQUIPE D'ANALYSE RÉSULTATS # 10)

CAPACITÉ DE L'ACHETEUR

Les domaines principaux de l'autorité et de la capacité de l'acheteur sont les suivants :

- **La planification stratégique, l'élaboration des politiques et la gestion institutionnelle.**

L'acheteur doit avoir l'autorité et la capacité technique nécessaires à la planification stratégique et à l'élaboration de politiques, à l'identification des objectifs institutionnels qui s'alignent sur les buts du système sanitaire national, et à la gestion de ses fonctions institutionnelles afin de mettre en œuvre les plans et d'atteindre les objectifs.

- **Gestion financière.** L'acheteur doit disposer de politiques, procédures et systèmes financiers internes solides et de la capacité de prévoir raisonnablement les revenus annuels provenant de diverses sources et les dépenses en services, médicaments et administration au cours d'une année donnée.

- **Gestion des données et technologies de l'information (TI).** L'acheteur doit avoir la capacité de développer, de mettre en œuvre et d'utiliser efficacement les données et les TI. Les bases de données clés comprennent la base de données des inscriptions, celle des réclamations et de gestion financière. Les systèmes d'information doivent être interopérables et les informations doivent pouvoir être synthétisées par le biais de rapports analytiques de routine. Les identifiants uniques des inscrits et des prestataires sont essentiels.

- **Contrats.** L'acheteur doit avoir l'autorité institutionnelle et la capacité technique de conclure des accords juridiquement contraignants avec les prestataires de soins de santé, qui précisent les caractéristiques et les

exigences minimales des prestataires sous contrat, les services que les prestataires fourniront, les méthodes et conditions de paiement, les exigences relatives à l'établissement de rapports et les procédures de résolution des litiges.

- **Contrôle des prestataires et assurance de la qualité.** L'acheteur doit être en mesure de déterminer si les fonds sont utilisés de manière appropriée, efficace et efficiente par les prestataires. L'acheteur doit être capable de mesurer et de contrôler régulièrement les performances des prestataires, ainsi que d'analyser et d'utiliser les résultats des performances pour la prise de décision. L'acheteur doit également être à même de définir et d'appliquer les conséquences d'une mauvaise performance et/ou les récompenses d'une performance exceptionnelle (par ex, le paiement à la performance, l'évaluation comparative des prestataires ou la publication des performances des prestataires).

Le TABLEAU 17 décrit la capacité technique minimale requise pour que l'acheteur puisse gérer les budgets individuels et globaux, la capitation, la rémunération à l'acte et les méthodes de paiement par cas. Lorsqu'une méthode de paiement devient plus complexe (par ex. lorsque des incitations à la performance sont ajoutées), la capacité requise et l'expertise du personnel dans des domaines tels que le contrôle des prestataires et l'analyse des données augmentent. Les budgets par poste sont ceux qui requièrent le moins de capacités - ils ne nécessitent qu'un personnel adéquat pour effectuer la planification, la budgétisation, la comptabilité de base et un système de contrôle de la qualité.

La méthode du budget global nécessite une expertise en financement de la santé et une capacité contractuelle pour spécifier les termes du budget global, y compris les services inclus, les volumes prévus et le taux de paiement. La capitation requiert des capacités supplémentaires de gestion des données et d'informatique pour gérer les bases de données d'inscription de la population et relier les personnes couvertes aux prestataires afin que les paiements par capitation puissent être calculés avec précision. Le paiement à l'acte et le paiement des hôpitaux sur base de cas requièrent une plus grande capacité car le paiement est lié à l'utilisation et aux demandes de remboursement. La capacité de traitement des demandes est nécessaire, de même que la capacité de projeter et de gérer les revenus et les dépenses afin d'éviter l'escalade des coûts qui accompagne presque toujours les systèmes de paiement à durée indéterminée basés sur l'utilisation. Le paiement hospitalier basé sur les cas est celui qui requiert le plus de capacités, car un algorithme appelé "grouper" (accompagné d'un programme informatique) est nécessaire pour affecter les cas à des groupes de cas avec des taux de paiement. Des capacités cliniques et analytiques sont également nécessaires pour développer et affiner les groupes de cas et contrôler la répartition statistique des cas et le coût moyen par cas afin de s'assurer que les groupes de cas sont appropriés.

L'ENCADRÉ 5 décrit l'évaluation de la capacité des acheteurs au Vietnam.

TABLEAU 17.
Capacité minimale des acheteurs de soins sanitaires pour les modes de paiement les plus courants

CAPACITÉ	POSTE BUDGÉTAIRE	BUDGET GLOBAL	CAPITATION	PAIEMENT À L'ACTE	BASÉ SUR DES CAS
Planification stratégique, élaboration de politiques et gestion institutionnelle	Personnel suffisant pour assurer les fonctions de planification et de budgétisation				
		Personnel dispose d' une expertise en matière de financement sanitaire			
		Personnel dispose d' une Expertise clinique			
		Personnel dispose d' une capacité d' analyse			
	Comptabilité de base			Système de comptabilité analytique pour calculer et contrôler le poids relatif des dossiers	
				Capacité à prévoir les revenus et les dépenses	
				Lever(s) pour les cas où les dépenses dépassent les revenus (tels que les fonds de réserve ou l' ajustement des taux de base à la baisse)	
Traitement des données et informatique		Gestion de la base de données des inscriptions	Traitement automatisé des réclamations	Programmation et fonctionnement du groupeur DRG	
Contrats	Contrats clairs avec les prestataires spécifiant les taux et les conditions de paiement, les services et les exigences en matière de transmission de données.				
				Système de traitement et de gestion des réclamations	
Contrôle et assurance qualité des prestataires	" Système d'alerte précoce " qui génère des indicateurs de conséquences imprévues ; système d'assurance qualité de routine				

TABLEAU 5.
Évaluation de la capacité d'achat au Vietnam

L' équipe analytique a recueilli des réponses sur la capacité d' achat auprès de 18 parties prenantes représentant l' agence d' achat de produits de santé du Vietnam aux niveaux national et local. Dans un domaine particulier, la capacité a été jugée faible si moins de la moitié (<9) des personnes interrogées étaient d' accord avec l' affirmation, moyenne si la moitié à deux tiers (9-12) des personnes interrogées étaient d' accord, et adéquate si plus de deux tiers (>12) étaient d' accord. Dans l' ensemble, la capacité de gestion institutionnelle a été jugée moyenne, avec un leadership et une structure organisationnelle solides, mais un personnel insuffisant pour remplir les fonctions principales (en particulier le personnel ayant une expertise clinique). La capacité contractuelle a été jugée globalement adéquate, mais les contrats ne précisaient pas les informations essentielles pour les prestataires, telles que le nombre d' assurés qu' ils servaient et les conditions de paiement. La gestion des données et la capacité informatique ont été jugées adéquates pour les fonctions liées à l' inscription et à la comptabilité, mais elles étaient beaucoup plus limitées pour les tâches analytiques telles que l' analyse actuarielle et le suivi et l' évaluation. La capacité de contrôle des prestataires et d' assurance qualité a été jugée presque inexistante.

DOMAINE DE CAPACITÉ	NOTATION
Planification stratégique, élaboration de politiques et gestion institutionnelle	
Un leadership fort avec une structure organisationnelle et des lignes de responsabilité claires	Adéquat
Autorité et droits de décision pour élaborer des politiques relatives aux contrats et au paiement des prestataires, à la gestion des données et à l' informatique, ainsi qu' au contrôle des prestataires.	Faible
Effectifs suffisants pour remplir les principales fonctions	Faible
Expertise suffisante du personnel dans le domaine du financement sanitaire	Moyen
Expertise clinique adéquate au sein du personnel	Faible
Gestion financière	
Financement adéquat pour couvrir les réclamations des prestataires	Adéquat
Pas de dette envers les prestataires	Adéquat
Capacité à prévoir les dépenses et les revenus futurs	Adéquat
Contrats	
Contrats clairs et transparents avec les prestataires	Adéquat
Paquets de services clairement spécifiés dans les contrats avec les prestataires	Moyen
Taux de paiement clairement spécifiés dans les contrats avec les fournisseurs	Moyen
Nombre de membres assurés clairement spécifié dans le contrat	Faible
Conditions de paiement, de non-paiement et d' ajustement des paiements sont précisées	Faible
Exigences d' établissement de rapports pour les prestataires sont clairement définies dans le contrat	Adéquat
Processus de gestion des réclamations qui fonctionne bien, avec un examen adéquat et un paiement en temps voulu aux prestataires	Adéquat
Mesures à prendre au cas où les prestataires ne respecteraient pas les termes du contrat	Adéquat
Mesures adoptées pour prévenir ou traiter les fraudes	Adéquat

TABLEAU 5 .
Évaluation de la capacité d'achat au Vietnam, suite

DOMAINE DE CAPACITÉ	NOTATION
Traitement des données et TI	
Inscription individuelle automatisée	Adéquat
Collecte automatisée de la prime	Adéquat
Vérification automatisée d' éligibilité individuelle	Medium
Passation automatisée des contrats avec les prestataires	Faible
Facturation et traitement des réclamations automatisés	Faible
Comptabilité et gestion financière automatisées	Adéquat
Indicateurs de qualité de routine automatisés	Faible
Projections actuarielles réalisées	
Suivi et évaluation de routine automatisés	Faible
Contrôle et assurance qualité des prestataires	
Poste ou service chargé de l' assurance qualité	Faible
Système d' assurance qualité en place	Faible
Sanctions en cas de mauvaise performance du prestataire	Faible

AUTONOMIE ET CAPACITÉ DU PRESTATAIRE

L'autonomie de gestion et d' exploitation désigne le droit de prendre des décisions financières, relatives au personnel, à la prestation de services et autres. Plus le nombre de domaines dans lesquels les prestataires ont des droits de décision est important, plus ils auront de flexibilité pour répondre aux incitations (bénéfiques et perverses). En fonction des réponses des parties prenantes, l' **Équipe analytique** doit déterminer si chaque type de prestataire dispose d' une autonomie nulle, partielle ou totale dans chacun des

domaines suivants :

- Budgétisation et gestion financière
- Affectation interne des fonds
- Effectifs (composition du personnel, recrutement, licenciement)
- Rémunération du personnel (niveau de salaire et primes)

- Utilisation d' entrées récurrentes (par ex. types et quantités de médicaments et d' autres fournitures)

- Combinaison de services
- Utilisation des excédents de recettes
- Partenariats avec d' autres prestataires
- Actifs et investissements

La flexibilité et l' autonomie dans ces domaines doivent s' accompagner d' une capacité d' information et de gestion pour prendre des décisions stratégiques. Sur base des réponses des parties prenantes, l' **Équipe analytique** doit évaluer le niveau de capacité du prestataire dans ces domaines :

- Gestion générale
- Gestion des données et informatique
- Contrôle du prestataire et assurance qualité

L' **ENCADRÉ 6** décrit l' évaluation de l' autonomie et de la capacité des prestataires au Vietnam.

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

Ensuite, l' **Équipe analytique** doit documenter la disponibilité des données et l' état actuel des systèmes de codification. Le niveau de désagrégation des données financières et de celles relatives à la prestation de services est un facteur important pour le degré de sophistication possible d' un nouveau système de paiement des prestataires.

L' **Équipe analytique** doit regrouper des informations sur le niveau le plus bas auquel chaque type de données peut être désagrégé, sur l' automatisation éventuelle de la collecte des données et sur les pratiques de codage (**ÉQUIPE ANALYTIQUE RESULTAT # 10**).

TABLEAU 6.
Assessment of Provider Autonomy and Capacity in Vietnam

ÉQUIPE ANALYTIQUE
RÉSULTAT #9

Lors de l' évaluation du Vietnam, l' équipe d' analyse n' a pas attribué de notes aux domaines de l' autonomie et de la capacité des prestataires ; elle a tiré des conclusions générales. L' évaluation a montré ce qui suit :

- Bien que la plupart des hôpitaux aient un statut juridique qui leur confère une autonomie partielle, les droits de décision sont limités dans des domaines tels que les biens matériels, la tarification des services et l' achat d' équipements et de médicaments.
- La plupart des prestataires disposaient d' une capacité informatique adéquate, la plupart des établissements - même les établissements de soins primaires au niveau communal - déclarant qu' ils disposaient d' un ordinateur et de services Internet fiables.
- La plupart des hôpitaux ont déclaré utiliser des réseaux informatiques pour faciliter la gestion de l' hôpital.
- Les principales fonctions cliniques et de gestion n' étaient pas encore informatisées. Il s' agit notamment de l' assurance qualité et de la gestion clinique, de la gestion des dossiers médicaux, de la facturation et de la présentation des demandes de remboursement.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

MODULE **4**

**IDENTIFIER LES OPTIONS POUR
AFFINER OU RÉFORMER LE
PAIEMENT DES PRESTATAIRES**

DANS CE MODULE, le Groupe de travail examine les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la conception et les modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement actuels et/ou pour modifier la combinaison des méthodes de paiement.

À ce point, le Groupe de travail aura une image relativement claire des systèmes actuels de paiement des prestataires, de leurs forces et de leurs faiblesses, ainsi que de la capacité de l'acheteur et des prestataires. Lors de l'atelier #3, le Groupe de travail examine les résultats de l'évaluation ainsi que les facteurs contextuels qui sont essentiels pour la politique de paiement des prestataires afin de formuler des recommandations sur la voie à suivre. Le module 4 comprend l'étape facultative de création d'une proposition et/ou d'une feuille de route pour la réforme du système de paiement des prestataires.

ÉTAPE

11

**DÉVELOPPER DES RECOMMANDATIONS POUR AFFINER
OU RÉFORMER LES SYSTÈMES DE PAIEMENT**

ÉTAPE 11.

DÉVELOPPER DES RECOMMANDATIONS POUR AFFINER OU RÉFORMER LES SYSTÈMES DE PAIEMENT

Dans l'atelier #3, le **Facilitateur** guide le **Groupe de travail** pour qu'il parvienne à un consensus sur la question de savoir si les défis posés par les systèmes actuels de paiement des prestataires peuvent être résolus en ajustant leur conception ou leurs modalités de mise en œuvre, ou si une méthode de paiement doit être abandonnée et remplacée par une méthode différente (GROUPE DE TRAVAIL RÉSULTAT #4).

Le **Groupe de travail** identifie les facteurs contextuels qui sont essentiels pour le paiement des prestataires et qui devraient être abordés par des réformes politiques complémentaires. Les facteurs contextuels peuvent inclure des considérations politiques, juridiques et de gestion des finances publiques. Le **Groupe de travail** élabore également des recommandations politiques qui tiennent compte

des orientations politiques des responsables du secteur de la santé et d'autres aspects de l'environnement politique général du pays. Le résultat final de l'exercice d'évaluation (GROUPE DE TRAVAIL RÉSULTAT #5) peut être un rapport avec des recommandations politiques, une proposition de pilotage d'un nouveau modèle de paiement (comme au Vietnam), ou une feuille de route pour

la réforme du paiement des prestataires (comme en Mongolie).

Ce rapport peut être élaboré dans le cadre de l'atelier #3 ou par une équipe plus restreinte comprenant des représentants du **Groupe de travail** et/ou de l'**Équipe analytique**.

Le TABLEAU 18 résume l'évaluation des options de réforme du paiement des prestataires en Mongolie.

[Leçons tirées des essais sur le terrain](#)
[From the Field Tests](#)

“ Le Groupe de travail est bien placé pour faire avancer le processus et superviser l'élaboration et la mise en œuvre des modifications de la politique de paiement des prestataires.”

“UNE FEUILLE DE ROUTE POUR L'AFFINAGE OU LA RÉFORME PEUT FOURNIR DES ORIENTATIONS CLAIRES SUR LES ÉTAPES ULTÉRIEURES. DES ORIENTATIONS CLAIRES SUR LES PROCHAINES ÉTAPES. IL FAUT PROFITER DE L'OCCASION POUR EN CRÉER UNE SI POSSIBLE.”

Formatiert: Schriftart: 10 Pt.

TABLEAU 18.
Évaluation des options de réforme en Mongolie

QU'EST-CE QUI FONCTIONNE BIEN ET QU'IL FAUT MAINTENIR ?	
Une combinaison équilibrée de modes de paiement qui se complètent les uns des autres	
QU'EST-CE QUI FONCTIONNE BIEN MAIS LA CONCEPTION ET/OU LA MISE EN ŒUVRE DEVRAIENT ÊTRE AMÉLIORÉES ?	
Plafond du budget global mutualisé	• Vers des plafonds budgétaires basés sur le volume
Capitation	• Améliorer les estimations de la population pour calculer le paiement par capitation
Ajustement des DRG selon le nombre de cas	• Affiner les groupes de cas pour le paiement par DRG afin de mieux saisir les variations dans la gravité et le coût des différentes catégories d' admissions et d' inclure des ajustements pour la comorbidité.
Ajustement géographique	• Élaborer une base technique pour l' ajustement géographique des paiements dans le cadre de tous les systèmes de paiement.
QU'EST-CE QUI NE FONCTIONNE PAS BIEN ET QUI DEVRAIT ÊTRE MODIFIÉ OU INTERROMPU ?	
Restrictions des postes budgétaires dans la planification, l' exécution et la gestion du budget total	
FACTEURS CONTEXTUELS	
La loi budgétaire et les règles de gestion des finances publiques	

IDENTIFIER LES FACTEURS CONTEXTUELS CLÉS

La conception, les modalités de mise en œuvre et les réponses des prestataires vis-à-vis des systèmes de paiement sont influencées par le contexte politique, juridique et des finances publiques. Ces facteurs contextuels doivent être pris en considération lors du choix des options de réforme et de l' élaboration d' une feuille de route (VOIR FIGURE 3).

Les facteurs contextuels se répartissent généralement en trois catégories :

• **Les facteurs centraux.** Ces facteurs sont au cœur du système de paiement des prestataires et doivent être traités directement par la réforme du paiement des prestataires ou par des mesures complémentaires immédiates. Par exemple, la capacité de tous les prestataires à fournir un ensemble de services de base est essentielle à la mise en œuvre du paiement par capitation. Les variations de capacité des prestataires doivent être traitées au moyen de mesures complémentaires, soit dans le cadre de la politique de paiement (par ex. soutien aux prestataires pour la mise en place de groupes

ou de réseaux de prestataires), soit dans le cadre de politiques complémentaires (par ex. investissements pour la mise à niveau de tous les prestataires de soins de santé primaires).

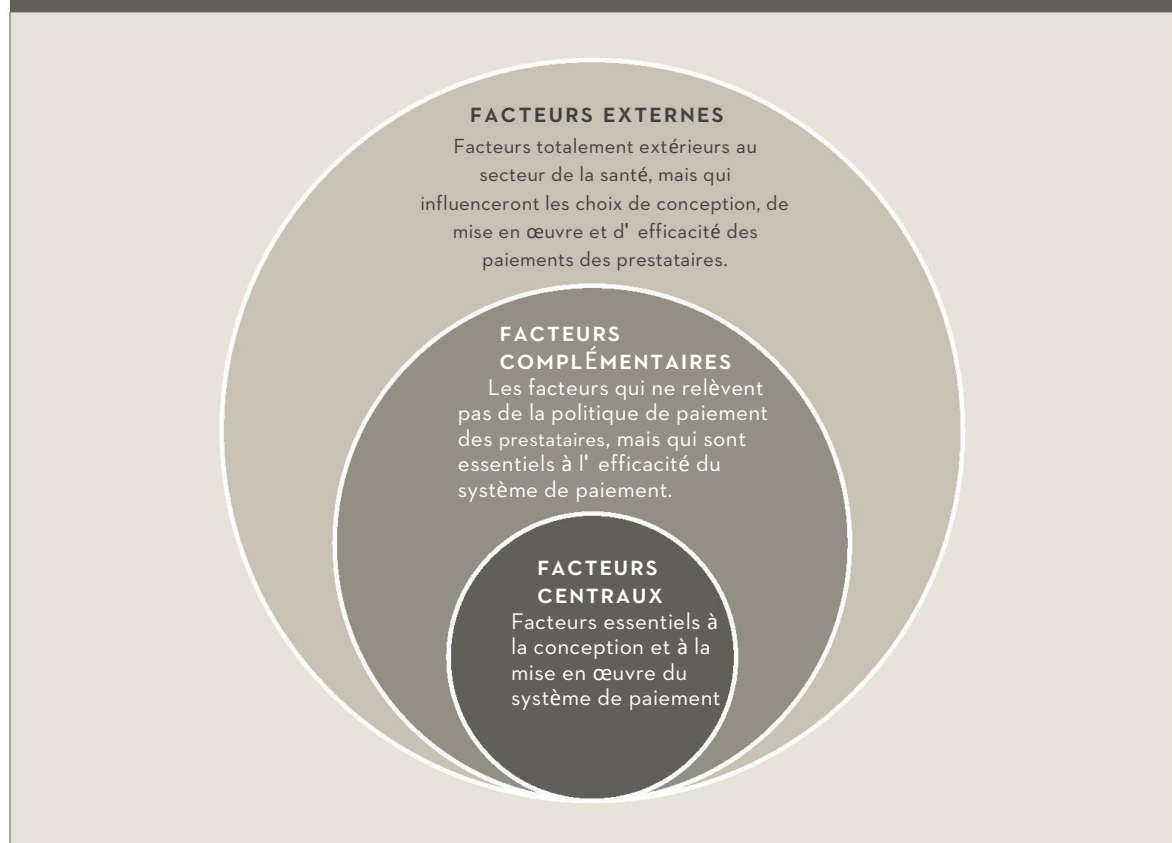
• **Les facteurs complémentaires.** Ces facteurs se situent en dehors de la sphère de la politique de paiement des prestataires, mais sont essentiels à l' efficacité du système de paiement pour atteindre les objectifs du système de santé à moyen terme. Par exemple, si le système en vigueur de gestion des finances publiques contient des rigidités qui rendent difficile le paiement des produits fournis par les prestataires, cela n' est pas directement régi par la politique de paiement des prestataires, mais limitera considérablement le choix de la méthode de paiement des prestataires. Des réformes complémentaires peuvent être nécessaires à moyen terme pour remédier à ces facteurs.

• **Les facteurs externes.** Certains facteurs totalement extérieurs au secteur de la santé influenceront les options de méthodes de paiement des prestataires, les choix de conception, la mise en œuvre et l' efficacité.

Par exemple, les politiques de la fonction publique sont extérieures à la politique de paiement des prestataires, mais elles affecteront grandement la conception du système de paiement si les salaires sont déterminés en dehors du secteur de la santé. Les facteurs centraux, complémentaires et externes seront différents pour chacun des pays et en fonction de la période à laquelle il se trouve. L' exercice d' évaluation doit permettre d' identifier des mesures ou des réformes complémentaires pour traiter les facteurs clés de chaque catégorie. Les facteurs politiques sont particulièrement importants à prendre en compte, surtout si les prestataires du secteur privé sont censés participer aux réformes des paiements des prestataires. L' exercice d' évaluation et la feuille de route de la réforme peuvent aider à identifier et à gérer les aspects politiques de la réforme.

L' ENCADRÉ 7 énumère les principaux facteurs contextuels qui ont joué un rôle important dans la politique de paiement des prestataires dans de nombreux pays.

FIGURE 3
Catégories de facteurs contextuels dans la politique de paiement des prestataires



ENCADRÉ 7 . Catégories de facteurs contextuels dans la politique de paiement des prestataires

Structure, capacité et organisation du système de santé :

- Autonomie/gouvernance des prestataires
- Structure du marché des prestataires
- Variation de la capacité des prestataires à fournir des services (urbain/rural, géographique, par type)
- Relations entre les secteurs public et privé (y compris la "double pratique", dans laquelle les agents de santé du secteur public travaillent également dans le privé)
- Nombre et répartition des prestataires (urbains/ruraux, géographiques, par type)
- Continuum des soins (en particulier le rôle des soins primaires)

Structure institutionnelle du financement de la santé :

- Dispositifs de mise en commun
- Structure institutionnelle de l'achat de soins de santé
- Conception de services essentiels ou de paquets de prestations

Environnement politique :

- Intérêts, pouvoir et relations des parties prenantes
- Présence et profil des champions
- Attentes de la population
- Attentes des prestataires en termes de revenus
- Calendrier et pression temporelle pour la mise en œuvre des réformes
- Dynamique des donateurs, processus de collaboration, fongibilité des fonds

Environnement économique :

- Espace fiscal et enveloppe budgétaire globale
- Répartition actuelle des dépenses de santé
- Investissement et allocation du capital

Autres politiques et institutions publiques :

- Finances publiques et système administratif
- Contraintes liées à la fonction publique
- Questions juridiques (y compris constitutionnelles)
- Réglementation et capacité d'application
- Centralisation/décentralisation
- Responsabilité, transparence et corruption

FEUILLE DE ROUTE POUR

LA RÉFORME DES DE PAIEMENT

DES PRESTATAIRES

La feuille de route facultative pour la réforme du paiement des prestataires peut présenter des étapes clés pour affiner et améliorer la combinaison de méthodes, la conception et

les modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires, ainsi que des étapes pour traiter les facteurs contextuels qui sont centraux ou complémentaires pour une mise en œuvre réussie de la politique de paiement des prestataires. La Mongolie a élaboré une feuille de route pour une réforme du paiement des prestataires,

qui constitue le résultat final de l'exercice d'évaluation. (VOIR ENCADRÉ 8). Le Viêt Nam s'est concentré sur la correction des problèmes fondamentaux du système de paiement par capitation. Le résultat final de l'évaluation a été une proposition de pilotage d'un nouveau modèle de paiement par capitation dans quatre provinces.

ENCADRÉ 8 .

Feuille de route de la Mongolie sur la réforme du paiement des prestataires

GRUPE DE
TRAVAIL
RÉSULTAT #5



ANNEXE A

MODÈLES DE RÉSULTATS DU GROUPE DE TRAVAIL

Les modèles suivants sont des modèles que le Groupe de travail peut utiliser pour structurer les résultats des ateliers au cours desquels il interprète les résultats de l'exercice d'évaluation des paiements des prestataires. Ces modèles sont basés sur les formats de résultats qui se sont avérés les plus utiles lors des tests sur le terrain en Mongolie et au Vietnam. Chaque pays doit adapter ces modèles à son propre contexte et aux objectifs de son exercice d'évaluation. Ils peuvent être téléchargés sur le site <http://bit.ly/1RUyYek> et personnalisés pour le pays concerné.

Objectifs de l' affinement ou de la réforme du paiement des prestataires			GROUPE DE TRAVAIL RÉSULTAT #1
BUTS PRIORITAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ	PRINCIPAUX DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ	RÔLE DU PAIEMENT DES PRESTATAIRES	OBJECTIFS DE L'AFFINEMENT OU DE LA REFORME DU PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Définir la portée de l'exercice d'évaluation

PORTÉE DE LA DIMENSION	OPTIONS	CE QU'IL FAUT INCLURE
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • Décideurs politiques • Acheteurs • Prestataires • Autres parties prenantes 	
Analyse quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des conséquences des systèmes actuels de paiement des prestataires • Relation entre les systèmes de paiement actuels et les buts du système sanitaire <p>Note : Dépend de la disponibilité des données</p>	
Types de prestataires	<p>Niveau de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire • Secondaire • Tertiaire <p>Type d'établissement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinique • Hôpital • Établissement spécialisé • Pharmacie <p>Propriétaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> •) Public (gouvernement) • Public (corporatisé) • Privé à but lucratif • Privé sans but lucratif 	
Géographie	<ul style="list-style-type: none"> • Régions géographiques • Urbain/rural 	
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Autres dimensions à prendre en compte dans l'exercice d'évaluation 	

Évaluation des systèmes actuels de paiement des prestataires

POINTS FORTS: *Traits de conception, modalités de mise en œuvre ou facteurs externes qui renforcent les incitations bénéfiques ou limitent les incitations perverses.*

Capitation	
Basé sur des cas	
Paiement à l'acte	
Budget global	
Budget par poste	
Autres	

POINTS FAIBLES: *Traits de conception, modalités de mise en œuvre ou facteurs externes qui limitent les incitations bénéfiques ou renforcent les incitations perverses.*

Capitation	
Basé sur des cas	
Paiement à l'acte	
Budget global	
Budget par poste	
Autres	

CONSÉQUENCES CLÉS: *Transparence et impartialité, équité, efficacité, accès, qualité, charge administrative, gestion des coûts.*

Capitation	
Basé sur des cas	
Paiement à l'acte	
Budget global	
Budget par poste	
Autres	

CONCLUSIONS SUR LA COMBINAISON DE MÉTHODES

IMPACT GLOBAL DES SYSTÈMES DE PAIEMENT ACTUELS SUR LES BUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Buts du système de santé	Effectivité des systèmes de paiement actuels

Recommandations pour affiner ou réformer les systèmes de paiement des prestataires

GROUPE DE TRAVAIL
RÉSULTAT #4

Qu'est-ce qui fonctionne bien dans la combinaison actuelle de méthodes, la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement et qu'il convient de préserver et/ou de renforcer ?

L'une ou l'autre des méthodes de paiement doit-elle être abandonnée parce qu'elle va, par nature, à l'encontre des buts du système sanitaire ?

D'autres modes de paiement devraient-ils être adoptés parce qu'ils sont, par nature, plus susceptibles de soutenir les buts du système sanitaire ?

Quels aspects de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de paiement peuvent-ils être améliorés à court et à long terme pour résoudre les problèmes prioritaires et soutenir les buts du système sanitaire ?

Quelles décisions politiques clés doivent être prises pour réaménager la conception et la mise en œuvre des systèmes de paiement actuels qui sont sous le contrôle des responsables politiques du secteur de la santé ?

Quels changements politiques complémentaires sont-ils nécessaires pour affiner ou réformer les systèmes de paiement des prestataires qui échappent au contrôle du secteur de la santé ?

Quels sont les facteurs externes qui auront un impact sur les options de renouvellement ou de réforme des systèmes de paiement des prestataires, et comment les gérer ?

Feuille de route pour la réforme

GROUPE DE TRAVAIL
RÉSULTAT #5

ROADMAP FEUILLE DE

ROUTELEMENTS

- **Mesures urgentes** pour corriger les défauts de conception ou améliorer les modalités de mise en œuvre
- **Mesures à plus long terme** pour améliorer la conception et les modalités de mise en œuvre des systèmes de paiement et la combinaison de méthodes
- **Systèmes d'appui et mesures complémentaires** pour améliorer les incitations et la mise en œuvre des systèmes de paiement
- **Facteurs contextuels** à prendre en compte ou à traiter pour améliorer les incitations et la mise en œuvre des systèmes de paiement
- **Processus** à mettre en œuvre pour prendre des décisions politiques et techniques permanentes afin d'affiner les systèmes de paiement à long terme.

MODÈLES DE RÉSULTATS POUR L'ÉQUIPE ANALYTIQUE

Les modèles de résultats suivants peuvent être adaptés et utilisés par l' **Équipe analytique** pour rassembler les données et informations de base, mener des entretiens, effectuer les principales tâches analytiques et présenter les informations au **Groupe de travail**. Ils se trouvent dans le **Manuel de l'Équipe analytique** qui l'accompagne et peuvent également être téléchargés sur le site <http://bit.ly/1RU5Yek>.

ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #1 : CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Buts du système de santé

Quels sont les buts déclarés du ministère de la santé ?
ministère de la santé ?

D'autres objectifs du système de santé ont-ils été
déclarés par le gouvernement et d'autres hauts
fonctionnaires ?

Si les données sont disponibles, quels progrès ont
été accomplis dans la réalisation de ces buts au
cours des 3 à 5 dernières années ?

Résumé des tendances du financement de la santé

Quelle a été l'évolution récente des dépenses totales
de santé par habitant ?

Les dépenses totales de santé ont-elles suivi la croissance
de l'économie ?

La part du gouvernement dans les dépenses totales de
santé a-t-elle augmenté ?

La part des dépenses directes dans les dépenses
totales de santé a-t-elle diminué ?

La priorité accordée à la santé dans les dépenses
publiques totales est-elle stable ou en augmentation ?

Modalités de mutualisation et d'achat

Quel est le degré de fragmentation des effets de la
mutualisation sur l'équité (nombre de groupes,
dépenses par personne dans les différents groupes ou
régimes de couverture, etc.)

Quel est le lien entre les accords de mutualisation et les
accords d'achat ?

Comment sont définis les services essentiels, les ensembles
de prestations et les politiques de copaiement ?

Organisation des services de santé

Quels sont les principaux problèmes ou défis
de la prestation des services de santé ?

Quel est le rôle joué par les prestataires du secteur
privé ?

Des prestataires privés peuvent-ils être engagés par
le(s) acheteur(s) public(s) ?

Principaux défis du secteur de la santé

Quels sont les trois défis les plus importants et les préoccupations
prioritaires auxquels le système de santé est confronté ?



ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT#2.

CARTOGRAPHIE DES ACHETEURS, DES PRESTATAIRES ET DES MODES DE PAIEMENT

TYPE DE PRESTATAIRE	ACHETEUR			
	MINISTÈRE DE LA SANTÉ	ACHETEUR PUBLIC	ACHETEUR PRIVÉ	AUTRES
Hôpital tertiaire	Publique			
	Privé			
Hôpital régional	Publique			
	Privé			
Hôpital local	Publique			
	Privé			
Clinique spécialisée externe clinique	Publique			
	Privé			
Centre de diagnostic	Publique			
	Privé			
Laboratoire	Publique			
	Privé			
Prestataire de soins primaires	Publique			
	Privé			
Pharmacie	Publique			
	Privé			



ÉQUIPE ANALYTIQUE RÉSULTAT #3.

CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DE CHAQUE SYSTÈME DE PAIEMENT

Méthode de paiement: _____		
	DESCRIPTION	NOTES SUR LES DOMAINES D'ACCORD/DÉSACCORD
Traits de conception		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		
Services inclus		
Éléments de coûts		
Entités contractantes		
Incitations basées sur la performance		
Modalités de mise en œuvre		
Relations institutionnelles		
Systèmes de soutien et politiques complémentaires		
Règles de gestion des finances publiques et les flux de fonds (détention de fonds, plafonds, dépassements et excédents)		
Relation avec la mutualisation		
Relation avec les services essentiels ou paquet de prestations		
Autres facteurs juridiques, réglementaires et politiques		



ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #4.

CONSÉQUENCES DES SYSTÈMES DE PAIEMENT

Méthode de paiement:		
Principaux points forts du système de paiement		
Principaux points faibles du système de paiement		
CONSÉQUENCES		NOTES SUR LES DOMAINES D'ACCORD/DÉSACCORD
Équité et impartialité		
Géographie	Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les zones géographiques (différentes régions, zones rurales/urbaines, zones reculées) ?	
Population	Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre des populations ayant des besoins de santé différents ?	
Prestataire	Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les prestataires ?	
Répartition des cas	Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les différents types de cas de gravité variable ?	
Efficacité		
Utilisation efficace des ressources	Le système de paiement aide-t-il les prestataires de soins et les établissements sanitaires à gérer leurs ressources de manière plus efficace ?	
Productivité	Le système de paiement encourage-t-il une plus grande productivité et/ou une réduction de l'absentéisme parmi le personnel de santé ?	
Utilisation excessive des services	Le système de paiement est-il avantageux ou plus rentable pour les prestataires/établissements de santé: <ul style="list-style-type: none"> – Offrir trop de services ? – Fournir des services de manière coûteuse ? – Augmenter les transferts inutiles ? 	
Retards de paiement	Le système de paiement contribue-t-il à des retards de paiement pour les prestataires/installations de santé ?	
Charge administrative	Le système de paiement est-il lourd à administrer ?	
Accès aux services		
Services au rabais	Le système de paiement permet-il aux prestataires/établissements de santé de fournir moins de services que nécessaire ou de léser sur les soins d'une autre manière, ce qui est bénéfique ou plus rentable ?	
Retards de service ou de traitement	Le système de paiement contribue-t-il à l'apparition de listes d'attente, de files d'attente ou d'autres obstacles à l'accès des patients aux services nécessaires ?	
Sélection des risques	Le système de paiement fait-il en sorte qu'il est avantageux ou plus rentable pour les prestataires/établissements de santé d'éviter les patients les plus malades ou les plus coûteux ?	

CONSÉQUENCES		NOTES SUR LES DOMAINES D'ACCORD/DÉSACCORD
Qualité et continuité des soins		
Qualité	Le système de paiement fait-il en sorte qu'il soit avantageux ou plus rentable pour les prestataires/établissements de santé de fournir des soins de meilleure qualité ?	
Équipes de prestataires	Le système de paiement encourage-t-il le personnel de santé à travailler plus étroitement en équipe ?	
Soins primaires	Le système de paiement fait-il en sorte qu'il est avantageux ou plus rentable que les soins de base soient dispensés au niveau primaire ?	
La prévention	Le système de paiement permet-il aux prestataires et aux établissements de santé de se concentrer sur la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques ?	
Réactivité	Le système de paiement permet-il aux prestataires/établissements de santé d'être à l'écoute des patients ?	
Viabilité financière		
Viabilité financière du prestataire	Le système de paiement aide-t-il les prestataires/établissements de santé à rester financièrement viables et à éviter les déficits ?	
Autonomie du prestataire	Le système de paiement contribue-t-il à accroître l'autonomie des prestataires/établissements de santé ?	
Maîtrise des coûts	Le système de paiement aide-t-il les dépenses totales du système de santé à rester dans les limites des ressources disponibles ?	
Conséquences involontaires		
Jeu ou comportement frauduleux	Le système de paiement encourage-t-il les jeux ou les comportements frauduleux ?	
Améliorations proposées pour la combinaison des modes de paiement		
Améliorations suggérées pour la conception et la mise en œuvre		
Capitation		
Basé sur des cas		
Paiement à l'acte		
Budget		
Autres		
suggérées pour la communication et l'échange d'informations entre les parties prenantes		
Autres suggestions d'amélioration		



ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #5.

L'ANALYSE DE LA COMBINAISON DES MÉTHODES DE PAIEMENT

Questions pour l'analyse de la combinaison actuelle des modes de paiement	
Appropriée aux questions prioritaires et aux buts du système de santé du pays	
La combinaison des méthodes de paiement crée-t-elle les incitations adéquates pour traiter les questions prioritaires et atteindre les buts du système de santé ?	
La combinaison des modes de paiement crée-t-elle des conséquences négatives trop difficiles à gérer ?	
Les méthodes se complètent et créent-elles un bon équilibre entre les incitations sans qu'il y ait de conflit entre elles ?	
Approprié à la capacité de l'acheteur et à l'autonomie et la capacité du prestataire	
La combinaison des méthodes de paiement correspond-elle à la capacité de l'acheteur à concevoir et à gérer des systèmes de paiement complexes ?	
La combinaison des méthodes de paiement correspond-elle à la flexibilité et à la capacité des prestataires à répondre aux incitations de paiement des prestataires ?	
Harmonisation avec les autres fonctions de financement de la santé et renforcement de celles-ci	
La combinaison des méthodes de paiement s'aligne-t-elle sur les accords de mutualisation et les renforce-t-elle ?	
La combinaison des modes de paiement est-elle conforme et renforce-t-elle la définition et l'accès aux services et avantages essentiels ?	
Limite les possibilités de jeux et de comportements frauduleux	
La combinaison des méthodes de paiement limite-t-elle les possibilités de jeu et les comportements frauduleux ?	
Facteurs contextuels appropriés à chaque pays	
Quels sont les principaux facteurs contextuels qui affectent la combinaison de méthodes de paiement qui seraient possibles et les plus efficaces pour le pays ?	
Comment la combinaison actuelle de méthodes de paiement prend-elle en compte ces facteurs ?	
Comment la combinaison actuelle des méthodes de paiement utilise-t-elle les facteurs contextuels avantageux et gère-t-elle les facteurs contextuels limitatifs ?	



ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #6.

ANALYSER LES TRAITES DE LA CONCEPTION DU SYSTÈME DE PAIEMENT ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

TRAITES DE LA CONCEPTION	QUESTIONS CLÉS OU REPÈRES (-Critères généraux : transparence, incitations cohérentes, fixation appropriée des taux)	ANALYSE ET LACUNES
Capitation		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		
Services inclus		
Éléments de coût		
Entités contractantes		
Basé sur des cas		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		
Services inclus		
Éléments de coût		
Entités contractantes		
Paiement à l'acte		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		
Services inclus		
Éléments de coût		
Entités contractantes		
Budget global		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		
Services inclus		
Éléments de coût		
Entités contractantes		
Budget par poste		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		

Services inclus		
Éléments de coût		
Entités contractantes		
Autres		
Base de paiement		
Coefficients d'ajustement		
Services inclus		
Éléments de coût		
Entités contractantes		

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	QUESTIONS CLÉS OU REPÈRES Critères généraux : conditions de fonctionnement du système de paiement, flexibilité des prestataires pour répondre aux incitations, équilibre des risques, qualité et responsabilité	ANALYSE
-----------------------------------	---	----------------

Capitation		
Relations institutionnelles		
Politiques complémentaires et systèmes de soutien		
Règles de gestion des finances publiques et flux de fonds		
Relation avec les accords de mutualisation		
Relation avec les services essentiels ou d'avantages sociaux		
Facteurs externes		

Basé sur des cas		
Relations institutionnelles		
Politiques complémentaires et systèmes de soutien		
Règles de gestion des finances publiques et flux de fonds		
Relation avec les accords de mutualisation		
Relation avec les services essentiels ou d'avantages sociaux		
Facteurs externes		

Paiement à l'acte		
Relations institutionnelles		
Politiques complémentaires et systèmes de soutien		
Règles de gestion des finances publiques et flux de fonds		
Relation avec les accords de mutualisation		

Relations avec les services essentiels ou d'avantages sociaux		
Facteurs externes		
Budget global		
Relations institutionnelles		
Politiques complémentaires et systèmes de soutien		
Règles de gestion des finances publiques et flux de fonds		
Relation avec les accords de mutualisation		
Relations avec les services essentiels ou les ensembles d'avantages sociaux		
Facteurs externes		

Budget par poste		
Relations institutionnelles		
Politiques complémentaires et systèmes de soutien		
Règles de gestion des finances publiques et flux de fonds		
Relation avec les accords de mutualisation		
Relations avec les services essentiels ou les ensembles d'avantages sociaux		
Facteurs externes		

Autre		
Relations institutionnelles		
Politiques complémentaires et systèmes de soutien		
Règles de gestion des finances publiques et flux de fonds		
Relation avec les accords de mutualisation		
Relations avec les services essentiels ou les ensembles d'avantages sociaux		
Facteurs externes		

 ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #7.

ANALYSE DES POINTS FORTS, DES POINTS FAIBLES ET DE L'IMPACT DES SYSTÈMES DE PAIEMENT ACTUELS

POINTS FORTS	
<i>Traits de conception, modalités de mise en œuvre ou facteurs externes qui renforcent les incitations bénéfiques ou limitent les incitations perverses</i>	
Capitation	
Basé sur des cas	
Paieement à l'acte	
Budget global	
Budget par poste	
Autre	
POINTS FAIBLES	
<i>Traits de conception, les modalités de mise en œuvre ou les facteurs externes qui affaiblissent les incitations bénéfiques ou renforcent les incitations perverses.</i>	
Capitation	
Basé sur des cas	
Paieement à l'acte	
Budget global	
Budget par poste	
Autre	
PRINCIPALES CONSÉQUENCES	
<i>Transparence et impartialité, équité, efficacité, qualité, jeux et comportements frauduleux, charge administrative, gestion des coûts</i>	
Capitation	
Basé sur des cas	
Paieement à l'acte	
Budget global	
Budget par poste	
Autre	
CONCLUSIONS GÉNÉRALES SUR LA COMBINAISON DE MÉTHODES	
IMPACT GLOBAL DES MÉTHODES DE PAIEMENT SUR LES BUTS DUSYSTEME DE SANTÉ	
But	Impact des systèmes de paiement actuels
	+/-/?
	+/-/?
	+/-/?
	+/-/?
	+/-/?
	+/-/?
	+/-/?

 ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #8.

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE L'ACHETEUR

QUESTIONS OU CRITÈRES CLÉS	NOTATION
<i>Planification stratégique, élaboration de politiques et gestion institutionnelle</i>	
<i>Gestion financière</i>	
<i>Traitement des données et technologies de l'information</i>	
<i>Contrôle des prestataires et assurance qualité</i>	



ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT #9.

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE LA CAPACITÉ DU PRESTATAIRE

DOMAINE DE L'AUTONOMIE	DEGRÉ D'AUTONOMIE DES DIFFÉRENTS TYPES DE PRESTATAIRES
Budgétisation et gestion financière	
Affectation interne des fonds	
Niveaux d'effectifs (composition du personnel, embauche, et licenciement)	
Rémunération du personnel (niveau de salaire et primes)	
Utilisation régulière d'entrées (types et quantités de médicaments et autres fournitures)	
Services offerts	
Actifs physiques	
Utilisation des revenus excédentaires	
Partenariats avec d'autres prestataires	
Autres	
DOMAINE DE CAPACITÉ	DEGRÉ D'AUTONOMIE DES DIFFÉRENTS TYPES DE PRESTATAIRES
Capacité HMIS	
Capacité de gestion	



ÉQUIPE ANALYTIQUE, RÉSULTAT#10.

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES POUR LA RÉFORME DES PAIEMENTS DES PRESTATAIRES

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES	NIVEAU DE VENTILATION													
	NATIONAL	AUTO-MATISE?	PROVIN-CIAL	AUTO-MATISE?	REGIONAL	AUTO-MATISE?	HÔPITAL	AUTO-MATISE?	DEPART-HOSPITALIER	AUTO-MATISE?	CENTRE DE SANTÉ	AUTO-MATISE?	PATIENT	AUTO-MATISE?
1. Données démographiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utilisation des services externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# et type de visites externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# et type de procédures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# et type de tests diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codage des diagnostics utilisé *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Activité hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# de décharges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codage des diagnostics utilisé *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# et type de procédures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# et type de tests diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Données financières et d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Budgets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments et fournitures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codage	OUI	AUTO-MATISE?	OUI	AUTO-MATISE?	OUI	AUTO-MATISE?	OUI	AUTO-MATISE?	OUI	AUTO-MATISE?	OUI	AUTO-MATISE?	OUI	AUTO-MATISE?
1. Identifiant unique du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Identifiant unique pour chaque prestataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Identifiant unique pour les installations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Codes des départements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ICD-9 codes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ICD-10 codes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* E.g., ICD-9, ICD-10, autres.

GLOSSAIRE

COEFFICIENT D'AJUSTEMENT. Coefficient appliqué au taux de paiement de base pour ajuster le paiement au coût de la satisfaction des besoins en services de santé de différents groupes de population ou aux différences de coût légitimes liées à des caractéristiques spécifiques du prestataire (par exemple, le fait d'être situé dans une Zone rurale ou éloignée ou de servir d'établissement d'enseignement secondaire).

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR. Nombre moyen de jours-lits (jours d'hospitalisation) pour chaque patient sortant de l'hôpital. La durée moyenne de séjour peut être calculée pour l'ensemble d'un établissement, d'un service ou d'une classification de groupe liée au diagnostic.

FACTURATION D'EQUILIBRE. Pratique consistant pour un prestataire de soins de santé à facturer à un patient la différence entre ce que l'acheteur accepte de payer pour le service et ce que le prestataire choisit de facturer.

TAUX DE BASE. Le taux de paiement moyen versé par l'acheteur au prestataire par unité de service, ensemble de services ou personne inscrite.

BASE DE PAIEMENT. L'unité primaire de paiement, les paramètres de paiement et la formule de calcul du paiement total à un prestataire.

JOURNÉE DE LITS. Journée durant laquelle un patient passe la nuit à l'hôpital. Également appelée *journée d'hospitalisation* ou *journée du patient*.

SYSTÈME DE PAIEMENT COMBINÉ. Un système de paiement qui combine des éléments de plusieurs méthodes de paiement afin de maximiser les incitations bénéfiques (et minimiser les incitations perverses) de chacune d'entre elles. Également appelé *système de paiement à modèle mixte*.

SYSTÈME DE PAIEMENT BUDGÉTAIREMENT NEUTRE. Un système de paiement qui calibre les taux de paiement de manière à ce que les paiements totaux aux prestataires (après application des pondérations et/ou ajustements) soit inférieur ou égal au budget total de l'acheteur.

PAIEMENTS DE SERVICES GROUPÉS. Allocation d'un paiement fixé à un prestataire de soins de santé pour couvrir l'ensemble des services, examens et procédures regroupés dans une unité agrégée plus élevée (par ex. un ensemble de services ou une sortie d'hôpital) plutôt que de payer chaque service individuel.

PAIEMENT PAR CAPITATION. Méthode de paiement dans laquelle tous les prestataires du système de paiement reçoivent un montant fixé prédéterminé pour fournir un ensemble défini de services à chaque personne inscrite auprès du prestataire pendant une période fixée. Également appelé *paiement au prestataire par tête*.

PAIEMENT PAR CAS. Méthode de paiement des hôpitaux qui verse aux hôpitaux un montant fixe par admission ou sortie en fonction du patient et des caractéristiques cliniques, qui peuvent inclure

le service d'admission, le diagnostic et d'autres facteurs. Le taux de paiement couvre tous les tests, procédures et autres services fournis pendant le séjour à l'hôpital. Si les cas sont regroupés en fonction du diagnostic, il s'agit d'une méthode de paiement par groupe de diagnostic (DRG).

GROUPE DE CAS. Un groupe de cas hospitaliers défini pour un système de paiement hospitalier basé sur les cas, qui comprend des cas présentant des caractéristiques cliniques similaires et qui nécessitent des ressources similaires pour diagnostiquer et traiter les cas ou pour achever une phase de gestion des cas.

CAS MIXTE. La complexité relative moyenne et l'intensité des ressources des services nécessaires pour diagnostiquer et traiter les patients dans un hôpital, en fonction du diagnostic, de la gravité de la maladie et de caractéristiques personnelles telles que l'âge.

DES MESURES COMPLÉMENTAIRES. Politiques ou activités mises en œuvre parallèlement à un système de paiement des prestataires afin d'améliorer le fonctionnement du système, de renforcer les incitations bénéfiques ou de minimiser les conséquences négatives. Les exemples incluent les systèmes de contrôle de la qualité, les incitations basées sur la performance et le plafonnement des paiements.

ENTITÉ CONTRACTANTE. Type de prestataire autorisé à recevoir un paiement dans le cadre du système de paiement.

COÛT. La valeur des ressources (entrées), exprimée en termes monétaires, utilisée pour produire un bien ou un service, réaliser une activité, ou encore pour faire face à une situation d'urgence.

MÉTHODES COMPTABLES DE COÛTS. Méthodes qui utilisent les principes comptables pour classer et mesurer tous les coûts encourus pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif.

ÉLÉMENT DE COÛT. Une entrée ou une ressource utilisée par les prestataires pour fournir des services de santé auxquels des coûts sont attachés. [services de santé auxquels sont attachés des coûts](#). Les éléments de coût comprennent les éléments de capital et les éléments récurrents.

DIAGNOSIS-RELATED GROUP (DRG). Classification des types de cas hospitaliers en groupes qui sont cliniquement similaires et dont on s'attend à ce qu'ils utilisent les mêmes ressources hospitalières. Les groupements sont basés sur des diagnostics et peuvent également inclure des procédures, l'âge, le sexe et la présence de complications ou de comorbidités. Les DRG sont un exemple de système de groupes de cas et de poids relatifs des cas. Voir aussi paiement des prestataires basé sur les cas.

PAIEMENT À L' ACTE DU PRESTATAIRE.. Méthode de paiement qui rémunère les prestataires pour chaque service individuel fourni. Les frais ou tarifs sont fixés à l' avance pour chaque service ou ensemble de services.

BARÈME DE FRAIS FIXES. La liste des frais ou des tarifs fixés à l' avance dans un système de paiement à l' acte.

CALCUL DES PAIEMENTS SUR BASE D' UNE FORMULE.

Calcul des paiements aux prestataires sur la base d' une formule mathématique transparente avec des paramètres prédéfinis plutôt que l' utilisation de tarifs fixés ou d' autres bases non fondées sur une formule.

ACCORD DE DÉTENTION DE FONDS. Il s' agit d' un accord par lequel le paiement à un prestataire couvre tout ou partie des coûts des services fournis par un ou plusieurs autres prestataires. Le prestataire qui détient le fonds assume le risque financier des services fournis par le(s) autre(s) prestataire(s).

PAIEMENT DU PRESTATAIRE PAR BUDGET GLOBAL.

Méthode de paiement qui alloue un montant fixé à un prestataire pour une période déterminée afin de couvrir l' ensemble des dépenses liées à la fourniture d' un ensemble de services convenu. Le budget peut être utilisé de manière flexible et n' est pas lié à des postes spécifiques pour les dépenses d' entrée (par exemple, le personnel, les médicaments, les services publics).

GROUPEUR. Un algorithme qui affecte les cas d' hospitalisation à des groupes auxquels sont associés des poids relatifs de cas afin de calculer la composition des cas ou les taux de paiement final pour chaque cas dans un système de paiement hospitalier basé sur les cas. Le grouper est généralement accompagné d' un programme informatique permettant d' exécuter automatiquement l' algorithme.

ACHETEUR DE SANTÉ. Une entité qui transfère des ressources de soins de santé mises en commun aux prestataires pour payer les biens, services et interventions de soins de santé couverts. Les acheteurs peuvent être des ministères de la santé, des caisses d' assurance sociale, des caisses d' assurance privées et d' autres entités qui gèrent des fonds de santé au nom de la population.

ACHAT DE SERVICES DE SANTÉ Allocation de ressources communes aux prestataires de soins de santé au nom de la population couverte pour payer les biens, services et interventions de soins de santé couverts.

INCENTIF. Un signal économique qui oriente les individus (par exemple, les travailleurs de la santé) ou les organisations (par exemple, les institutions prestataires de soins de santé) vers un comportement intéressé. Les incitations créées par un système de paiement des prestataires affecteront les décisions de ces derniers quant aux services qu' ils fournissent, à la manière dont ils les fournissent et à la combinaison d' intrants qu' ils utilisent pour les fournir.

ENTRÉE. Une ressource (*par exemple: le temps du personnel, les fournitures, l' équipement) qui est utilisée pour produire un bien ou un service, mener à bien une activité ou atteindre un objectif.

RELATIONS INSTITUTIONNELLES. Les règles formelles et informelles régissant les interactions entre et parmi les acheteurs, les prestataires, la population et les autres parties prenantes.

PAIEMENT DES PRESTATAIRES PAR LIGNE BUDGÉTAIRE

LINE-ITEM BUDGET PROVIDER PAYMENT. The allocation d' un montant fixé à un prestataire de soins de santé pour une période spécifiée afin de financer des coûts d' intrants spécifiques (par exemple, le personnel, les médicaments, les utilités). Location of a **SISTÈME DE PAIEMENT À MODÈLE MIXTE.** Voir *système de paiement* **SORTIE** Le résultat d' un processus de production d' un bien ou d' un service spécifique, mais sans les autres aspects médicaux, utilisés d' un service, une activité achevée ou un objectif atteint. Voir aussi *unité de service*.

TAUX DE PAQUET. Le taux de paiement pour un ensemble de services, tels qu' une opération chirurgicale et tous les services pré- et postopératoires connexes.

PLAFOND DE PAIEMENT. Limite des paiements totaux à un prestataire ou à un groupe de prestataires dans le cadre d' un système de paiement.

DÉFICIT DE PAIEMENT. Le montant par lequel le coût de la prestation de services dépasse le paiement à un prestataire.

EXCÉDENT DE PAIEMENT. Le montant par lequel le paiement à un prestataire dépasse le coût de la prestation de services.

PARAMÈTRES DU SYSTÈME DE PAIEMENT.

Les facteurs utilisés pour calculer les taux de paiement, tels que les poids relatifs des cas dans un système de paiement hospitalier basé sur les cas ou la population inscrite dans un système de paiement par capitation.

PAIEMENT DU PRESTATAIRE PAR TÊTE. Voir paiement par capitation.

PAIEMENT PER DIEM DU PRESTATAIRE. Méthode de paiement qui consiste à verser aux hôpitaux un montant fixe par jour d' hospitalisation pour chaque patient admis. Le taux journalier peut varier en fonction du service, du patient, des caractéristiques cliniques ou d' autres facteurs.

INCITATIONS BASÉES SUR LES PERFORMANCES.

Mesures qui récompensent une meilleure performance (ou pénalisent une mauvaise performance), soit financièrement, soit d' une autre manière. Les incitations basées sur la performance peuvent être incorporées dans tout système de paiement afin de renforcer les incitations bénéfiques ou de minimiser les incitations perverses dans le système de paiement.

PERSPECTIVE. Dans un exercice d' évaluation des paiements des prestataires, le(s) point(s) de vue à partir duquel (desquels) les systèmes de paiement sont évalués. Le point de vue peut être celui de l' acheteur, du prestataire, du patient et/ou de la société.

MUTUALISATION DES FONDS DE SOINS DE SANTÉ. Accumulation de fonds alloués au paiement des biens, services et interventions de soins de santé couverts pour la population couverte.

PRÉ- TEST. Une étude pilote, une étude de faisabilité ou une étude préliminaire à petite échelle qui teste la faisabilité de la méthodologie de l' exercice et améliore la qualité et l' efficience de l' exercice principal.

PAIEMENT PROSPECTIF. Système de paiement dans lequel les tarifs sont fixés à l' avance et/ou les prestataires sont payés avant que les services ne soient fournis.

AUTONOMIE DU PRESTATAIRE. Les droits d' un prestataire de soins de santé à prendre des décisions clés en matière de gestion, telles que celles relatives au personnel, aux salaires et aux primes, à l' utilisation d' autres intrants, aux actifs physiques, à la structure organisationnelle, à la composition de la production et à l' utilisation de l' excédent de revenus.

ÉVALUATION COMPARATIVE DES PRESTATAIRES.

Comparaison des performances des prestataires de soins de santé avec les performances moyennes ou avec celles des prestataires les plus performants, à l' aide d' indicateurs ou de mesures spécifiques.

PAIEMENT DE PRESTATAIRE. L' allocation de ressources à un prestataire de soins de santé pour fournir l' ensemble des biens, services et interventions de soins de santé couverts à la population couverte.

MÉTHODE DE PAIEMENT DU PRESTATAIRE.

La manière dont un acheteur paie les prestataires de soins de santé pour qu' ils fournissent un service ou un ensemble de services. Le mode de paiement des prestataires se définit principalement par l' unité de paiement. Voir également *unité de paiement*.

TAUX DE PAIEMENT DU PRESTATAIRE.

La somme d' argent qu' un acheteur paie à un prestataire pour fournir un service ou un ensemble de services dans le cadre du système de paiement.

SYSTÈME DE PAIEMENT DU PRESTATAIRE. Une ou plusieurs méthodes de paiement et tous les systèmes d' appui, tels que les mécanismes de passation de contrats et d' établissement de rapports, les systèmes d' information et les systèmes de gestion financière.

PSYSTÈME DE GESTION DES FINANCES PUBLIQUES BTFC FINANCIAL MANAGEMENT SYSTEM. Les règles régissant la création, le décaissement et le suivi des budgets publics **The rules governing how public budgets are created, disbursed, and tracked.**

FIXATION DES TARIFS.Le processus de détermination des taux de paiement des prestataires.

LES COÛTS RÉCURRENTS. Les ressources qui sont consommées en moins d' un an ou qui ont une durée de vie inférieure à un an et qui doivent être régulièrement remplacées. Également appelées *coûts d' exploitation*.

PONDÉRATION RELATIVE DES CAS.. Un coefficient appliqué au taux de base dans un système de paiement hospitalier basé sur les cas pour ajuster le paiement d' un cas à la hausse ou à la baisse afin de refléter le coût de traitement des cas d' un groupe particulier par rapport au coût moyen par cas pour l' ensemble des cas. Voir également *Cas mixte*.

COÛT RELATIF. Le coût d' un bien ou d' un service par rapport au coût d' autres biens et services exprimé en termes de d' un rapport entre deux coûts ou entre un coût et moyenne pondérée de tous les autres biens ou services disponibles.

PRIX RELATIF. Le prix d' un bien ou d' un service par rapport au prix d' autres biens et services exprimé en termes de rapport entre deux prix ou entre un prix et une valeur de référence et une moyenne pondérée de tous les autres biens ou services disponibles.

PORTÉE. Les paramètres d' un exercice d' évaluation des paiements des prestataires...Les dimensions de la portée comprennent la perspective, l' analyse quantitative, les types de prestataires, la géographie, etc,

COÛT UNITAIRE. Le coût encouru pour fournir un bien ou un service unique ou un ensemble de services (par exemple, un test de laboratoire ou une journée d' hospitalisation). Le coût moyen par bien ou service est le coût total de chaque bien ou service divisé par le nombre de biens ou de services fournis.

UNITÉ DE PAIEMENT. L' unité de production pour laquelle un prestataire de est payé selon la méthode de paiement - par service, par visite, par cas, par jour-lit ou par personne par an.

UNITÉ DE SERVICE. Unité de production de soins de santé hospitaliers ou externes (par exemple, jour-lit, sortie, visite, test de laboratoire, examen, intervention chirurgicale, prescription).

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE.

Accès garanti aux services de santé essentiels pour toute une population sans risque de difficultés financières ou d' appauvrissement.

Formatiert: Abstand Vor: 0 Pt., Zeilenabstand: Genau 12,65 Pt.

Formatiert: Abstand Vor: 0 Pt., Zeilenabstand: Genau 12,65 Pt.

BIBLIOGRAPHIE

- Apablaza, R., C. Pedraza, A. Roman, and N. Butala. "Changing Health Care Provider Incentives to Promote Prevention: The Chilean Case." *Harvard Health Policy Review*, Fall 2006. 7(2): 102-12.
- Berenson, R., and E. Rich. "US Approaches to Physician Payment: The Deconstruction of Primary Care." *Journal of General Internal Medicine*, 2010. 25(6): 613-18.
- Brantes, F., and J. Camillus. *Evidence-Informed Case Rates: A New Health Care Payment Model*. Commonwealth Fund, 2007.
- Busse, R., J. Figueras, R. Robinson, and E. Jakubowski. "Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends." *Healthcare Papers*, 2007. 8(Sp): 62-76.
- Cashin, C., B. Ankhbayar, T. Tsilaajav, O. Nanzad, G. Jamsran, and A. Somanathan. *Assessment of Systems for Paying Health Care Providers in Mongolia: Implications for Equity, Efficiency and Universal Health Coverage*. World Bank Group, 2015.
- Cashin, C., Y. Chi, P. Smith, M. Borowitz, and S. Thomson, eds. *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*. Berkshire, Eng., and NY: Open University Press, 2014.
- Figueras, J., R. Robinson, and E. Jakubowski, eds. *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Open University Press: 2005.
- Fuenzalida-Puelma, H., S. O'Dougherty, T. Evetovits, C. Cashin, G. Kacevicius, and M. McEuen. "Purchasing of Health Care Services." In J. Kutzin, C. Cashin, and M. Jakab, eds., *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. World Health Organization, 2010.
- Glazier, R., J. Klein-Geltink, A. Kopp, and L. Sibley. "Capitation and Enhanced Fee-for-Service Models for Primary Care Reform: A Population-Based Evaluation." *CMAJ*, 2009. 180: E72-E81.
- Goroll, A., R. Berenson, S. Schoenbaum, and L. Bardner. "Fundamental Reform of Payment for Adult Primary Care: Comprehensive Payment for Comprehensive Care." *Journal of General Internal Medicine*, 2007. 22: 83.
- Islam, M., ed. *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Submitted to USAID in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2007.
- Kringos, D., W. Boerma, E. Spaan, and M. Pellny. "A Snapshot of the Organization and Provision of Primary Care in Turkey." *BMC Health Services Research*, 2011. 11-90.
- Kutzin, J. "Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy." *Bulletin of the World Health Organization*, 2013. 91(8): 602-11.
- Langenbrunner, J., C. Cashin, and S. O'Dougherty, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*. Washington, D.C.: World Bank, 2009.
- Mathauer, I., and G. Carrin. "The Role of Institutional Design and Organizational Practice for Health Financing Performance and Universal Coverage." *Health Policy*, 2011. 99(3): 183-92.
- Mechanic, R. "Opportunities and Challenges for Episode-Based Payment." *New England Journal of Medicine*, 2011. 365: 777-79.
- Nguyen, P., O. Tran, P. Hoang, T. Tran, and C. Cashin. "Assessment of Systems for Paying Health Care Providers in Vietnam: Implications for Equity, Efficiency and Expanding Effective Health Coverage." *Global Public Health*, 2015.
- Özaltın, A., and C. Cashin, eds. *Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage, 2014.
- Paris, V., M. Devaux, and L. Wei. *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010. OECD Health Working Papers, No. 50.
- Schieber, G., C. Baeza, D. Kress, and M. Maier. "Financing Health Systems in the 21st Century." In Jamison, T., et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006.
- Struijs, J., and C. Baan. "Integrating Care Through Bundled Payments—Lessons from the Netherlands." *New England Journal of Medicine*, 2011. 364: 990-91.
- Tsiachristas, A., C. Dijkers, M. Boland, and M. Rutten-van Molken. "Exploring Payment Schemes Used to Promote Integrated Chronic Care in Europe." *Health Policy*, 2013. 113(3): 296-304.
- Tuggy, M., et al. "Primary Care Payment Reform: The Missing Link." *Annals of Family Medicine*, 2012. 10(5): 472-73.
- World Health Organization. OASIS: Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing (Excel Aid).

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Vous pouvez accéder à des ressources supplémentaires à l' adresse suivante
<http://bit.ly/1RUyYek>



Une version numérique du **Manuel de l'Equipe analytique** au format Microsoft Word, comprenant les outils d'entretien et les modèles de résultats de l' **Equipe analytique**.



Une version numérique des modèles de résultats du **Groupe de travail** en format Microsoft Word.



Des ressources provenant des exercices d'évaluation de la rémunération des prestataires en Mongolie et au Vietnam, y compris les ordres du jour des ateliers, les résultats du **Groupe de travail** et de l' **Equipe analytique**, ainsi que des rapports, des notes politiques et d' autres publications.



www.jointlearningnetwork.org