



**JOINT
LEARNING
NETWORK**
For Universal Health Coverage

Revisiter l'initiative technique
sur le financement de la santé
Efficacité collaborative

FAIRE DES CHOIX EXPLICITES SUR LA VOIE DE LA CSU : GUIDE DE RÉVISION DU PAQUET DE PRESTATIONS DE SANTÉ DE JLN



WORLD BANK GROUP



**JOINT
LEARNING
NETWORK**

For Universal Health Coverage

**Revisiter l'initiative technique
sur le financement de la santé**

Efficacité collaborative

FAIRE DES CHOIX EXPLICITES SUR LA VOIE DE LA CSU: GUIDE DE RÉVISION DU PAQUET DE PRESTATIONS DE SANTÉ DE JLN

Avis de non-responsabilité du guide de révision du paquet de prestations sanitaires

Ce guide a été produit par le Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture universelle de la santé (JLN), une plateforme d'apprentissage innovante où les praticiens et les décideurs politiques du monde entier développent conjointement des connaissances globales axées sur le "comment" pratique de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Pour toute question ou demande de renseignements concernant ce manuel ou d'autres activités du JLN, veuillez contacter le JLN à l'adresse : jlnc@worldbank.org.

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale, de son Conseil d'administration ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans cet ouvrage. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations figurant sur les cartes de cet ouvrage n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale quant au statut juridique d'un territoire, ni l'approbation ou l'acceptation de ces frontières. Rien dans le présent document ne constitue ou ne peut être considéré comme une limitation ou une renonciation aux privilèges et immunités de la Banque mondiale, qui sont tous spécifiquement réservés.

Les résultats, interprétations et conclusions des contributeurs nationaux ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'organisation, des institutions ou des gouvernements qu'ils représentent.

Droits et autorisations

Cet ouvrage est placé sous la licence Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0). Pour consulter une copie de cette licence, visitez le site <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>.

Le contenu de ce document peut être librement utilisé et adapté conformément à cette licence, à condition qu'il soit accompagné de la mention suivante: *Faire des choix explicites sur la voie de la CSU - le Guide de révision du paquet de prestations de santé JLN*, Copyright © 2022, Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture universelle de la santé, Initiative internationale d'aide à la décision (iDSI), Groupe de la Banque mondiale.

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

Remerciements

Le guide de révision du HBP a été coproduit avec les pays ci-dessous, membres de l'Efficiencia collaborative du JLN, et facilité par l'équipe technique de l'Efficiencia collaborative du Réseau d'apprentissage conjoint.

ÉDITEUR TECHNIQUE

Rob Baltussen, Leon Bijlmakers, Srobana Ghosh, Jip Janssen, Pete Baker, Javier Guzman et Y Ling Chi

PAYS CONTRIBUTEURS

Bangladesh

Subrata Paul, Ministère de la santé et du bien-être familial.
Md. Samiul Huda, Ministère de la santé et du bien-être familial.

Éthiopie

Alemayehu Hailu, Université de Bergen.
Mideksa Adugna, ministère de la Santé.

Ghana

Ruby Mensah, Autorité nationale d'assurance maladie.
Vivian Addo-Cobbiah, Autorité nationale d'assurance maladie.

Inde

Sudha Chandrashekar, Autorité sanitaire nationale.
Shankar Prinja, Autorité nationale de santé.

Indonésie

Ali Ghufron Mukti, BPJSK.
Citra Jaya, BPJSK.

Kenya

Dr Samson Kuhora, Fonds national d'assurance sanitaire.
Isabel Maina, Ministère de la santé.

Laos

Dr. Viengsavanh Phanmanivong, ministère de la santé.
Chanhsy Samavong, Banque mondiale.

Malaisie

Rozita Hussein, Ministère de la santé.
Izzanie Bt Mohamed Razif, Ministère de la Santé.

Mongolie

Oyuntsetseg Purev, Ministère de la santé.
Munkhtsetseg Byambaa, Ministère de la Santé

Nigéria

Nneka Orji, ministère fédéral de la santé.
Oritseyemi Ogbe, Développement national des soins de santé primaires.

Philippines

Laurita Mendoza, Ministère de la santé.
Paulus Magnus Bacud, PhilHealth.

Afrique du Sud

Jeanne Marie Tucker.

Soudan

Mohamed Musa
Mohamed Musa
Nguyen Khanh Phuong, Institut de stratégie et de politique sanitaires.

Vietnam

Phung Lam Toi, Ministère de la santé.

Autres pays contributeurs au Guide de révision du HBP : Md. Abul Bashar Sarker, Md. Anwar Sadat du Bangladesh ; Mizan Kiro, Muluken Argaw d'Éthiopie ; Lydia Dsane-Selby et Titus Sorey du Ghana ; Abha Mehndiratta de l'Inde ; Atikah Adyas, Gregorius Virgianto, Wahyu Nugraheni et Eka Yoshida Syofian d'Indonésie ; Esther Wabuge, du Kenya ; Viravong Viengxay, du Laos ; Yussni Binti Aris, Nor Zam Azihan Mohd Hassan, Dr Roza Sarimin, Nur Sufiza Ahmad, de Malaisie ; Batbayar Ankhbayar, de Mongolie;

Kurfi Abubaker du Nigéria, Merla Rose Reyes des Philippines, Mark Blecher d'Afrique du Sud et Nguyen Lan Huong du Vietnam.

L'équipe de l'initiative technique "Revoir le financement de la santé" tient à remercier les groupes nationaux de base dans les pays du JLN, ainsi que le groupe de pilotage du JLN pour son soutien continu à l'initiative "Tirer parti des ressources existantes pour la santé", c'est-à-dire "l'efficiencia", qui constitue une priorité technique très élevée pour le JLN.

Les membres de l'équipe de direction du HNP de la Banque mondiale ont apporté de précieuses contributions et des conseils techniques à tous les stades de cette collaboration, de la conceptualisation à l'examen du produit final. L'équipe de facilitation technique souhaite remercier tout particulièrement David Wilson pour avoir gracieusement présidé un vaste processus d'examen par les pairs et pour les contributions de Reem Hafez (économiste principal, Santé) ; Lung Vu (spécialiste de la santé) et Nicole Fraser-Hurt (consultante) de la Banque mondiale, les pairs évaluateurs qui ont généreusement consacré du temps et des efforts à l'examen approfondi et réfléchi, aux commentaires et à la mise au point de l'objectif, de la portée, du contenu et de la présentation de ce document. Les collaborateurs de ce travail, le Center for Global Development (CGD), ont également fait appel à plusieurs autres réviseurs externes, à savoir Ursula Giedion (coordinatrice du réseau régional de la BID sur l'établissement des priorités et la conception des paquets de prestations), Andres Pichon-Riviere (directeur du département d'évaluation des technologies de la santé et d'économie de la santé - centre de collaboration OMS/OPS) et Lumbwe Chola (conseiller principal à la division des services de santé, Institut norvégien de santé publique), qui ont également apporté un point de vue précieux et des outils significatifs au Guide.

Ce Guide n'aurait pu être coproduit sans la coopération financière du gouvernement japonais, de la Fondation Rockefeller, de la Fondation Bill et Melinda Gates et d'Australian Aid, dont le concours est chaleureusement apprécié. L'International Decision Support Initiative (iDSI), représentée par le Centre pour le développement mondial (CGD), a été le partenaire technique de la Banque mondiale pour la facilitation de cet Efficiencia collaborative, et a apporté à ce travail, grâce à la richesse de ses membres et à son expertise dans le domaine, une perspective, des ressources, une direction et des conseils inestimables. Le Management Sciences for Health (MSH), gestionnaire du réseau JLN, mérite d'être remercié pour le soutien continu qu'il a apporté à ce travail et pour sa perspective externe très précieuse.

Nous remercions également les points focaux JLN de la Banque mondiale du Bangladesh, de l'Éthiopie, du Ghana, de l'Inde, de l'Indonésie, du Kenya, du Laos, de la Malaisie, de la Mongolie, du Nigéria, des Philippines, d'Afrique du Sud et du Viêt Nam, qui ont facilité et encouragé ce travail.

L'équipe technique du Guide de Révision du HBP est issue d'un partenariat entre la Banque Mondiale et l'iDSI. L'équipe de facilitation technique était dirigée par Javier Guzman du CGD et Somil Nagpal de la Banque mondiale, et comprenait Pete Baker, Y-Ling Chi et Srobana Ghosh du Centre pour le développement mondial ; Rob Baltussen, Leon Bijlmakers et Jip Janssen de Radboudumc ; et Naina Ahluwalia de la Banque mondiale. L'édition, la visualisation des données, la mise en page et la production ont été assurées par Indra Irnawan. Annie Milanzi est sincèrement remerciée pour son soutien administratif.

SOMMAIRE

Remerciements	v
Résumé exécutif	x
Chapitre 1 : Introduction	1
Chapitre 2 : Expériences des membres de l’ECE sur la révision du HBP	3
Focus sur le Bangladesh : Définir le HBP pour Shasthyo Surokhsha Karmasuchi (SSK)	5
Chapitre 3 : Que faut-il retenir de la révision du HBP ?	7
Focus sur le Viêt Nam : Examen rapide des interventions (coûteuses) inefficaces	8
Chapitre 4: Comment organiser le processus de révision du HBP?	11
Focus sur le Pakistan A : Participation des parties prenantes	13
Focus sur l’Éthiopie A : Révision de tout le paquet	14
Focus sur le Pakistan B : Compilation de fiches de synthèse des preuves à l’usage des Comités Consultatifs	15
Focus sur le Ghana A : Directives de traitement standard et décisions de remboursement	17
Focus sur le Kenya : Achat stratégique de services de santé	17
Focus sur le Soudan : Dispositions pour l’institutionnalisation du paquet des services	18
Focus sur l’Inde : Les gouvernements des États adaptent le paquet de prestations de santé au niveau fédéral	19
Chapitre 5 : Quelle approche analytique convient-elle mieux aux défis locaux ?	21
Focus sur le Ghana B : Assurer la durabilité financière lors de la révision du paquet de prestations de soins de santé	22
Focus sur l’Indonésie A : Maîtriser les déficits financiers devenus des excédents inattendus	22
Focus sur l’Iran : Révision du paquet de prestations de santé en fonction du groupe d’appartenance	23
Focus sur la Thaïlande : Analyse incrémentale de la dialyse au stade terminal de l’insuffisance rénale	24
Focus sur la Mongolie : Réforme du financement de la santé	26
Focus sur l’Indonésie B : Fusion de plusieurs régimes d’assurance sanitaire	26
Focus sur l’Afrique du Sud A : Une architecture de données pour un paquet de prestations d’une assurance de santé nationale émergente	27
Focus sur l’Afrique du Sud B : Transparence dans l’élaboration du Cadre des prestations de services de la NHI	27
Chapitre 6 : Quelles données et preuves faut-il utiliser dans la révision du HBP ?	29
Focus sur le Chili : Mise à jour du paquet AUGÉ au Chili	29
Focus sur la Malaisie : Collecte de données pour l’estimation des besoins de santé et le suivi de l’utilisation des services	31
Focus sur le Ghana C : Estimation des taux d’utilisation	32
Focus sur l’Éthiopie B : Évaluation de l’équité dans l’EHSP éthiopien à l’aide de la méthode Delphi	33
Focus sur le Pakistan C : Révision de la totalité du dispositif	36
Focus sur l’Éthiopie C : Projections de la marge de manœuvre budgétaire	37
Chapitre 7 : Comment engager un dialogue politique fructueux avec les autorités financières ?	39
Chapitre 8 : Conclusion	43
Références	44

Annexes

Annexe 1	Enquête du réseau JLN Efficacité Collaborative auprès des membres	49
Annexe 2	Réponse à l'enquête	51
Annexe 3	Exemples de pays inclus dans ce rapport	52

Liste des encadrés, figures et tableaux

Encadrés	Principaux types de données et de preuves pour le processus de révision d'un HBP	30
Encadré 6.1		
Figures		
Figure 2.1	Délai de conception initiale et de révision du HBP par pays	4
Figure 2.2	Raisons de révision du HBP invoquées par les pays	5
Figure 4.1	Étapes du processus de conception et de révision d'un HBP	11
Figure 6.1	Avantages de l'utilisation de données et de preuves	30
Tableaux		
Tableau 2.1	Caractéristiques des pays membres de l'EC 2019	3
Tableau 3.1	Cinq principes pour la révision d'un HBP	7
Tableau 4.1	Critères pour la conception et/ou la révision d'un HBP	14

Glossaire

Analyse actuarielle (appliquée au HBP)	L'application de méthodes mathématiques et statistiques pour faire des prévisions éclairées sur l'utilisation du 'HBP et les informations financières tout en reconnaissant les sources de risques et d'incertitude. ¹
Analyse d'impact budgétaire(BIA)	Analyse utilisée pour estimer le changement probable des dépenses pour un titulaire de budget spécifique résultant d'une décision de rembourser un nouveau service de soins de santé ou d'un autre changement de politique à un niveau de population agrégé. ²
Analyse coût-efficacité (CEA)	Méthodologies de mesure et d'évaluation des ressources pour le calcul du coût des services de santé. Elles incluent, entre autres, la comptabilité par activités, la comptabilité moyenne, la comptabilité nominale et la comptabilité standard. ⁴
Méthode de calcul des coûts Étude de coûts	Méthodologies de mesure et d'évaluation des ressources pour le calcul du coût des services de santé. Elles incluent, entre autres, la comptabilité par activités, la comptabilité moyenne, la comptabilité nominale et la comptabilité standard. ⁴ La collecte de données sur les coûts qui peuvent être utilisées pour informer la politique et fixer les taux. ⁴
Système de coûts	Le processus de collecte et de vérification des données sur les coûts, le stade de développement du système de remboursement et la réglementation relative à la méthode de calcul des coûts utilisée. ⁴
Éviction ou déplacement des prestations de santé	L'expansion d'un HBP avec des services peu prioritaires peut induire une réduction des dépenses pour les services hautement prioritaires existants. Cela peut se traduire par des pénuries de personnel et/ou de matériel et, en fin de compte, la qualité des soins, créer des listes d'attente ou même conduire à l'indisponibilité de ces derniers services.
Délibérations	L'examen critique d'une question impliquant l'évaluation des raisons pour et contre une ligne de conduite qui implique généralement un groupe de personnes représentant différentes parties prenantes. ⁵
Méthode Delphi	Une technique ou une méthode de communication structurée pour rassembler systématiquement les avis d'experts. ⁶
Année de vie ajustée en fonction de l'incapacité (DALY)	Mesure temporelle qui combine les années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée et les années de vie perdues en raison du temps passé dans un état de santé imparfait, ou les années de vie en bonne santé perdues en raison d'une incapacité. Chaque année de vie ajustée de l'incapacité (DALY) représente la perte équivalente à une année de pleine santé. ⁷
Charge de morbidité	L'impact d'un problème de santé mesuré par le coût financier, la mortalité, la morbidité ou d'autres indicateurs. ⁸ Il est souvent quantifié en termes d'années de vie ajustées sur la qualité (QALY) ou d'année de vie ajustée en fonction de l'incapacité (DALY).
Désinvestissement	Processus de retrait partiel ou total des ressources de santé de toute pratique, procédure, technologie ou produit pharmaceutique existant qui est considéré comme n'apportant que peu ou pas de gain de santé par rapport à son coût et ne constitue donc pas une allocation efficace des ressources de santé. ⁹
Équité	Par équité en matière de santé, on entend l'équité dans la répartition de la santé entre les individus et elle est ancrée dans les principes éthiques de la justice distributive : son application reconnaît l'importance non seulement de maximiser les gains sur le plan sanitaire, mais aussi de parvenir à une répartition équitable de ces gains. ¹⁰
Processus délibératifs fondés sur des données probantes (EDP)	Une approche pour guider la prise de décision légitime basée sur la délibération entre les parties prenantes afin d'identifier, de réfléchir et d'apprendre sur la signification et l'importance des valeurs, en s'appuyant sur des données probantes sur ces valeurs. ¹¹
Paquet explicite de prestations de santé	Paquet de services de santé bien définis et abordables mis à la disposition d'une population. Bien défini signifie que l'on sait clairement qui a droit à quel type de services. Abordable signifie que des ressources financières, humaines et matérielles suffisantes sont disponibles pour fournir tous les services de santé inclus aux niveaux d'assurance souhaités.
Protection contre les risques financiers	Prévention des dépenses de santé catastrophiques d'une personne ou d'un ménage. ¹²
Espace fiscal	Marge dans le budget d'un gouvernement qui lui permet de fournir des ressources pour un objectif souhaité, tel qu'une révision du régime HBP, sans compromettre la viabilité de sa situation financière ou la stabilité de l'économie. ¹³
Projection de l'espace fiscal	Prévoir l'évolution attendue de l'espace fiscal nécessaire sur une période donnée en utilisant diverses méthodologies.
Paquet de prestations de santé (HBP)	La sélection des services de santé qui sont fournis, à un certain niveau de couverture des coûts et de la population.

Révision du paquet de prestations de santé	Le processus d'évaluation et de mise à jour du HBP en termes de couverture des services, des populations et des coûts, ainsi qu'en termes de mécanismes de mise en œuvre, à travers la révision soit de la totalité du paquet, soit d'un paquet partiel, soit de services individuels.
Dialogue sur la politique de santé	Une discussion, idéalement entre un large éventail de parties prenantes, au sein et en dehors du gouvernement, y compris les organisations de la société civile, le secteur privé, les professionnels de la santé et les universitaires, au sein du secteur de la santé et d'autres secteurs, ce qui est essentiel pour accroître la probabilité que les politiques, stratégies et plans nationaux soient conçus et mis en œuvre de manière appropriée et produisent les résultats escomptés. ¹⁴
Évaluation des technologies de la santé (HTA)	Un processus multidisciplinaire qui utilise des méthodes explicites afin de déterminer la valeur d'une technologie de santé à différents moments de son cycle de vie. L'objectif est d'éclairer la prise de décision afin de promouvoir un système de santé équitable, efficace et de haute qualité. ¹⁵
Paquet implicite de prestations de santé	Une forme du HBP difficile à mettre en œuvre dans la pratique parce que i) les services ne sont pas bien spécifiés, ce qui peut susciter des doutes sur les droits précis des personnes, et/ou ii) le paquet dans son ensemble est ambitieux, ce qui signifie qu'il n'est pas certain que des ressources financières, humaines et matérielles suffisantes soient disponibles afin de fournir tous les services de santé inclus aux niveaux de couverture souhaités.
Rationnement implicite	Manque d'accès aux services dû à des restrictions de capacité.
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'une maladie au cours d'une période donnée. ¹⁶
Ratio coût-efficacité différentiel (ICER)	Mesure sommaire représentant la valeur économique d'une intervention par rapport à une alternative (comparateur). ¹⁷
Institutionnalisation	Intégration de certaines règles et normes, ainsi que des actions et processus associés, au sein d'un système de santé. ¹⁸
Analyse décisionnelle multicritères (MCDA)	Un terme générique pour décrire un ensemble d'approches formelles qui cherchent à prendre en compte de manière explicite des critères multiples afin d'aider les individus ou les groupes à explorer les décisions pertinentes. ¹⁹
Étude de coûts multisites	Analyses des données sur les coûts et le volume des services recueillies auprès d'un échantillon de sites de prestation de soins de santé. ²⁰
Liste positive et négative du HBP	Une liste positive comprend les services inclus dans le HBP. Une liste négative indique les services qui sont exclus du HBP.
Prévalence	Il s'agit de la proportion de personnes d'une population qui présentent une maladie ou un attribut particulier à un moment donné ou sur une période de temps donnée. ²¹
Année de vie ajustée en fonction de la qualité (QALY)	Une mesure de la santé qui reflète la qualité de vie. Chaque année, un QALY correspond à une année de vie en parfaite santé. Les QALY sont calculés en estimant le nombre d'années de vie restantes pour un patient à la suite d'un traitement ou d'une intervention donnés et en pondérant chaque année par un score de qualité de vie (sur une échelle de 0 à 1). ²²
Cas de référence	Résume les orientations relatives à la planification, à la conduite et à la communication des évaluations économiques. ²³
Partie prenante	Une personne, un groupe ou une organisation qui a des intérêts ou des préoccupations concernant un sujet particulier (p. ex. la composition d'un ensemble de prestations de santé).
Participation de la partie prenante	Processus itératif consistant à solliciter activement les connaissances, l'expérience, le jugement et les valeurs de personnes sélectionnées afin de représenter un large éventail d'intérêts directs dans un domaine particulier, dans le double but de créer une compréhension commune et de prendre des décisions pertinentes, transparentes et efficaces. ²⁴
Couverture Sanitaire Universelle (CSU)	Une situation dans laquelle tous les individus ont accès aux services de santé nécessaires (y compris la prévention, la promotion, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs) d'une qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à la précarité financière. ²⁵
Besoins non couverts	Une condition pour laquelle il n'existe pas de méthode satisfaisante de diagnostic, de prévention ou de traitement. ²⁶
Usage	Utilisation des services dans le cadre du HBP.

* Ce glossaire reprend les définitions de sources internationales reconnues, dans la mesure où elles sont disponibles. Dans d'autres cas, les définitions sont élaborées par les auteurs.

Résumé exécutif

Bon nombre de pays dans le monde s'efforcent de parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU) afin de fournir à leurs populations les services de santé dont elles ont besoin sans que cela n'entraîne de difficultés financières. Un paquet de prestations de santé (PPSS) est un instrument politique central permettant aux pays d'atteindre cet objectif, car il définit la couverture des services, la proportion des coûts qui sont pris en charge et les personnes qui peuvent bénéficier de ces services. Ces HBP peuvent guider à la fois la prestation des soins et l'allocation des ressources associées, y compris les ressources humaines, la rémunération des prestataires, l'approvisionnement et la budgétisation. Les HBP aident essentiellement les pays à prendre des engagements vis-à-vis de leurs populations en termes de services que les citoyens peuvent espérer voir couverts.

Une fois élaboré et mis en œuvre, le HBP ne doit pas être statique. Il doit s'agir d'un instrument vivant qui doit être régulièrement révisé afin de s'adapter à l'évolution des besoins sanitaires, tels que l'évolution de la charge de morbidité, la fluctuation des budgets et l'émergence de nouveaux services, et pour pallier aux difficultés de mise en œuvre. Les révisions permettent de s'assurer que le paquet est à jour et fourni de manière appropriée et de veiller à ce que les ressources disponibles soient utilisées de manière efficace et judicieuse. Cependant, une étude récente des HBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) montre que la plupart des paquets n'ont pas été révisés de manière substantielle.

Ce guide aide les pays à faible revenu à réviser leur HBP et a été développé sur la base de l'expérience de 18 pays à travers le monde,^a dont la plupart sont représentés au sein du Réseau d'apprentissage conjoint "Efficacité collaborative" (Joint Learning Network Efficiency Collaborative - JLNEC). Ce guide est le fruit d'une collaboration entre des facilitateurs de Radboudumc, du Center for Global Development (dans le cadre de l'Initiative internationale d'aide à la décision - iDSI) et de la Banque mondiale, et d'une contribution de praticiens nationaux représentant 14 pays du JLN EC. Les expériences nationales ont été recueillies par le biais d'un processus d'engagements multiples : (i) une enquête auprès du personnel technique et des décideurs impliqués dans la gestion des HBP dans 14 PRFM d'Afrique et d'Asie, (ii) des entretiens semi-structurés dans 11 de ces pays, (iii) un atelier en Inde avec plusieurs membres de l'EC afin d'obtenir de plus amples informations sur leur processus de révision des HBP, (iv) la soumission des expériences documentées par les divers pays, et (v) une revue de la littérature.

Nous définissons la révision du HBP comme le processus d'évaluation et de mise à jour de son paquet de prestations en termes de couverture des services (par ex. les droits), de coût ou de taux, de bénéficiaires, et des mécanismes de mise en œuvre. Bien que nous soyons conscients des grands défis que pose la mise en œuvre du HBP, ce guide se focalise sur les premières activités, en particulier sur la manière dont les pays peuvent réviser au mieux leur HBP en termes de couverture des services.

Ce guide est organisé autour des six grandes questions ci-après et des chapitres qui y correspondent.

Quelles sont les expériences des pays en matière de révision des HBP ? (chapitre 2)

Les résultats de l'enquête et des entretiens révèlent une grande diversité d'expériences dans l'élaboration, la mise en œuvre et la révision du HBP d'un pays à l'autre. Les révisions du HBP sont rares et peu de pays ont mis en place des processus et des structures pour réviser périodiquement leur paquet. Les membres de l'EC ont développé et révisé leurs régimes HBP à différents moments, mais tous ont rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre. Ces difficultés sont souvent liées à une prise en compte insuffisante des contraintes financières, humaines et infrastructurelles.

Qu'est-ce qui est important dans la révision du HBP ? (chapitre 3)

Nous avons identifié cinq principes pour la révision du HBP : La révision du HBP doit être considérée comme un processus évolutif ; il faut viser la couverture universelle des services prioritaires existants avant d'étendre le paquet ; il faut désinvestir des services de faible valeur ; il faut s'assurer que les révisions du paquet sont chiffrées, qu'elles respectent le budget et qu'elles disposent de ressources appropriées ; il faut institutionnaliser les révisions périodiques afin d'aider à rester sur la voie de la CSU.

^a Il s'agit de 14 pays du JLN (Afrique du Sud, Bangladesh, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Laos, Malaisie, Mongolie, Nigeria, Philippines, Soudan, Vietnam) et de quatre pays cités dans la littérature (Chili, Iran, Pakistan, Thaïlande)

Comment organiser le processus de révision du HBP ? (chapitre 4)

Les travaux analytiques visant à soutenir la révision du HBP ont traditionnellement mis l'accent sur la collecte de données probantes, p. ex. pour démontrer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des services. Toutefois, il est de plus en plus reconnu que la révision du HBP nécessite un processus délibératif rigoureux et transparent, fondé sur des données probantes, faisant pleinement usage des données probantes d'une part, et reposant sur la délibération des parties prenantes afin de prendre en compte les valeurs sociétales importantes d'autre part. Un tel processus permet aux décideurs de justifier une décision et les compromis effectués, conduit à la prise de décisions qui ont plus de chances d'être perçues comme équitables par les parties prenantes, et augmente l'adhésion au HBP et donc la probabilité d'une mise en œuvre et d'un financement réussis. Ce guide propose un processus décisionnel pour la révision du HBP en neuf étapes : prendre des dispositions préparatoires, mettre en place un comité consultatif, sélectionner les services à évaluer et choisir une approche appropriée pour la révision, définir des critères de décision pour la hiérarchisation des services, collecter des preuves sur les critères de décision, hiérarchiser les services, développer le HBP en tant que plan applicable, établir des mécanismes de communication et de recours et assurer le suivi et l'évaluation.

Quelle approche analytique correspond-elle le mieux aux défis locaux ? (Chapitre 5)

Des pays peuvent être confrontés à divers défis nécessitant une révision de leur HBP, notamment des préoccupations concernant le caractère abordable ou l'efficacité du HBP ; l'expansion automatique d'un HBP implicite qui pourrait ne pas être viable ; la pression pour inclure de nouveaux services ; l'inadéquation du HBP avec la charge de morbidité ou les objectifs (actualisés) du système de santé ; le fait que le ré HBP soit considéré comme inacceptable par certaines parties prenantes ; ou que certains services soient sur-utilisés ou sous-utilisés. Chacun de ces défis pourrait bénéficier d'une approche méthodologique adaptée. Ce guide aide les pays à formuler l'approche qu'ils pourraient envisager en fonction de chaque défi (par ex. un examen de la totalité du paquet, un examen partiel, une analyse incrémentale ou un examen rapide). En pratique, les pays peuvent être confrontés simultanément à plusieurs de ces situations, de sorte qu'ils peuvent être amenés à combiner les approches correspondantes.

Quelles données et preuves peut-on utiliser pour la révision du HBP ? (chapitre 6)

Les données et les preuves sont essentielles pour parvenir à une révision du HBP de qualité. Par exemple, elles sont nécessaires à différentes étapes du processus de révision du HBP afin de comprendre les performances du HBP actuel, d'évaluer les services en fonction des critères de décision identifiés, y compris l'analyse des coûts, et d'estimer la marge de manœuvre budgétaire nécessaire. L'analyse de l'impact budgétaire et les projections précises de la marge de manœuvre budgétaire sont particulièrement importantes mais souvent négligées, car elles contribuent à la faisabilité des HBP et empêchent l'élaboration de programmes ambitieux irréalisables. La plupart des pays trouveront que la disponibilité et l'utilisation des données et des preuves sont difficiles ; par conséquent, nous encourageons à concentrer les efforts sur le développement de sources de données et de preuves dont la complexité augmentera au fil du temps.

Comment engager un dialogue politique fructueux ? (chapitre 7)

Le manque de langage, de procédures et de systèmes communs, ainsi que les différences de mandats et de rôles, peuvent affecter la capacité du ministère de la santé et du ministère des finances à collaborer efficacement. Les analyses de la marge de manœuvre budgétaire peuvent contribuer à garantir la faisabilité et la viabilité des révisions du HBP en s'assurant que les révisions correspondent à l'enveloppe budgétaire du HBP dans son ensemble (ce qui est une préoccupation majeure du ministère des finances). En outre, l'intégration de la planification des révisions dans le cycle budgétaire et les outils utilisés par le ministère des finances pour la programmation et la gestion des fonds (par ex. registre des risques, examen des dépenses, etc.) peuvent favoriser la collaboration entre les deux ministères.

Le plus grand défi auquel les pays sont confrontés est probablement de savoir comment personnaliser le processus de révision du HBP, car des circonstances spécifiques peuvent avoir un impact important sur la révision du HBP. Il n'existe pas de bonne approche unique, c'est pourquoi nous encourageons les pays à apprendre des autres pays qui font face à des défis similaires et qui ont un contexte décisionnel comparable, et à s'engager dans un travail en réseau. Les réseaux tels que le JLN, l'iDSI, RED CRITERIA, RedESTA et HTAsiaLink offrent cette opportunité et constituent des plateformes permettant aux pays de collaborer à la révision du HBP et à l'apprentissage continu.

Messages clés

1. Les pays varient énormément dans l'élaboration, la mise en œuvre et la révision de leurs PBH, ce qui reflète les différences de contexte socio-économique et politique, la maturité de leurs processus de définition des priorités et l'expertise relative à la révision des HBP. Les pays sont encouragés à s'engager dans la constitution de réseaux pour un échange continu et pour apprendre d'autres pays qui font face à des défis similaires et qui ont un contexte décisionnel comparable.
2. De nombreux pays ont élaboré des paquets qui sont difficiles à mettre en œuvre dans la pratique du fait i) que les services ne sont pas bien spécifiés, ce qui peut susciter des doutes quant aux droits précis des personnes, et/ou ii) que le paquet pris dans son ensemble est ambitieux, ce qui signifie qu'il n'est pas certain que des ressources financières, humaines et matérielles suffisantes soient disponibles afin de fournir tous les services de santé inclus dans les niveaux de couverture souhaités.
3. Il est conseillé aux pays qui font l'expérience de tels paquets implicites lors de leur mise en œuvre d'organiser des révisions afin d'aboutir à un PBH explicite - un ensemble de services bien définis et abordables, dont les droits sont clairs, et qu'il est possible de mettre en œuvre plus facilement et en toute équité.
4. Un HBP est un instrument vivant qui doit être régulièrement révisé. Pour cela, il faut institutionnaliser un processus systématique, rigoureux, transparent et fondé sur des données probantes, avec des délibérations significatives et l'implication des parties prenantes. Cette démarche aboutira à des décisions plus susceptibles de recevoir le soutien de la société et d'être mises en œuvre avec succès.
5. Lors des révisions, les pays devraient toujours s'assurer que les ressources sont suffisantes afin de réaliser la couverture universelle des services hautement prioritaires existants avant d'étendre le HBP aux nouveaux services moins prioritaires. Il est également conseillé aux pays de ne pas se contenter de prendre des décisions concernant l'ajout éventuel de nouveaux services au HBP, mais d'envisager aussi un désinvestissement, c'est-à-dire de supprimer des services de faible valeur pour financer l'extension de la couverture de services plus prioritaires.
6. Les pays peuvent avoir différentes raisons de réviser leur HBP, p. ex. des préoccupations concernant l'accessibilité financière ou l'alignement sur la charge de morbidité. Il leur est recommandé de sélectionner et/ou de combiner les approches méthodologiques correspondantes - comme, à titre d'exemple, un ensemble complet de mesures ou un examen rapide - qui correspondent à ces raisons.
7. Il est conseillé aux pays d'investir dans des sources précises de données essentielles pour les révisions du HBP. L'analyse des coûts, de l'impact budgétaire et de l'espace fiscal, à titre d'exemple, est essentielle pour s'assurer que les services inclus dans le HBP révisé correspondent à l'enveloppe budgétaire prévue pour la mise en œuvre de l'ensemble des services.
8. Il est conseillé aux pays de mettre en place des accords institutionnels entre le ministère de la santé et le ministère des finances afin de favoriser la collaboration, d'intégrer les révisions dans les cadres de finances publiques et les cycles budgétaires, et d'adapter la communication.

Chapitre 1 : Introduction

De nombreux pays dans le monde s'efforcent d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) afin de fournir à leurs populations les services de santé dont elles ont besoin sans que cela n'entraîne chez elles un préjudice financier. Un paquet de prestations de santé (HBP) est un instrument politique central permettant aux pays d'atteindre cet objectif, car il définit la couverture des services, la proportion des coûts qui sont couverts et les personnes qui peuvent bénéficier de ces services. De tels HBP peuvent guider à la fois la prestation des soins et l'allocation des ressources associées, y compris les ressources humaines, la rémunération des prestataires, les achats et la budgétisation^{11,27,28}. Les HBP aident essentiellement les pays à prendre des engagements envers leurs populations quant aux services que les citoyens peuvent espérer voir couverts par un financement commun.

Une fois élaboré et mis en œuvre, un HBP ne peut être statique. Il doit être considéré comme un instrument vivant qui doit être régulièrement révisé afin de s'adapter à l'évolution des besoins de santé, tels que l'évolution de la charge de morbidité, la fluctuation des budgets et l'émergence de nouveaux services et de nouvelles technologies de santé, et afin de remédier aux difficultés de mise en œuvre. Dans ce guide, nous définissons la révision du HBP comme le processus d'évaluation et de mise à jour du paquet de prestations en termes de couverture des services, des populations et des coûts, ainsi qu'en termes de mécanismes de mise en œuvre, par le biais d'une révision de l'ensemble du paquet, d'une partie du paquet ou de services individuels. Des révisions assurent que le paquet est à jour et dispensé comme prévu et que les ressources disponibles sont utilisées afin d'atteindre des objectifs plus larges du système de santé (par ex. l'efficacité, l'équité).

Cependant, une étude récente des HBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) montre que la majorité des paquets (14/24) n'ont pas été révisés de manière substantielle - certains d'entre eux étant pourtant en place depuis plus de dix ans.²⁹ De rares exemples de pays ayant intégré des dispositions légales pour réviser périodiquement leurs HBP sont les Philippines, la Colombie et le Chili. Toutefois, la plupart des pays semblent entreprendre des révisions de manière ad hoc lorsqu'un besoin se fait sentir. Le cas de l'Arménie en est un exemple : ce pays a connu une augmentation brutale de la charge de morbidité chronique, exacerbée par une contraction économique sévère due à la pandémie de COVID-19 et à une crise économique régionale qui a perturbé une période de cinq ans de croissance rapide. Ainsi, en 2021, le HBP de l'Arménie devait être réaligné en profondeur sur les besoins de santé et sur de la marge de manœuvre budgétaire disponible.³⁰ Néanmoins, la réalité est que la plupart des pays ne révisent pas leur HBP, même lorsqu'ils sont confrontés à des changements significatifs de contexte et de budget, ce qui peut sérieusement entraver la réalisation de la CSU.

Bien qu'il existe plusieurs guides destinés à éclairer la conception d'un nouveau HBP, en particulier sous l'angle de la hiérarchisation des services,^{18,27,31-34} il semble qu'il y ait une pénurie de ressources de soutien sur la façon de procéder à des révisions. Pour combler cette lacune, ce Produit de Connaissance du Réseau d'Apprentissage Conjoint (JLN) vise à fournir des conseils pratiques aux PRFM sur le processus et les méthodes de révision du HBP. Il s'appuie sur les travaux menés au cours de la première phase de l'Efficacité Collaborative³⁵ et fait suite à l'intérêt pour ce sujet exprimé par les pays membres du JLN Efficacité Collaborative (EC) en 2020. Il a été produit conjointement avec des facilitateurs de Radboudumc et du Centre pour le développement mondial (dans le cadre de l'Initiative internationale d'aide à la décision - iDSI) et de la Banque mondiale, avec la contribution de praticiens au niveau national représentant 14 pays du JLN EC. Le document s'appuie sur une analyse de la littérature disponible, mais il a surtout été élaboré sur la base des expériences nationales des membres de l'EC. Leurs réponses et les exemples qu'ils ont partagés donnent un aperçu éloquent de l'expérience réelle de la mise en œuvre des révisions des HBP.

Les expériences nationales ont été recueillies par le biais d'un processus d'engagements multiples. Tout d'abord, nous avons mené une enquête pour recueillir les expériences des pays quant à la mise en œuvre et à la révision du HBP, enquête qui a été envoyée en septembre 2021, ciblant le personnel technique et les décideurs impliqués dans la gestion des HBP dans 14 PRFM en Afrique (Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigeria, Afrique du Sud, Soudan) et en Asie (Bangladesh, Inde, Indonésie, Laos, Malaisie, Mongolie, Philippines, Vietnam). Voir Annexe A pour les questions de l'enquête et Annexe B pour le nombre de réponses par pays. Ensuite, nous avons mené des entretiens semi-structurés avec le personnel technique et les décideurs dans 11 des pays mentionnés afin d'assurer le suivi des réponses à l'enquête et de recueillir des informations sur les expériences spécifiques des pays. En outre, en août 2022, plusieurs membres de l'EC ont participé à un atelier à Delhi, en Inde, lequel a facilité l'apprentissage

Entre les pays et a permis de mieux comprendre les cadres du HBP, comment ils utilisent les données et les preuves, et comment ils communiquent et travaillent avec les ministères des finances et les trésors à propos des aspects financiers des révisions. En quatrième lieu, les membres de l'EC ont apporté un contenu supplémentaire, basé sur leurs expériences individuelles, sous forme de rapports et de documents officiels. Enfin, pour compléter l'expérience du JLN, nous avons ajouté des études de cas provenant de huit pays afin de refléter l'expérience d'autres zones géographiques sur base d'une revue de la littérature internationale (par ex. le Chili, qui a l'habitude de procéder à des révisions du HBP). Voir l'Annexe C pour un résumé de toutes les expériences nationales qui ont été prises en compte. Le contenu de l'enquête, des entretiens, de l'atelier et des expériences nationales a ensuite été utilisé pour élaborer ce guide. Par ailleurs, l'équipe de facilitation a organisé régulièrement des ateliers en ligne afin de recueillir les commentaires des membres sur le contenu et les grandes lignes du produit de connaissance et de fournir des mises à jour sur l'état d'avancement des travaux. Les membres de l'EC ont aussi profité de ces réunions pour partager leur expérience sur des aspects spécifiques des révisions du HBP.

Ce guide n'a pas vocation à servir de un schéma. Nous sommes conscients que les pays présentent des différences considérables en termes de contexte social, économique et politique, qui peuvent avoir une incidence sur leurs choix stratégiques relatifs à la révision du HBP. Toutefois, ce guide fournit des informations sur les bonnes pratiques qui peuvent être utilisées ou adaptées en conséquence.

Nous avons identifié plusieurs contraintes en ce qui concerne notre approche et nos sources de données. Tout d'abord, les pays membres de l'EC peuvent ne pas être représentatifs de l'expérience mondiale des révisions du HBP. Deuxièmement, les répondants à l'enquête et les participants aux ateliers étaient généralement des techniciens expérimentés ayant une expérience et une connaissance directes du HBP dans leur pays, et ils consultaient fréquemment leurs collègues/collaborateurs dans leur pays respectif. Leurs réponses ne sont toutefois pas nécessairement représentatives de l'ensemble du pays. Troisièmement, bien que le champ d'application de la révision du HBP soit défini de manière large, les orientations se concentrent plus particulièrement sur les changements dans la couverture des services. D'autres aspects des révisions qui sont d'une importance similaire, tels que les changements dans la couverture de la population ou des coûts, ou dans les mécanismes de mise en œuvre du HBP, tels que les modalités de paiement des prestataires, sont abordés de manière plus superficielle. Cela reflète un parti pris de la littérature en faveur de la priorisation ainsi que l'expérience professionnelle des membres de l'EC et des facilitateurs. Nous espérons que de futures ressources viendront compléter ce guide afin de traiter ces points de manière plus approfondie.

Ce guide est organisé autour de six grandes questions qui sont abordées de façon plus détaillée dans les chapitres suivants : Quelles sont les expériences des pays en matière de révision du HBP ? (chapitre 2); Qu'est-ce qui est important dans la révision du HBP ? (chapitre 3) ; Comment organiser le processus de révision du HBP ? (chapitre 4) ; Quelle approche analytique correspond-elle le mieux aux défis locaux ? (Chapitre 5); Quelles données et preuves peut-on utiliser pour la révision du HBP ? (chapitre 6) ; et Comment engager un dialogue politique fructueux ? (chapitre 7). Les chapitres sont illustrés par plusieurs " points focaux nationaux " qui décrivent l'expérience des pays sur des thèmes spécifiques.

Chapitre 2 : Expériences des membres de l'EC sur la révision du HBP

Les membres de l'EC représentent collectivement un large éventail d'expériences provenant de 14 pays d'Afrique et d'Asie (Tableau 2.1 présente leurs caractéristiques). Les membres de l'EC sont en majorité des pays à revenu intermédiaire (12/14), à l'exception de l'Éthiopie et du Soudan (l'Afrique du Sud et la Malaisie sont des pays à revenu intermédiaire supérieur). Les dépenses de santé courantes par habitant s'élevaient en moyenne à 147 USD dans l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 2.1. Caractéristiques des pays membres de l'EC 2019

	Pays	Groupe de revenus	Dépenses de santé courantes par habitant	Dépenses intérieures de santé de l'État par habitant (US\$)	Dépenses intérieures de santé de l'État (% des dépenses courantes de santé)
1	Bangladesh	Moyenne inférieure	45.86	8.54	18.63
2	Éthiopie	Faible	26.74	6.07	22.70
3	Ghana	Moyenne inférieure	75.28	30.29	40.24
4	Inde	Moyenne inférieure	63.75	20.90	32.79
5	Indonésie	Moyenne inférieure	120.12	58.79	48.94
6	Kenya	Moyenne inférieure	83.41	38.35	45.98
7	Laos	Moyenne inférieure	68.22	25.20	36.93
8	Malaisie	Moyenne supérieure	436.61	227.90	52.20
9	Mongolie	Moyenne inférieure	163.44	92.59	56.65
10	Nigéria	Moyenne inférieure	71.47	11.40	15.95
11	Philippines	Moyenne inférieure	142.08	57.68	40.60
12	Afrique du Sud	Moyenne supérieure	546.69	321.23	58.76
13	Soudan	Faible	46.93	10.65	22.69
14	Vietnam	Moyenne inférieure	180.72	79.15	43.80

Source: <https://data.worldbank.org/indicator>.

Notre enquête auprès des pays membres de l'EC, comme décrit dans le chapitre 1, montre que presque tous les pays disposent d'un HBP.^b Cependant, l'étude a aussi révélé une grande diversité d'expériences en ce qui concerne l'élaboration, la mise en œuvre et la révision du HBP. Le Soudan et les Philippines ont été les premiers pays de notre échantillon à élaborer un HBP, respectivement en 1994 et 1995. La première révision a été enregistrée aux Philippines près de deux décennies après la première définition du HBP (figure 2.1). Il est intéressant de noter qu'un pays a indiqué qu'il avait entamé une révision, mais que celle-ci avait échoué en raison de l'incapacité à gérer le mécontentement des parties prenantes et leurs pressions.

Les répondants ont indiqué que les révisions étaient souvent initiées en raison d'un besoin politique perçu plutôt que sur une base périodique. Cinq pays ont indiqué que l'obligation de révision était inscrite dans la législation ou la réglementation du pays.

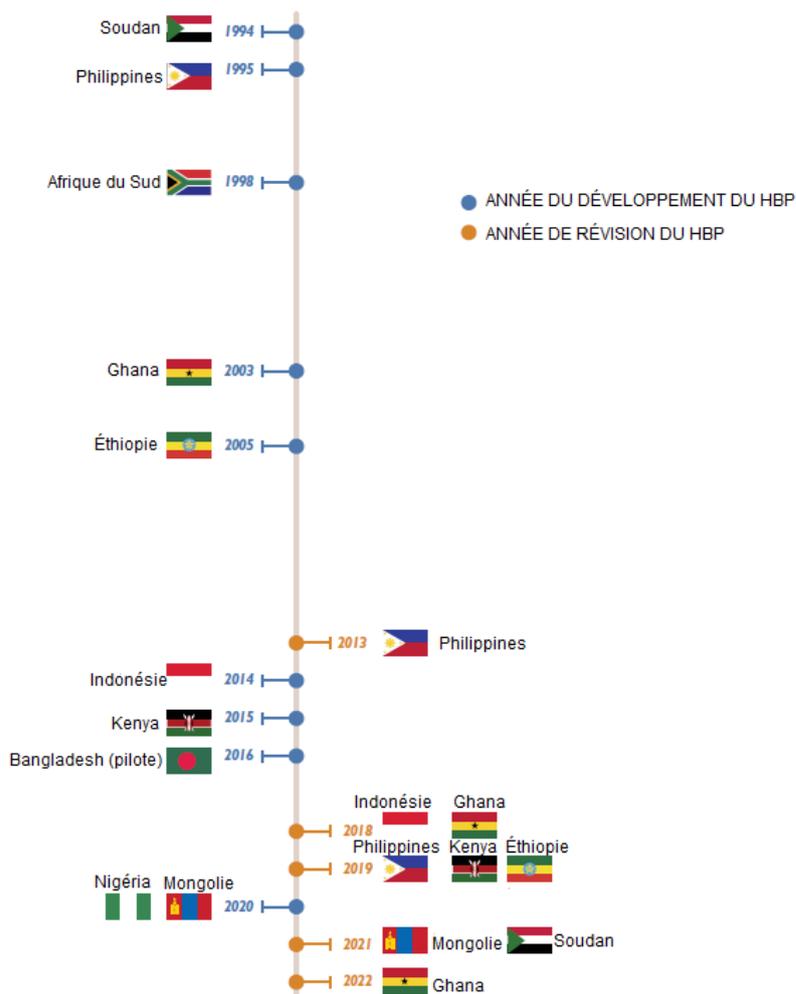
^b Dans l'enquête, nous avons demandé aux personnes interrogées de ne prendre en compte que les "HBP mis en œuvre", que nous définissons comme ayant au moins i) un fonds commun de financement pour soutenir sa mise en œuvre, ou ii) des lignes de financement pour rembourser les prestataires de services, ou iii) des droits inscrits dans la loi. Cela nous a permis de différencier les HBP mis en œuvre des paquets de soins plus ambitieux, que la plupart des PRFM auront développés au cours des deux dernières décennies.

Toutefois, sur ces cinq pays, deux ont indiqué qu'aucun délai n'était mentionné dans la loi et que, par conséquent, les révisions n'étaient pas effectuées régulièrement. En outre, un pays a mentionné une obligation de révision annuelle, mais uniquement pour garantir que les tarifs utilisés pour le paiement des prestataires soient régulièrement mis à jour ; par conséquent, les droits ne sont pas révisés chaque année.

Les principales raisons de la révision du HBP sont notamment l'insuffisance des ressources financières, humaines et infrastructurelles nécessaires à la mise en œuvre de l'ensemble des services. Parmi les autres raisons invoquées pour la mise à jour du dispositif, figurent "le dispositif est obsolète" et "trop de services à coût élevé dans le HBP" (figure 2.2).

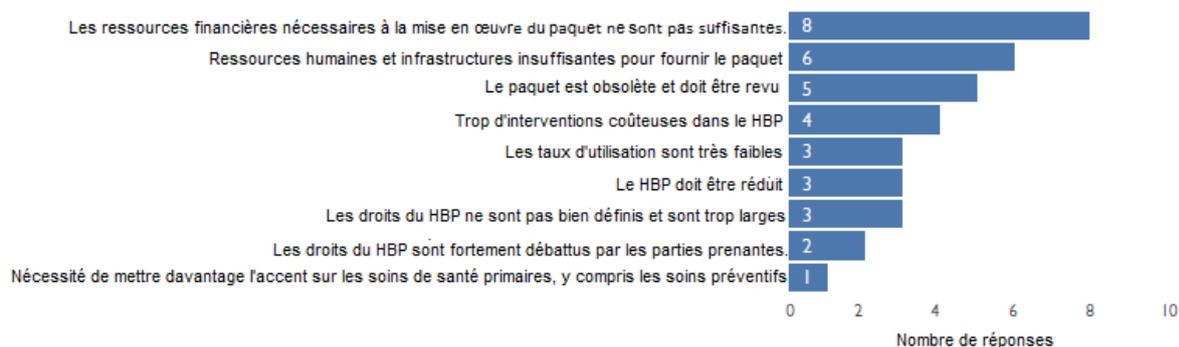
Conformément à notre définition des révisions, de nombreux répondants ont souligné que le champ d'application des révisions comprenait : la radiation et l'ajout de services, la fixation et la mise à jour des tarifs (pour le paiement des prestataires), la budgétisation, les changements dans l'organisation du paquet (par ex. les nomenclatures) ou les changements dans la couverture de la population (par ex. l'ajout d'affiliés).

Figure 2.1 : Délai de conception initiale et de révision du HBP par pays



Source : Enquête auprès des membres du JLN EC, 2022

Figure 2.2 : Raisons de révision du HBP invoquées par les pays



Source : Enquête auprès des membres du JLN EC.

Note : Sont inclus les pays suivants : Bangladesh, Ghana, Indonésie, Kenya, Mongolie, Nigéria, Philippines et Soudan. Il a été demandé à chaque personne interrogée de choisir trois raisons. Certains pays ont eu plus d'un répondant. Si une raison spécifique a été sélectionnée par plusieurs répondants d'un même pays, elle a été comptée comme une seule raison.

La durée du processus varie considérablement d'un pays à l'autre. À l'extrême, un pays a indiqué que la révision avait duré un mois et qu'elle avait été menée uniquement par l'équipe chargée du financement de la santé au sein du ministère, sans aucun engagement de la part des parties prenantes externes. Il convient de noter que ce pays a mentionné que la révision a été contestée et qu'elle a dû être révisée plusieurs mois plus tard. Trois pays ont mentionné un délai d'un an et demi à deux ans. Inversement, la révision au Bangladesh a duré quatre ans en raison de l'ampleur de la révision (ensemble du paquet et examen de tous les besoins de santé dans le pays), de la longueur du processus d'engagement, du processus d'obtention du budget approprié et de l'apprentissage de la mise en œuvre sur le terrain (par le pilotage du paquet révisé et l'affinement des révisions) (voir Focus sur le Bangladesh).

Focus sur le Bangladesh

Définir le HBP pour Shasthyo Surokhsha Karmasuchi (SSK)

Le SSK a démarré en tant que programme pilote en 2016 dans le but de réduire les dépenses à la charge des patients et les dépenses de santé onéreuses pour la population vulnérable du pays vivant en dessous du seuil de pauvreté. La première version du SSK HBP a été élaborée par un groupe d'experts cliniques comme un ensemble de mesures réalistes et applicables pour fournir des soins de santé dans les établissements publics primaires et secondaires. Depuis le lancement du projet pilote, les parties prenantes (par ex. les prestataires de services, les affiliés) ont été largement consultées et ont fait part de leurs réactions, ce qui a permis d'élargir considérablement les avantages, les faisant passer de 50 à 78 conditions, et de les porter à 110 conditions en attente d'approbation au moment de la rédaction du présent document. Ceci a conduit à l'inclusion de nombreuses interventions chirurgicales telles que la chirurgie de la cataracte. La décision d'expansion a été prise en tenant compte des besoins de santé et de la marge de manœuvre financière.

Par ailleurs, le nombre d'affiliés au régime a également augmenté de manière significative. Les bénéficiaires potentiels sont identifiés à l'aide de questionnaires multicritères ciblant la vulnérabilité (y compris la pauvreté). L'éligibilité est déterminée par un seuil dans la notation du questionnaire, qui est élargi, une fois encore, en fonction de la marge de manœuvre budgétaire disponible et/ou de l'augmentation des besoins.

Tous les pays ont fait état d'un engagement avec les catégories de parties prenantes suivantes : différents départements du ministère de la santé, universités, prestataires de soins de santé, partenaires de développement, fonds d'assurance, gouvernements locaux et ministères des finances. Dans un pays, un groupe indépendant composé d'une large représentation des parties prenantes (y compris la société civile en plus des parties prenantes susmentionnées) a été mis en place et travaille sous la supervision du ministère.

Les pays ont tiré des enseignements positifs et négatifs de l'enquête, que nous avons regroupés en "principes" et dont nous rendons compte au chapitre 3. L'un des enseignements est la nécessité de définir un cadre clair pour les révisions ; parmi les avantages d'un cadre clair, citons :

- Améliorer la qualité globale des décisions de révision,
- Augmenter l'adhésion,
- Éviter les préjugés et l'influence de certaines parties prenantes,
- Apporter de la clarté aux patients, et
- Améliorer la collecte de données et les systèmes informatiques.

En outre, un pays a souligné qu'en l'absence d'un cadre solide, les problèmes initiaux liés à la conception du HBP réapparaîtraient, avec une reproduction des déficiences dans les révisions ultérieures.

Messages à retenir

1. Les révisions sont rares, même dans les pays où elles sont imposées par la loi. Peu de pays ont mis en place des processus et des structures pour réviser périodiquement leur HBP.
2. Les membres de l'EC ont élaboré et révisé leur HBP à des moments différents, mais ils ont tous rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre.
3. Les révisions peuvent durer moins de quatre mois ou jusqu'à quatre ans, en fonction du champ d'application et de la procédure suivie.
4. Les défis étaient souvent liés à une prise en compte insuffisante des contraintes financières, humaines et infrastructurelles.

Chapitre 3 : Qu'est-ce qui est important dans la révision du HBP ?

Sur base de l'expérience des pays membres de l'EC, des entretiens et de l'analyse de la littérature, nous définissons cinq principes importants qui peuvent guider les pays dans la révision du HBP. Ces principes sont décrits en détail ci-dessous et sont conformes aux principes de conception des régimes HBP tels qu'ils sont proposés par l'OMS.³⁶

Tableau 3.1 : Cinq principes pour la révision d'un HBP



Principe 1 : Les révisions du HBP doivent être considérées comme un processus évolutif

De nombreux pays ont conçu leurs premiers paquets de prestations au cours des dernières décennies, à la suite du rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde de 1993, qui préconisait un paquet minimum explicite de services fondé sur le rapport coût-efficacité afin de réduire la charge globale de morbidité.³⁷ Pourtant, les paquets initiaux étaient souvent implicites, ce qui signifie qu'ils étaient difficiles à mettre en œuvre dans la pratique parce que i) les services n'étaient pas bien spécifiés, suscitant des doutes sur les droits précis des personnes, et/ou ii) le paquet était ambitieux, indiquant qu'il n'était pas clair si des ressources financières, humaines et matérielles suffisantes étaient disponibles afin de fournir tous les services de santé inclus dans les niveaux de couverture souhaités. De tels régimes implicites peuvent entraîner des inégalités, du fait que certains groupes de population, tels que les résidents urbains, peuvent finir par recevoir la quasi-totalité du régime, ce qui prive de ressources d'autres groupes, tels que les résidents ruraux dans les zones reculées.³⁸

Il est conseillé aux pays de s'orienter vers des HBP explicites, c'est-à-dire un éventail de services de santé bien définis et abordables mis à la disposition d'une population. Par "bien défini", on entend que l'on sait clairement qui a droit à quel type de services. Par "abordable", on entend que des ressources financières, humaines et matérielles suffisantes sont disponibles afin de fournir tous les services de santé inclus aux niveaux des couvertures souhaitées. Même s'ils sont souvent politiquement plus difficiles à mettre en œuvre, les "paquets" explicites garantissent la fourniture effective du "paquet" promis et permettent un meilleur contrôle du HBP.³⁸ L'utilisation d'une liste négative ou positive permet aux pays de donner des garanties explicites aux citoyens, facteur important compte tenu des contraintes budgétaires et des risques de dépassement. Le rapport "Vers l'universel" montre que la plupart des pays s'orientent vers un paquet explicite avec une liste positive, bien que certains pays préfèrent utiliser une liste négative.³⁸ En réalité, les pays peuvent également utiliser des combinaisons de listes positives et négatives - à titre d'exemple, une liste positive pour les services couverts et une liste négative pour les services qui ont été évalués et pour lesquels la décision a été prise de ne pas les couvrir. À titre illustratif, l'EPHS en Éthiopie a été révisée récemment en passant d'un paquet implicite à un paquet explicite avec une liste positive. Le HBP de la Malaisie est un exemple de paquet partiellement implicite : il existe une liste positive de médicaments et de procédures qui sont couverts, mais il n'y a pas de liste de ce type pour les dispositifs. Cette évolution nécessite le développement d'un processus de conception d'un HBP plus mature en termes, par exemple, de soutien politique, de dispositions institutionnelles, de cadre juridique, de participation des parties prenantes et de compétences techniques.³⁹

Principe 2 : viser une couverture universelle des services prioritaires existants avant d'élargir le paquet.

Dans de nombreux pays, les gouvernements ont tendance à étendre leur HBP explicite avec des services supplémentaires suite aux pressions exercées par les professionnels de la santé, les fabricants, les organisations de patients et/ou d'autres groupes d'intérêt. Cependant, dans le contexte de budgets sanitaires restreints, l'introduction de tels services peut très bien induire une réduction des dépenses pour les services de grande valeur existants et créer des pénuries de personnel et/ou de matériel, et en fin de compte affecter la qualité des soins, créer des listes d'attente, voire conduire à l'indisponibilité des services. Ce phénomène est appelé "éviction" ou parfois "déplacement". L'éviction est préjudiciable à un système de santé lorsque la valeur des services nouvellement introduits est inférieure (c'est-à-dire qu'ils produisent moins de bénéfices pour la santé) à celle des services existants. Un exemple serait d'étendre la couverture du pontage coronarien avant d'assurer la couverture universelle de l'accouchement assisté par un personnel qualifié. L'éviction est également problématique car, contrairement au désinvestissement dans les services de faible valeur (voir principe 3), il ne s'agit pas d'une décision délibérée et il n'est pas évident que le financement soit déplacé pour tel ou tel service.

Nous conseillons aux pays de veiller à ce que les ressources disponibles soient affectées à la couverture universelle des services de grande valeur (c'est-à-dire hautement prioritaires) au sein du paquet, avant d'envisager des révisions visant à élargir le HBP à des services de moindre valeur.

Principe 3 : Désinvestir dans les services à faible valeur ajoutée

Il est conseillé aux pays de ne pas se contenter de prendre des décisions concernant l'ajout éventuel de nouveaux services au HBP, mais d'envisager également le désinvestissement, c'est-à-dire de retirer les services de faible valeur du paquet. En effet, l'inclusion de ces services de faible valeur dans le HBP prive de ressources la mise en œuvre (ultérieure) de services hautement prioritaires. Toutefois, les désinvestissements sont notoirement difficiles à réaliser étant donné que la nature des services de faible valeur n'est pas toujours claire et qu'une analyse minutieuse est nécessaire (voir le chapitre 5 pour plus de détails). En outre, les gouvernements subissent souvent des pressions de la part des parties prenantes, à savoir les professionnels de santé ou les groupes d'intérêt des patients, en vue de conserver les services auxquels ils sont habitués. En pratique, les désinvestissements proposés ont plus de chances d'aboutir s'ils n'impliquent pas une exclusion absolue. Des alternatives réalistes peuvent consister à introduire un co-paiement (ou à augmenter le niveau de co-paiement), ou à conditionner la couverture à certains critères d'indication du patient. Devant ces défis, nous recommandons aux pays de sélectionner avec soin les services à délaissier - si l'utilisation et/ou les coûts des services sont faibles, le jeu n'en vaut peut-être pas la chandelle.

Les défis que pose le désinvestissement sont illustrés par notre enquête, dans laquelle la plupart des personnes interrogées ont indiqué que leur pays avait ajouté des services à l'ensemble au cours du processus de révision, mais n'en avait supprimé aucun. Seuls l'Indonésie et le Nigéria ont déclaré avoir retiré des services de leur HBP. Le focus sur le Vietnam montre que la décision de désinvestissement peut conduire à de vastes épargnes - le retrait des indications inappropriées a permis au pays d'économiser annuellement environ 150 millions de dollars américains.

Focus sur le Vietnam* : Examen rapide des interventions (coût-) inefficaces

En 2008, le Viêt Nam a lancé une Assurance sociale nationale de santé, gérée par l'Agence vietnamienne de sécurité sociale (VSS). La principale préoccupation concernant le paquet de prestations actuel est que, bien qu'il spécifie les médicaments et les services qui peuvent être remboursés, il ne précise pas non plus les indications pour lesquelles ces interventions sont considérées comme appropriées. Plus de 17 000 services médicaux, 9 000 médicaments et une longue liste de fournitures médicales sont inclus dans le paquet, ce qui laisse place à une surutilisation, y compris une utilisation potentiellement inefficace ou nocive, et implique une immense charge financière.

Afin d'éclairer une révision approfondie du paquet de prestations, un examen rapide a été effectué en se basant sur les 40 interventions les plus importantes en termes de dépenses budgétaires de la VSS. Les données internationales sur la sécurité, l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité de ces interventions ont été comparées aux données fournies par les experts cliniques vietnamiens. Il en est ressorti des recommandations relatives à des indications médicales plus strictes.

La révision a révélé que seulement 22 % des dépenses pour des médicaments remboursés par le biais du VSS correspondaient à des indications appropriées ; 27 % des dépenses présentaient un certain bénéfice clinique mais ont été qualifiées de "mauvais rapport qualité-prix" ; les 51 % restants des dépenses pour des médicaments correspondaient à des indications inappropriées, ce qui démontre l'impact négatif significatif, à la fois en termes d'efficacité clinique et d'impact budgétaire d'une politique de remboursement trop généreuse. Il a été estimé que la suppression des indications inappropriées permettrait à la VSS d'économiser environ 3 300 milliards de VND par an (environ 150 millions de dollars), et 1 700 milliards de VND supplémentaires (80 millions de dollars) si les médicaments pour des indications dont le rapport qualité-prix est limité ou non prouvé étaient éliminés. Au total, cela représente environ 70 % du budget annuel de la VSS.

Ces résultats indiquent que le gouvernement vietnamien dispose d'une opportunité considérable de réviser le paquet de prestations de santé pour une utilisation plus rationnelle des médicaments à moindre coût, sans affecter négativement les résultats de santé.⁴⁰

* Information non vérifiée par pays.

Principe 4 : Assurer que les révisions du paquet sont chiffrées, dans les limites du budget, et dotées de ressources appropriées

Notre enquête a mis en évidence que le principal obstacle à la mise en œuvre d'un HBP et l'élément déclencheur de sa révision est l'insuffisance des ressources allouées au HBP dans son ensemble. Il en résulte une situation dans laquelle les prestataires sont contraints de rationner implicitement certains services (parce qu'ils ne sont pas suffisamment payés et équipés pour les fournir), et/ou la qualité peut être compromise ; en d'autres termes, la mise en œuvre d'un HBP n'est plus alignée sur ses objectifs stratégiques. Malheureusement, il n'est pas rare que les pays révisent leur HBP sans pour autant modifier le budget ou la méthode de paiement des prestataires.

Nous conseillons aux pays de prendre en compte les implications financières des révisions : non seulement de chiffrer et de budgétiser de manière adéquate les révisions proposées et le nouveau HBP révisé, mais aussi, le cas échéant, d'ajuster les prix ou les tarifs utilisés pour payer les prestataires afin de refléter une augmentation ou une diminution de la couverture des services dans le cadre du HBP.

Principe 5 : Institutionnaliser les révisions périodiques afin de rester sur la voie vers la CSU.

Plusieurs pays n'ont jusqu'à présent revu leur paquet de prestations initial qu'une ou deux fois, parfois sur plusieurs décennies. Très peu d'entre eux ont intégré un processus de révision à leur régime de couverture sanitaire universelle. Le Chili a élaboré des dispositions prévoyant des révisions périodiques (tous les trois ans), lesquelles ont été inscrites dans la loi. Le régime national indien d'assurance de santé publique AB-PMJAY a fait l'objet de trois révisions depuis son lancement en septembre 2018. Les itérations ont surtout porté sur la révision de la structure et de la nomenclature utilisées dans le HBP, ainsi que sur la mise à jour des taux de remboursement pour diverses procédures, en fonction des taux d'utilisation des services de santé, des nouvelles données issues des études de coûts et des derniers taux d'inflation.

L'établissement d'un mécanisme de révision périodique du HBP permet non seulement de s'assurer que le HBP répond à la stratégie de couverture sanitaire universelle et qu'il est mis en œuvre de manière adéquate, mais aussi de planifier et de renforcer la collecte de preuves et de données, de rendre les décisions de révision plus transparentes et plus responsables, et de canaliser efficacement les contributions des différentes parties prenantes.

Messages à retenir

Nous avons identifié cinq principes pour la révision d'un HBP :

1. Les révisions des HBP doivent être un processus évolutif
2. Viser une couverture universelle des services prioritaires existants avant d'élargir le paquet.
3. Désinvestir des services à faible valeur ajoutée
4. Assurer que les révisions du paquet sont chiffrées, dans les limites du budget, et dotées de ressources appropriées
5. Institutionnaliser les révisions périodiques afin de rester sur la voie vers la CSU.

Chapitre 4: Comment organiser le processus de révision du HBP?

Le travail d'analyse visant à soutenir la révision du HBP a traditionnellement mis l'accent sur la collecte d'éléments probants afin de démontrer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des services.¹¹ Néanmoins, il est de plus en plus reconnu que la révision du HBP nécessite plusieurs autres activités et une approche systématique, et que l'ensemble du processus doit être équitable.^{31, 41} L'équité dans la révision du HBP peut être encouragée en assurant la transparence du processus de révision et en organisant une participation significative des parties prenantes.^{41, 42}

À partir de l'engagement des membres de l'EC, nous déduisons neuf étapes d'un processus de révision du HBP, en nous inspirant fortement des principaux guides pour la conception et la révision de ce programme, notamment le rapport de l'OMS intitulé "Institutionnaliser l'ETS", qui propose d'utiliser le cadre des processus délibératifs éclairés par les données probantes (EDP)^{42, 43}, et le livre " Qu'est-ce qui est inclus, qu'est-ce qui est exclu ? Concevoir des prestations pour une couverture sanitaire universelle" ("What's in, what's out: designing benefits for universal health coverage"^{18, 27, 32} (voir figure 4.1) et une étude récente des processus de révision du HBP dans six PRFM.⁴⁴ Le processus par étapes n'est pas destiné à servir de un schéma - les pays peuvent modifier l'ordre et le contenu des différentes étapes en fonction de leur contexte local de prise de décision.

Dans ce processus, certaines étapes ne doivent être élaborées qu'une seule fois et peuvent rester inchangées pendant plusieurs cycles de révision, comme la mise en place d'un comité consultatif (étape 2), la définition des critères de décision (étape 3) et la mise en place de mécanismes de communication et d'appel (étape 8). D'autres étapes, telles que la collecte de données sur les critères de décision (étape 5) et la hiérarchisation des services (étape 6), doivent être réalisées pour chaque service, lors de chaque cycle de révision. Les étapes restantes (1, 3 et 9) impliquent certaines activités qui peuvent rester inchangées tout au long des cycles de révision et d'autres activités qui sont spécifiques à un cycle de révision.

Ce chapitre donne un bref aperçu de toutes les étapes, tandis que les chapitres ultérieurs se concentrent sur les étapes pour lesquelles les membres d'EC ont demandé un soutien : la sélection des services pour l'évaluation et l'approche de la révision (étape 3, au chapitre 5) et la collecte de preuves sur les critères de décision pour les services, y compris l'évaluation des coûts et la budgétisation (étape 5, au chapitre 6). Le lecteur intéressé peut trouver plus de détails sur les autres étapes ailleurs.³⁴

Figure 4.1 : Étapes du processus de conception et de révision d'un HBP

1. Prendre des dispositions préparatoires
2. Mettre en place un comité consultatif
3. Sélectionner des services pour l'évaluation et choisir une approche appropriée pour la révision (voir chapitre 5 pour plus de détails)
4. Définir des critères de décision pour la hiérarchisation des services
5. Collecter des données sur les critères de décision (voir chapitre 6 pour plus de détails)
6. Prioriser les services
7. Développer le HBP en tant que plan réalisable
8. Établir des mécanismes de communication et de recours
9. Assurer le suivi et l'évaluation

Étape 1 : Prendre des dispositions préparatoires

La révision réussie d'un HBP nécessite une adaptation adéquate au contexte décisionnel. Nous conseillons aux pays de prendre des dispositions préparatoires afin de :

- revoir l'actuel HBP et son champ d'application en termes de maladies, de niveaux de soins et de schémas d'utilisation
- définir les objectifs de la révision du HBP ;
- estimer le budget approximatif des services couverts par le HBP ;
- évaluer la conception institutionnelle, c'est-à-dire le contexte juridique et réglementaire de la révision du HBP
- identifier toutes les parties prenantes impliquées dans la révision du HBP et leur rôle ;
- évaluer la capacité technique à entreprendre la révision, planifier et commander toute recherche qui pourrait être nécessaire à l'appui de la révision ;
- définir une feuille de route pour articuler les étapes du processus de révision ;
- évaluer et garantir les ressources financières nécessaires pour le travail à effectuer, comme la collecte de données et d'informations, l'analyse et les réunions du comité.

Étape 2: Mettre en place un comité consultatif

Nous conseillons aux pays de mettre en place un comité consultatif, c'est-à-dire un comité central de prise de décision qui prépare des recommandations pour les révisions du HBP à l'intention du décideur final, généralement le ministre de la santé.⁴⁵ Ce comité consultatif doit refléter un large intérêt pour l'utilisation judicieuse des deniers publics, ce qui signifie que sa composition doit refléter la diversité des valeurs sociétales présentes dans la population générale. Le comité (ou un sous-comité) devra également compter des membres possédant les compétences techniques appropriées pour effectuer une évaluation détaillée de l'analyse.

Pour y parvenir, les pays ont adopté des approches différentes et leurs comités consultatifs comprennent souvent deux types de membres officiels. Le premier type inclut des membres pour leur expertise professionnelle ou scientifique, tels que des cliniciens, des experts en santé publique, des éthiciens, des économistes et des épidémiologistes. Le deuxième type comprend des membres selon les intérêts qu'ils représentent, tels que les organisations de patients et de soignants ou les industries. Il convient de noter que ces derniers membres représentent les intérêts généraux des patients et de l'industrie et non des intérêts spécifiques concernant des services particuliers. Les gouvernements décident normalement quels membres ont le droit de vote au sein d'un comité consultatif. Plus de détails sur la mise en place d'un comité consultatif peuvent être trouvés ailleurs.³⁴

Le cas échéant, le comité consultatif peut être soutenu par des sous-comités consultatifs qui élaborent des recommandations préparatoires sur des programmes de lutte contre des maladies spécifiques. Les pays peuvent également souhaiter mettre en place des groupes de travail techniques qui peuvent fournir une assistance supplémentaire au comité consultatif, par exemple en matière de collecte de données.

Les comités consultatifs peuvent également juger utile d'impliquer des parties prenantes ayant un intérêt direct dans le(s) service(s) examiné(s). Les éventuels conflits d'intérêts doivent être identifiés lors de l'invitation des parties prenantes, et les modalités de leur engagement doivent être adaptées à ces conflits. Il existe différentes manières de procéder : (i) les parties prenantes peuvent être autorisées à participer aux délibérations lors de réunions formelles, mais sans droit de vote ; (ii) elles peuvent également être consultées lors de réunions formelles (de manière non délibérative) où elles ont la possibilité de formuler des commentaires verbaux ; (iii) une autre option est la communication avec les parties prenantes, dans laquelle celles-ci sont simplement informées des processus de révision et/ou des recommandations qui sont finalement formulées (ou des décisions qui sont prises).⁴⁶ Par exemple, il peut être utile d'impliquer des représentants des patients dans les réunions du comité consultatif, car ils peuvent identifier les résultats de traitement pertinents à prendre en compte dans l'évaluation. De même, les représentants de l'industrie peuvent fournir des informations de base sur les structures de prix et/ou les innovations à venir. Il convient de noter qu'une participation étendue des parties prenantes peut également présenter des inconvénients : elle peut prendre beaucoup de temps et retarder la prise de décision, et elle peut également être coûteuse en termes de modalités pratiques. Si l'implication des parties prenantes peut généralement être considérée comme un élément essentiel de la révision du HBP, les pays doivent également tenir compte de ces inconvénients lorsqu'ils déterminent l'ampleur de ce processus d'engagement.

À titre illustratif, le processus de révision du HBP en Éthiopie et au Pakistan a impliqué respectivement 80 et 183 participants, représentant différents groupes de parties prenantes, principalement des professionnels de santé et des décideurs politiques. Le focus A sur le Pakistan fournit plus de détails. À Zanzibar, une région semi-autonome qui fait partie de la République Unie de Tanzanie, 225 représentants des parties prenantes ont été impliqués, dont un grand nombre de patients et de membres de la communauté.⁴⁴ Dans les trois pays, les parties prenantes ont été impliquées par le biais d'une participation directe.

Focus sur le Pakistan A : Implication des parties prenantes

La révision 2019-20 du paquet de prestations de la CSU au Pakistan s'est appuyée sur une structure de gouvernance basée sur trois étapes de délibération liées entre elles autour de plusieurs priorités spécifiques et a impliqué plus de 100 parties prenantes.

La première étape concernait la participation de quatre groupes de travail techniques ("TWG") pour des groupes de maladies particuliers : Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (36 membres), Maladies non transmissibles (MNT) (38 membres), Maladies transmissibles (51 membres) et Accès aux services de santé (26 membres). Ces TWG, composés d'experts de différents groupes d'intérêt, avaient déjà été mis en place pour conseiller le ministère de la santé. Ils étaient désormais chargés d'examiner les aspects techniques des services et des interventions en vue de leur inclusion potentielle dans l'ensemble des services standard et de les répartir dans des catégories prioritaires, chaque TWG couvrant entre 28 et 51 services. La deuxième étape a consisté à mettre en place un comité consultatif national ("NAC") chargé d'examiner et de consolider les quatre séries de recommandations des TWG. Le NAC comptait 90 membres, dont des membres de divers groupes d'intérêt sociétaux, des partenaires de développement et des représentants provinciaux, ainsi qu'un seul représentant de chacun des TWG afin d'éviter la domination d'un groupe d'intérêt spécifique à une maladie ou à une discipline. Dans un troisième temps, un Comité directeur ("SC") de haut niveau a été chargé d'examiner les recommandations du NAC et de les transformer en projets politiques.

Les réunions du TWG, du NAC et du SC ont été organisées de manière à ce que chaque membre ait une chance égale de contribuer aux délibérations ; les membres du TWG se sont vus accorder un droit de vote.

Étape 3: Sélectionner les services à évaluer et choisir une approche appropriée pour la révision du HBP

Les pays ont souvent une capacité limitée à entreprendre des révisions des HBP, et il faut donc faire le tri entre les services qui seront évalués et ceux qui ne le seront pas. L'Éthiopie et le Pakistan ont entrepris des révisions de tout le paquet de prestations, tandis que l'Iran a ciblé certains groupes de services pour les révisions des HBP. Le chapitre 5 fournit des conseils pratiques sur la manière dont les pays peuvent choisir l'approche analytique la plus adaptée à leur contexte décisionnel spécifique.

Étape 4: Définir des critères de décision pour la priorisation des services

La révision d'un HBP devrait idéalement être basée sur un nombre limité de critères explicites et largement approuvés. Une étude récente portant sur 23 pays montre que les pays utilisent une série de critères de décision lorsqu'ils définissent ou révisent leur HBP, dont les plus fréquemment utilisés sont le rapport coût-efficacité, l'efficacité et l'impact budgétaire (tableau 4.1).⁴⁷ Ces critères reflètent l'objectif largement reconnu de maximiser la santé de la population en utilisant des services dont l'efficacité et le rapport coût-efficacité ont été prouvés. Dans le contexte de la CSU, le rapport de l'OMS "Faire des choix équitables" propose d'utiliser également un ou plusieurs critères d'équité, tels que la priorité accordée aux plus démunis et la protection contre les risques financiers.³¹ Les personnes les moins bien loties peuvent être définies comme celles qui sont en moins bonne santé sans le service, ou les groupes de population les plus pauvres, ou encore les personnes défavorisées.

Nous conseillons aux pays d'identifier les critères qui correspondent à leur contexte spécifique. Pour ce faire, ils peuvent commencer par spécifier les valeurs clés de leur système de santé ou utiliser les critères définis pour l'élaboration initiale de leur HBP - par exemple, maximiser la santé, prendre soin des personnes défavorisées, et ainsi de suite, en examinant les stratégies nationales de santé et/ou en consultant les parties prenantes. Deuxièmement, ils doivent rendre opérationnels les critères de décision qui reflètent ces valeurs. Par exemple, la valeur "maximiser la santé" peut être opérationnalisée dans le critère de décision "coût-efficacité". La recherche d'un consensus entre les parties prenantes est essentielle dans ce processus.⁴⁸ De plus amples détails sur les critères de décision peuvent être trouvés ailleurs.^{34, 47}

À titre exemplatif, le Programme d'intervention et d'évaluation des technologies de la santé (HITAP) en Thaïlande évalue les services en fonction de leur rapport coût-efficacité et de leur impact budgétaire. Les Philippines utilisent la gravité de la maladie, l'efficacité du service, le rapport coût-efficacité et l'impact financier sur les ménages en tant que critères pour leur HBP.⁴³ L'Éthiopie a révisé son Paquet de Services de Santé Essentiels (EHSP) en 2019 sur la base de sept critères : la charge de morbidité, le rapport coût-efficacité, l'équité, la protection contre les risques financiers, l'impact budgétaire, l'acceptabilité par le public et l'acceptabilité politique.⁴⁹ Le Focus A sur l'Éthiopie fournit plus de détails.

Tableau 4.1 : Critères pour la conception et/ou la révision d'un HBP

Catégorie	Critères	Fréquence
Critères relatifs au service	Coûts- efficace	20
	Efficace	19
	Impact budgétaire	12
	Nécessité	10
	Sécurité	6
	Durabilité	5
	Faisabilité	5
	Coûts du service	4
	Intégralité	3
	Maximiser l'amélioration de l'état de santé de la population	3
	Amplification	1
Critères relatifs à la maladie	Innovation	1
	Charge de morbidité	10
	Externalités	2
Critères relatifs à la Communauté	Gravité de la maladie	1
	Équité	12
	Abordabilité	5
	Valeurs sociales	4
	Accès	2

* La fréquence fait référence au nombre de pays, parmi les 23 pays inclus dans l'étude, qui utilisent un certain critère dans la conception et/ou la révision de leur HBP.

Focus sur l'Éthiopie A : Révision de tout le paquet

L'Éthiopie a révisé son paquet de services de santé essentiels (EHSP) en 2019. Au total, 35 ateliers consultatifs ont été organisés avec des experts et des membres du grand public pour définir la portée de la révision, sélectionner les interventions sanitaires à examiner, convenir des critères de priorisation et rassembler des preuves de l'importance de ces interventions. Sept critères de priorisation ont été retenus : charge de morbidité élevée, rapport coût-efficacité, équité, protection contre les risques financiers, impact budgétaire, acceptabilité par le public et acceptabilité politique.

Au cours de la première phase, 1749 services ont été identifiés, y compris des interventions existantes et de nouvelles interventions, qui, après regroupement, ont donné lieu à 1442 interventions jugées pertinentes. La deuxième phase a consisté à l'élimination des interventions qui ne correspondaient pas au critère de la charge de morbidité élevée ou qui n'étaient pas jugées pertinentes dans le contexte éthiopien, réduisant ainsi le nombre d'interventions éligibles à 1018. Ceux-ci ont ensuite été évalués sur base des six autres critères et ultérieurement classés. Au final, 594 services ont été classés comme hautement prioritaires (58 %), 213 comme moyennement prioritaires (21 %) et 211 comme faiblement prioritaires (21 %). La politique actuelle est que 570 services (56 %) sont fournis gratuitement ; pour le reste, un partage des coûts (38 %) ou un recouvrement total des coûts (6 %) est appliqué.

La révision du système de santé de l'Éthiopie a suivi un processus de priorisation participatif, inclusif et fondé sur des données probantes. Les interventions incluses dans l'EHSP révisé étaient complètes et assignées à des plateformes de prestation de soins de santé, chacune étant dotée d'un mécanisme de financement spécifique.⁴⁹

Étape 5: Collecter des preuves sur la performance du service sur chacun des critères de décision sélectionnés

L'élaboration initiale et les révisions ultérieures d'un HBP devraient idéalement être basées sur des données locales actualisées sur la façon dont les services performant par rapport aux critères de décision convenus. De telles évaluations impliquent une série d'activités pour chacun des services sélectionnés : collecte systématique de preuves, synthèse des preuves disponibles, prise en compte de la qualité (force) des preuves, revue indépendante des preuves et présentation des résultats et des implications. Le chapitre 6 fournit des conseils méthodologiques détaillés pour entreprendre des évaluations, y compris la nécessité d'effectuer une analyse adéquate des coûts afin de déterminer les ressources nécessaires pour l'ensemble des mesures. Le focus B sur le Pakistan illustre la manière dont les groupes de travail techniques ont utilisé les fiches de synthèse des données probantes dans leurs délibérations.

Focus sur le Pakistan B : Compilation de fiches de synthèse des données probantes à l'usage des comités consultatifs

Les groupes de travail techniques chargés de justifier l'inclusion de services spécifiques dans le paquet de prestations de la CSU pakistanaise - ou, au contraire, de recommander leur exclusion - ont reçu des "demi-pages" qui résumaient les données disponibles sur tous les critères pertinents d'une manière uniforme : une feuille de résumé par service. Les critères standards qui avaient été convenus précédemment étaient : le rapport coût-efficacité, la charge de morbidité évitable, l'impact budgétaire, la faisabilité, l'équité, la protection contre les risques financiers et l'impact socio-économique.

Compte tenu du grand nombre de services à évaluer et pour éviter une surcharge cognitive, les preuves ont été présentées sous forme de codes de couleur (vert/ambre/rouge) et de symboles (une, deux ou trois étoiles) - voir l'exemple ci-dessous. Les ratios coût-efficacité, par exemple, ont été classés en fonction de seuils : les interventions ont été étiquetées en vert si elles étaient jugées très rentables, en orange si elles étaient modérément rentables et en rouge si elles n'étaient pas rentables. L'applicabilité des données probantes au contexte pakistanais a été indiquée par une, deux ou trois étoiles, reflétant respectivement une applicabilité faible, moyenne ou élevée.

Résumé des preuves

Intervention HC38 : Fourniture d'aspirine dans tous les cas de suspicion d'infarctus aigu du myocarde

Coûts-efficacité	Ordre de classement relatif au coût-efficacité	Qualité de l'ICER	DALYS potentielles évitées
Moyen	31 / 86	★★★	Faible
Impact budgétaire	Coût par habitant	Soins secondaires / tertiaires impact sur le budget	À prendre en compte aussi Faisabilité ; Protection contre les risques financiers; Équité ; Impact social et économique
Faible	0.66 PKR	No	

Les fiches de synthèse, ainsi que les résultats complets de l'évaluation dans un rapport de base, ont été mis à la disposition du Comité consultatif national pour qu'il puisse les approuver.

Étape 6: Prioriser les services

Lors de la priorisation des services, le comité consultatif interprète les résultats de l'évaluation dans une perspective plus large - il juge l'importance des différents critères de décision, prend en compte le budget disponible (en s'assurant que les révisions restent dans les limites de l'enveloppe financière) et formule des recommandations d'investissement ou de désinvestissement à l'intention des responsables de la décision finale. Un défi important est de savoir comment un comité consultatif peut au mieux arbitrer entre les critères de décision. Par exemple, doit-il recommander l'inclusion de services de soins palliatifs dans le HBP, même s'ils ne sont pas rentables parce qu'ils ciblent les personnes les plus démunies ? Il s'agit d'une tâche intrinsèquement complexe et chargée de valeurs et nécessite des jugements sociaux et scientifiques. Une autre difficulté réside dans le fait que les preuves et les données peuvent être incomplètes, obsolètes ou non disponibles, ce qui nécessiterait de porter des jugements en connaissance de cause. Pour ce faire, nous recommandons aux pays d'utiliser un processus délibératif, qui permet aux membres du comité d'exprimer et de discuter de leurs préférences et considérations et d'apporter leurs connaissances et leur jugement lorsque des données complètes ne sont pas disponibles. Un processus délibératif permet également d'accroître la compréhension et le soutien du public vis-à-vis du résultat final.

Un tel processus n'est pas dénué de défis : il est gourmand en ressources (par exemple, il prend généralement du temps) et peut être biaisé en fonction de la composition et des méthodes de travail du comité. Il existe des approches spécifiques pour réduire la dominance des parties prenantes, comme la technique du groupe nominal.⁵⁰ Cette approche commence par demander à tous les membres du comité d'exprimer individuellement leurs préférences et leurs considérations. Dans une phase de groupe ultérieure, toutes les contributions individuelles sont répertoriées sur un tableau et discutées dans l'ordre où elles apparaissent. Le président invite tous les membres à faire des commentaires, à poser des questions pour obtenir des éclaircissements et à exprimer leur accord ou leur désaccord. Ensuite, tous les membres sont invités à formuler leur jugement de manière indépendante. Un tour de table supplémentaire peut suivre, au cours duquel les jugements et les raisons qui les sous-tendent sont discutés. De plus amples détails sur la priorisation des services peuvent être trouvés ailleurs.^{34, 51}

Il convient de noter que les étapes 5 et 6 peuvent être itératives, le comité consultatif pouvant conclure qu'il est nécessaire de disposer de plus d'éléments ou d'éléments contextualisés afin de réexaminer les priorités de service.

Étape 7: Développer le HBP en tant que plan réalisable

Une fois que les services ont été classés par ordre de priorité, il faut planifier la mise en œuvre de l'ensemble des mesures afin de s'assurer que les services sont fournis ou accessibles aux citoyens éligibles. Comme le souligne l'enquête, de nombreux pays sont confrontés à des défis dans la mise en œuvre. Il ne s'agit pas seulement de contraintes financières, mais aussi de problèmes plus généraux liés aux systèmes de santé, tels que la pénurie de ressources humaines, l'insuffisance des infrastructures et la fragmentation de la prestation de services entre les différents niveaux de la chaîne d'orientation. Lors de la révision de leur HBP, l'Éthiopie, le Pakistan, la Somalie et Zanzibar ont établi un plan de mise en œuvre, en prenant en compte les différentes plateformes de prestation de services, les facilitateurs et les obstacles existants dans les systèmes de santé, ainsi que les investissements requis.

Nous conseillons donc aux pays d'élaborer un plan de mise en œuvre, qui devrait inclure les considérations suivantes :

- Budgétisation et affectation des ressources au niveau du ministère des finances/du trésor, en fonction de l'étendue des services fournis ;
- Collaboration avec les acheteurs de services (par exemple, les autorités gouvernementales de l'État ou du district, les agences d'approvisionnement) pour planifier la mise en œuvre des révisions ;
- Révision d'une liste d'achats de médicaments, de diagnostics et de dispositifs connexes ;
- Planification des ressources de soins de santé (y compris les ressources humaines) pour répondre à l'augmentation attendue de la demande ;
- Révision des méthodes de paiement des prestataires, y compris des tarifs pour les hôpitaux ou des prix pour d'autres types de prestataires ;
- Alignement sur les directives thérapeutiques standard (STG) et mise en œuvre de celles-ci.

Le focus A sur le Ghana illustre la manière dont le pays utilise les STG pour mettre en œuvre son ensemble de prestations. Le ministère de la Santé du Kenya utilise un cadre stratégique d'approvisionnement à cette fin, comme le montre le dossier focus sur le Kenya.

FAIRE DES CHOIX
EXPLICITES SUR LA VOIE
DE LA CSU : GUIDE DE
R VISION DU PA UET DE
PRESTATIONS DE SANTE
DE JLN

Focus sur le Ghana A : Directives de traitement standard et décisions de remboursement

Le Ghana a commencé à mettre en place son Régime National d'Assurance Sanitaire (NHIS) en 2004 avec pour objectif de parvenir à une couverture sanitaire universelle. Le régime couvrait 54,4 % de la population ghanéenne en 2021. Le NHIS rembourse les prestataires accrédités pour les services fournis à ses membres inscrits suivant les protocoles de traitement décrits dans les Directives de Traitement Standard du Ghana (STG). Les STG sont rédigées par le Ministère de la Santé et révisées périodiquement par des experts cliniques en fonction des données cliniques les plus récentes. Les médicaments recommandés pour le traitement des affections dans les STG sont inclus dans la Liste des Médicaments Essentiels au Ghana (EML). L'Autorité Nationale d'Assurance de Santé (NHIA) suit les STG et EML pour l'inclusion des médicaments dans la liste des médicaments du NHIS (NHISML). Le remboursement des prestataires de soins de santé est basé sur les niveaux de la politique de prescription afin de limiter l'utilisation induite des médicaments. Cette mesure permet non seulement de garantir une utilisation sûre des médicaments aux niveaux de soins de santé appropriés, mais aussi d'économiser les coûts liés à une éventuelle utilisation inappropriée ou illimitée des médicaments.

Ce processus rationalisé offre une approche standard du remboursement pour tous les établissements de santé et permet à la NHIA de se concentrer sur son rôle de financeur, tandis que le ministère de la santé prescrit les voies de traitement recommandées et définit les lieux où l'on peut obtenir des soins pour les affections. En fin de compte, cette approche normalise le traitement et le remboursement, et élimine les contestations et les décisions d'approbation. Avec l'institutionnalisation de l'évaluation des technologies de la santé ("HTA") au Ghana, on s'attend à ce que tous les protocoles de traitement et les médicaments de la STG et de l'EML fassent l'objet d'une analyse coût-efficacité afin de promouvoir davantage les décisions de remboursement fondées sur des données probantes.

Focus sur le Kenya : Achats stratégiques de services de santé

Pour la révision du Fonds National d'Assurance de Santé (NHIF), le Ministère de la Santé du Kenya utilise un cadre stratégique de passation de marchés qui a été développé sur la base de divers rapports d'examen au niveau national et du plan stratégique du NHIF.^{6,7} Ce cadre repose sur quatre piliers :

Prestations sanitaires essentielles	Passation de marchés / contrats	Financement des prestations	Suivi et Qualité clinique
<ul style="list-style-type: none"> Un critère en 12 points pour déterminer les priorités à financer ; répond aux principes d'équité, d'accès, de protection contre les risques financiers, de besoins de la population et des pouvoirs publics. Une portée des prestations, du remboursement, du mode de paiement, de copaiement et d'éligibilité sont explicites et permettent de financer le plan de traitement conformément aux lignes directrices nationales. Élaboré conformément aux recommandations du ministère de la santé et aux meilleures pratiques mondiales, et partagé avec les parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les fournisseurs agréés et enregistrés conformément à la section 30 de la loi NHIF Des contrats explicites définissant la responsabilité, l'obligation et les remboursements Conditions d'engagement normalisées, remboursement et gamme de produits pour réduire la fragmentation et l'iniquité et pour répartir les risques Développer l'utilisation des soins de santé primaires grâce aux incitations financières Passer à des achats sélectifs pour les procédures spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> Sources de revenus prévues et montants estimés ont été profilés Mécanisme de paiement du fournisseur (MPP) et la responsabilité pour chacune des prestations contractées ont été définis Les risques, l'utilisation prévue par prestation, les projections de coûts réalisées Adopte un financement ajusté au risque, en tenant compte des caractéristiques des maladies, de l'âge, du lieu et du bassin versant, etc. Études de coûts biennales et des forums nationaux de parties prenantes sont prévus. 	<ul style="list-style-type: none"> Critères de besoins de services pour identifier les régions mal desservies du pays Passer à un financement basé sur les résultats (résultats cliniques) ; 37 indicateurs de qualité dans le tableau de bord des performances Intégrer les dossiers médicaux électroniques et l'intelligence artificielle Analyse actuarielle pour l'évaluation des produits, analyse prospective et gestion des risques Surveillance ciblée et audits médicaux

Étape 8 : Établir des mécanismes de communication et de recours

La communication et le recours sont des procédures importantes qui renforcent la légitimité des révisions des HBP en diffusant tous les changements apportés au paquet initial, y compris l'argumentation sous-jacente. Les pays doivent s'efforcer de faire en sorte que les décisions de remboursement (et les modifications qui y sont apportées) soient communiquées par divers canaux à toutes les parties prenantes concernées, y compris le grand public.

Un mécanisme de recours fait référence à un canal et à une procédure par lesquels les parties prenantes ont la possibilité de demander l'annulation d'une décision ou la réévaluation d'une recommandation, sur base de nouveaux arguments ou de nouvelles preuves qui seraient devenues disponibles. Les pays doivent mettre en place une procédure de recours, y compris les exigences concernant la fourniture de nouveaux éléments de preuve et des règles de révision claires.⁴¹

Étape 9: Assurer le suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation (S&E) impliquent un processus de collecte systématique de données au fil du temps sur un ensemble d'indicateurs prédéfinis et l'utilisation de ces données pour juger si les objectifs et les attentes sont atteints et si des mesures correctives sont nécessaires. Idéalement, il devrait être conçu dès le départ, sur la base de l'analyse de la situation et dans le cadre de l'étape 1, puis affiné une fois que toutes les autres étapes ont été franchies.

Le S&E peuvent révéler comment le HBP révisé est mis en œuvre et/ou son impact global, et permettent à ces agences d'être réceptives aux nouvelles idées et de corriger les lacunes potentielles de manière opportune et proactive en implémentant des mesures d'amélioration.^{52, 53} À titre d'exemple, les données relatives à l'utilisation et aux coûts (pour les services inclus dans le HBP révisé) peuvent être collectées systématiquement ou périodiquement afin de s'assurer que la demande et l'accès aux services changent suite à la mise en œuvre du HBP révisé. Cela peut se faire à peu de frais si les systèmes d'information sanitaire sont en place et alignés sur la fourniture du HBP. Comme nous l'expliquons au chapitre 7, les informations financières (par exemple, les données sur les dépenses) doivent être collectées et examinées au moins deux fois par an afin de permettre aux décideurs de prendre des mesures correctives en cas de dérapage des dépenses.

Institutionnalisation

Les pays devraient s'efforcer d'institutionnaliser le processus de prise de décision afin de faciliter la révision permanente du HBP et d'obtenir un impact durable.^{54, 55} L'institutionnalisation implique un ensemble d'activités par lesquelles un processus de prise de décision devient une partie intégrante d'un système de planification et est ancré dans les pratiques courantes.^{54, 55} L'institutionnalisation de la conception du HBP est liée à des questions telles que le cadre juridique, la gouvernance, la capacité et le financement.

Focus sur le Soudan : Dispositions pour l'institutionnalisation du paquet de services

Au Soudan, un document spécifique a été préparé pour l'institutionnalisation, parallèlement à l'élaboration du Paquet de prestations sanitaires essentielles (EHBP). Ce document visait à suggérer un ensemble de conventions de gouvernance, d'actions de gestion et de ressources nécessaires à l'institutionnalisation de l'EHBP et des mécanismes financiers connexes de 2020 à 2025. La particularité de ce document réside dans le fait que l'EHBP sera en fin de compte compatible avec la gouvernance plus large du système de santé soudanais. Pour élaborer ce document, toutes les fonctions et activités essentielles nécessaires au cours de la période de cinq ans ont été identifiées. Ensuite, les modalités de gouvernance requises pour ces fonctions et activités ont été cartographiées. Enfin, les groupes consultatifs et les groupes techniques ont été définis, le cas échéant. Il en est résulté un conseil national des soins de santé (présidé par le ministre fédéral de la santé et coprésidé par le ministre fédéral du travail et du développement social) pour la gouvernance et trois conseils subordonnés pour la prestation, le financement et les questions de politique générale. En outre, les activités de l'EHBP seront coordonnées par une équipe dédiée au programme EHBP qui reçoit des contributions de groupes d'experts. Les panels couvrent divers domaines de développement de l'EHBP, tels que l'éducation et la formation ou le suivi et l'évaluation. Les organes responsables de la mise en œuvre ont également été définis. Le Fonds National d'Assurance de Santé détient et décaisse les fonds de santé mis en commun. Les ministères de la santé de l'État fédéral et des États fédérés veilleront à la mise en œuvre durable du programme de santé publique par des ressources sanitaires appartenant à l'État et/ou en partenariat avec le secteur privé ou le secteur tertiaire, et au respect des normes et des objectifs en matière d'efficacité, de sécurité et de valeurs.

À titre d'exemple, le gouvernement soudanais a préparé un document spécifique pour l'institutionnalisation, parallèlement au développement du paquet de services, détaillant un ensemble de conventions de gouvernance, d'actions de gestion et de ressources nécessaires à l'institutionnalisation du HBP et des mécanismes financiers connexes entre 2020 et 2025. L'objectif est que la révision du programme HBP soit finalement compatible avec la gouvernance plus large du système de santé soudanais. Pour plus de détails, voir le focus sur le Soudan. Nous recommandons vivement aux pays de favoriser l'institutionnalisation de leur processus de révision de leur HBP.⁵⁴

Gestion de la conception et des révisions du HBP dans les États fédéraux

Une situation particulière se présente dans les pays dotés d'un système de gouvernement fédéral, comme l'Inde, le Nigeria et l'Éthiopie.⁵⁶ Il peut exister un programme HBP générique au niveau national, que les niveaux inférieurs de gouvernement peuvent vouloir personnaliser en fonction de leurs propres préférences et des circonstances locales. Dans certains cas, des représentants des autorités sanitaires locales peuvent être inclus dans le comité consultatif ou dans le processus décisionnel afin de refléter leur expérience de la mise en œuvre du HBP et des contraintes qui en découlent. Par exemple, l'Autorité nationale de la santé en Inde assure la gestion de la conception, du déploiement et de la mise en œuvre du programme PMJAY du pays. Les États disposent d'une certaine autonomie pour procéder à des ajustements : ils peuvent ajouter des services, mais n'en supprimer aucun. Ils adoptent et mettent ensuite en place leurs propres régimes en intégrant des régimes préexistants et en les alignant sur PMJAY, avec différents niveaux de subvention par le gouvernement fédéral. Le focus sur l'Inde retrace l'historique de la fusion des différents régimes d'assurance de santé dans le PMJAY ; il décrit également la façon dont trois États ont ensuite adapté leurs régimes d'assurance de base à leur situation locale et à leurs préférences.

Focus sur l'Inde : Les gouvernements des États adaptent le paquet de prestations de santé au niveau fédéral

Le plus vaste régime national d'assurance de santé parrainé par l'État est géré par l'Inde. Lancé par le ministère de la santé et du bien-être familial en 2018 sous le nom d'*Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana* (littéralement : Régime de santé populaire du Premier ministre ; on dit aussi AB-PMJAY ou PMJAY), il vise à fournir un accès gratuit à une couverture d'assurance maladie aux Indiens à faibles revenus, soit environ les 50 % les moins bien lotis de la population du pays.

Alors que le NHA fournit le cadre du HBP au niveau national, les États disposent d'une certaine autonomie pour procéder à des ajustements en fonction de leurs préférences et des circonstances locales : ils peuvent ajouter des services, mais ne pas en supprimer. Ils adoptent et mettent en place leurs propres régimes en intégrant des régimes préexistants et en les alignant sur PMJAY, avec différents niveaux de subvention par le gouvernement fédéral.

À titre d'exemple, le gouvernement de l'État de Karnataka a formé plusieurs sous-comités chargés d'examiner à la fois PMJAY et le régime déjà en place (*Arogya Karnataka*) pour diverses pathologies et spécialités. Après des discussions approfondies, les recommandations de ces sous-comités ont été soumises à l'approbation du comité chargé de l'examen de la totalité du paquet, dirigé par le secrétaire principal à la santé de l'État. Les principales caractéristiques de PMJAY au Karnataka sont les suivantes :

1. Introduction d'une tarification différenciée pour les hôpitaux publics et privés ;
2. Catégorisation des paquets en procédures secondaires, secondaires complexes, tertiaires et d'urgence et
3. Système de transfert obligatoire, sauf pour les procédures d'urgence.

Alors que le PMJAY national couvre les transplantations rénales, le HBP de l'État du Karnataka couvre également les transplantations cardiaques et hépatiques.

Messages à retenir

1. La révision du HBP nécessite plusieurs actions, notamment la mise en place d'un comité consultatif, la collecte de données probantes et l'établissement d'un ordre de priorité des services ; il est préférable de la considérer comme un processus progressif.
2. Il est conseillé aux pays d'adapter l'ordre et le contenu de chaque étape à leur propre contexte décisionnel - par exemple, s'il s'agit d'une révision périodique ou ponctuelle.
3. Il est important de garantir l'équité de la révision du HBP. La transparence et l'implication significative des parties prenantes sont des aspects essentiels et doivent être pris en compte tout au long du processus.
4. La mise en place est essentielle pour garantir que les services sont accessibles aux citoyens éligibles et qu'ils sont fournis dans la réalité. La mise en place nécessite une planification et une coordination minutieuse.
5. L'institutionnalisation du processus de révision peut faciliter la révision permanente et produire un impact durable.

Chapitre 5 : Quelle approche analytique convient-elle mieux aux défis locaux ?

Comme indiqué au chapitre 2, les pays peuvent avoir diverses raisons de réviser leur HBP. À des fins d'analyse, nous distinguons huit défis typiques qui nécessitent des approches méthodologiques spécifiques pour la révision du HBP (Tableau 5.1). En pratique, les pays peuvent être confrontés simultanément à certaines de ces situations et peuvent donc être amenés à combiner les approches correspondantes.

Ces défis et approches reconnaissent explicitement que les pays doivent être très sélectifs en ce qui concerne les services qu'ils évaluent. Un pays ne dispose généralement que d'une capacité financière et analytique limitée pour la révision de son HBP, et des choix importants doivent être faits quant à l'utilisation de cette capacité. En d'autres termes, même si une révision de tout le secteur peut sembler plus pertinente du point de vue des systèmes de santé, il peut être plus efficace d'utiliser la capacité analytique pour concentrer les activités et réaliser une révision partielle, une analyse progressive ou une révision rapide. De plus amples informations sur la sélection des services à évaluer sont disponibles ailleurs.⁵⁷⁻⁵⁹

Tableau 5.1 : Taxonomie des approches de révision du HBP

Défis	Approches potentielles
A. Préoccupations relatives à l'abordabilité	Révision de tout le paquet Révision partielle du paquet Analyse incrémentale Révision rapide
B. Préoccupations relatives à l'inefficacité des services	Révision de tout le paquet Révision partielle du paquet Analyse incrémentale Révision rapide
C. Le HBP implicite se développe automatiquement avec de nouveaux services (coûteux).	Réviser le HBP pour en faire un paquet explicite avec une liste positive
D. Pression pour inclure de nouveaux services	Évaluer les nouveaux services à l'aide d'une analyse incrémentale
E. Inadéquation entre le PBH et la charge de morbidité	Évaluer les nouveaux services éventuellement pertinents par une analyse incrémentale Révision partielle ou complète du paquet
F. Le HBP requiert un alignement sur les objectifs du système de santé (mis à jour)	Révision partielle ou totale du paquet
G. Le HBP considéré comme inacceptable par les parties prenantes	Améliorer le processus décisionnel en termes de transparence et d'implication des parties prenantes
H. Les services du HBP sont sous-utilisés ou surutilisés	Identifier les raisons spécifiques

Nous allons aborder chacun de ces défis et les approches correspondantes.

A. Préoccupations relatives à l'abordabilité

Un pays peut avoir un HBP qui inclut une large gamme de services dépassant les ressources financières disponibles. Si une augmentation des ressources financières n'est pas possible (voir le Chapitre 7 pour une discussion sur les ressources), les services peuvent ne pas être fournis avec une couverture complète (c'est-à-dire un rationnement implicite), ou la qualité du service peut être compromise. Dans une telle situation, il peut s'avérer nécessaire de réduire la portée du HBP dans une ou plusieurs dimensions du cube de la CSU, c'est-à-dire en termes de la gamme de services couverts, de la couverture de la population et/ou des niveaux de co-paiement.²⁸ Les préoccupations liées à l'abordabilité (et à la durabilité) ont constitué une raison importante de réviser le paquet de prestations du Régime national d'assurance de santé (NHIS) au Ghana et du Régime national d'assurance de santé en Indonésie (voir le focus B sur le Ghana et le focus A sur l'Indonésie).

Focus sur le Ghana B : Assurer la durabilité financière lors de la révision du paquet de prestations

De façon anecdotique, il est souvent dit que le paquet de prestations actuel du NHIS, qui couvre environ 95% des maladies survenant au Ghana, est trop important pour être financièrement durable. En 2018, l'Autorité Nationale d'Assurance de Santé (NHIA), en collaboration avec ses partenaires, a construit un nouveau modèle actuariel destiné à remplacer le modèle qui était en place depuis 2004. Grâce à un niveau plus élevé de désagrégation, le nouveau modèle a permis de faire des projections de l'impact financier lié à l'ajout de nouvelles prestations au paquet et d'évaluer de manière plus granulaire la durabilité financière du NHIS. Les exemples de nouvelles prestations évaluées sont notamment le dépistage et le traitement du cancer du sein et du col de l'utérus, le VIH/SIDA, la leucémie infantile, le dépistage du diabète et le traitement de la drépanocytose à l'aide de l'hydroxyurée. Le modèle actuariel s'est appuyé sur les données relatives aux demandes de remboursement et aux affiliations au NHIS, sur des informations provenant d'études sur la charge mondiale de morbidité, sur des données relatives à la population nationale, sur les prévisions budgétaires du ministère des finances et sur les données relatives aux revenus et aux dépenses du NHIS pour modéliser les projections.

Il a été constaté que le NHIS resterait pérenne avec ses rentrées financières actuelles si les services de planification familiale clinique et quatre cancers infantiles (leucémie lymphoblastique aiguë, lymphome de Burkitt, rétinoblastome et tumeur de Wilms) étaient inclus dans le paquet de prestations. Après l'ajout de ces services en juillet 2022, le NHIA a décidé d'institutionnaliser cette stratégie de révision progressive fondée sur les projections du modèle actuariel. Cela permettrait de garantir la soutenabilité financière du régime, en gardant à l'esprit la capacité des fonds réservés actuels à supporter de nouvelles inclusions.

Focus sur l'Indonésie A : Maîtriser les déficits financiers devenus des excédents inattendus

En raison de la nature complète du paquet de prestations de l'assurance de santé nationale indonésienne (Jaminan Kesehatan Nasional, JKN), le coût de sa mise en œuvre est élevé. Sans subvention gouvernementale, le JKN connaîtrait d'importants déficits financiers. En 2019, cinq ans après le lancement du JKN, le gouvernement a ordonné une révision complète du paquet de prestations, laquelle a débuté en 2022.

Entre-temps, le gouvernement a pris plusieurs autres mesures : une révision rigoureuse de l'utilisation des soins de santé afin d'identifier les inefficacités ou les fraudes potentielles dans les dépenses de santé du JKN ; et l'allocation de subventions gouvernementales supplémentaires, financées en partie par un droit d'accise sur le tabac.

Le gouvernement a aussi demandé au Conseil national d'audit de réaliser un audit afin d'identifier les causes profondes du déficit, y compris les domaines où une mauvaise gestion est possible. L'audit a révélé un écart entre le taux de cotisation actuel du JKN et le calcul actuariel. Au début de l'année 2020, le gouvernement a alors décidé d'augmenter le taux de cotisation. À peu près au même moment, la pandémie de COVID-19 s'est déclarée, entraînant une baisse significative de l'utilisation des soins de santé par les JKN, car les gens ont commencé à fuir les établissements de santé par crainte d'être infectés.

La combinaison de l'augmentation des contributions JKN et de la réduction de l'utilisation des services a soudainement abouti à un excédent financier. La portée de la révision du HBP s'en est trouvée complètement modifiée, l'accent étant mis sur l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins. Quatorze types de dépistage différents visant à détecter les maladies le plus tôt possible ont été ajoutés au paquet de services offert par les établissements de soins de santé primaires et inclus dans les prestations du JKN. Les modalités techniques de la mise en œuvre effective font encore l'objet de discussions.

Il existe plusieurs options méthodologiques pour les pays qui prévoient de réduire leur HBP plutôt que d'augmenter l'enveloppe budgétaire. Un élément important est l'étendue du défi : l'accessibilité financière concerne-t-elle l'ensemble du système de santé ou seulement des conditions ou des services spécifiques ?

- Si les défis sont pertinents pour tout le système de santé, nous conseillons aux pays d'entreprendre une révision du paquet complet. Une telle révision évalue la gamme complète de services en un seul effort concentré et identifie la gamme optimale de services compte tenu des ressources financières et humaines disponibles.⁶⁰ Plusieurs pays, dont l'Éthiopie, le Pakistan et le Soudan se sont récemment lancés dans cette approche, avec le soutien du projet "Priorités de contrôle des maladies" (DCP). Ce projet offre une série de modèles que les pays peuvent utiliser comme point de départ de l'analyse.⁶¹ Le focus A sur l'Éthiopie décrit la révision du paquet de services de santé essentiels (EHSP) en Éthiopie en 2019. Il convient de noter qu'une révision de l'ensemble du paquet nécessite une capacité d'analyse considérable et peut poser des problèmes en termes de volonté politique et de faisabilité de la mise en œuvre - autant de facteurs qui devraient être explicitement pris en compte dans le processus de révision.³¹ Les pays peuvent faire un usage optimal de leur capacité d'analyse en focalisant leur révision sur l'évaluation des services dont le caractère abordable suscite des inquiétudes (les parties prenantes peuvent jouer un rôle dans l'identification systématique de ces services).
- Les pays peuvent aussi procéder à une révision partielle du paquet et limiter l'analyse à des conditions spécifiques considérées comme problématiques et/ou urgentes. Cette approche a été utilisée en Iran lors de deux révisions consécutives du paquet de services pour la sclérose en plaques et le diabète sucré de type 2, respectivement.⁶² Pour les deux conditions, les parties prenantes ont désigné une série de services qui ont été évalués en détail. Pour plus de détails, voir le focus sur l'Iran. Toutefois, il faut savoir que les analyses spécifiques à une pathologie excluent la réaffectation des ressources entre les différents domaines de la maladie ; les gains peuvent donc être limités.

Focus sur l'Iran : Révision du paquet de prestations de santé en fonction du groupe d'appartenance

Le Haut Conseil d'Assurance de santé (HCHI) coordonne les révisions périodiques du paquet de prestations de l'assurance de santé iranienne (HIBP). Depuis 2019, le HCHI a ciblé des groupes de maladies, chacun impliquant plusieurs services. Il a été décidé de ne pas évaluer l'ensemble du HIBP en une seule fois, car cela nécessiterait une capacité analytique beaucoup plus importante et exclurait une analyse approfondie.

La première révision concernait le diagnostic et le traitement de la sclérose en plaques (MS), pour lesquels le HCHI a utilisé à titre expérimental le cadre des processus délibératifs fondés sur des données probantes. Les parties prenantes ont désigné neuf services (sur plus de 50 services au total), dont certains ont été jugés de faible valeur et/ou inabordables, ainsi que quelques nouveaux services (deux diagnostics et deux médicaments de haute technologie). Ces neuf services ont été évalués et appréciés. Des recommandations ont été formulées sur la couverture (conditionnelle) des services, avec une réaffectation potentielle de 8 millions de dollars par an. Après leur adoption au début de l'année 2021, les recommandations ont été transformées en politique officielle.

La mise en œuvre du paquet de services révisé pour la sclérose en plaques devrait améliorer la qualité des soins pour les patients atteints de sclérose en plaques ainsi que l'accessibilité financière du paquet, avec un impact budgétaire net nul. La légitimité de la prise de décision a été renforcée par l'implication des parties prenantes qui ont délibéré en se fondant sur des preuves disponibles et de manière progressive et transparente. Le projet pilote a permis d'aider le système de santé iranien à progresser plus rapidement vers la CSU pour une gamme plus large de services de santé essentiels. La deuxième révision concernait le diabète sucré (type 2) et s'est achevée au début de l'année 2022. Des révisions ultérieures sont en cours pour la gestion de l'hypertension, le cancer du sein et les troubles schizophréniques.⁶²

- Alternativement, les pays peuvent évaluer des services individuels en menant des analyses incrémentales au fil du temps, aussi appelées "évaluation incrémentale des technologies de la santé"¹⁸ dans lesquelles les nouveaux services sont évalués par rapport à ceux du paquet existant. L'analyse incrémentale peut soutenir les décisions de révision du HBP, par exemple en empêchant l'inclusion de services de faible valeur ou en soutenant les négociations de prix avec les fabricants ou les prestataires de services. La portée d'une telle analyse est plus restreinte que celle des révisions de l'ensemble du paquet ou des révisions partielles, mais l'avantage est qu'elle nécessite moins de capacité analytique que la réalisation d'une révision complète et peut également être moins difficile en termes de volonté politique et de faisabilité pour la mise en œuvre. Un exemple est le travail de HITAP en Thaïlande - en particulier son évaluation de la dialyse dans l'insuffisance rénale terminale pour la décision de couverture par l'assurance (voir le focus sur la Thaïlande).

Focus sur la Thaïlande : Analyse incrémentale de la dialyse au stade terminal de l'insuffisance rénale

Le traitement de l'insuffisance rénale au stade terminal est reconnu comme un sérieux défi économique et politique dans le domaine des soins de santé. La thérapie de remplacement rénal est cruciale pour les patients, mais elle est connue pour être une technologie de santé très coûteuse. Il existe essentiellement trois options : la dialyse péritonéale (DP), l'hémodialyse (HD) ou la transplantation rénale. Des études antérieures ont confirmé que la transplantation rénale est l'option la plus rentable et qu'elle est souvent considérée comme le choix privilégié. Mais dans de nombreux pays, dont la Thaïlande, le nombre de donneurs de rein est très insuffisant pour répondre à la demande.

Depuis 2001, la Thaïlande offre une couverture sanitaire par le biais d'un régime de la CSU qui repose sur l'impôt. En 2007, ce régime couvrait une population de 45 millions de personnes qui n'étaient éligibles ni au régime de prestations médicales des fonctionnaires (CSMBS), ni au régime de sécurité sociale (SSS). Alors que les trois modalités de traitement de l'insuffisance rénale terminale étaient couvertes par la CSMBS et la SSS, aucune ne l'était dans le cadre de la CSU. Ceci a entraîné une forte pression de la part des différentes parties prenantes pour que les bénéficiaires de la SCU aient au moins accès à la PD et à l'HD. Une analyse coût-efficacité incrémentale a conclu qu'offrir la PD comme traitement initial était un meilleur choix que l'HD. En 2008, la PD a été ajoutée à l'ensemble des prestations de la SCU, accompagnée de plusieurs autres mesures politiques visant à encourager les prestataires de soins de santé à offrir des services de PD.^{63, 64}

- Enfin, lors de l'évaluation des services individuels, les pays peuvent également souhaiter procéder à une révision rapide, parfois appelée stratégie des "fruits mûrs". Dans cette approche, les analystes examinent systématiquement le HBP à la recherche de services coûteux pour lesquels des alternatives moins chères sont disponibles (par exemple, les biosimilaires), ou de services dont l'efficacité est limitée et dont l'exclusion du paquet peut alors être envisagée. Le travail effectué au Viêt Nam en est un très bon exemple (voir le focus sur le Viêt Nam).

B. Préoccupations relatives à l'inefficacité des services

Un pays peut craindre que son HBP inclue des services inefficaces. Ces services ne sont pas rentables et un pays peut envisager de consacrer ses ressources rares à d'autres services qui répondent mieux aux besoins de sa population. Par exemple, un pays qui investit actuellement des ressources dans le traitement onéreux des stades avancés de la bronchopneumopathie chronique obstructive, pour lequel il existe des preuves d'inefficacité,⁴ pourrait souhaiter réévaluer cet investissement. L'inefficacité peut aussi résulter de facteurs liés au système, par exemple les modalités de prestation. Dans ce cas, les pays disposent des mêmes options que dans la section A : ils peuvent procéder à un examen de l'ensemble du paquet si les gains d'efficacité sont soupçonnés de concerner l'ensemble du système de santé, à une analyse partielle si les gains d'efficacité ne sont jugés pertinents que pour des conditions spécifiques, ou à des examens rapides pour identifier systématiquement les gains d'efficacité des services individuels (dans ce dernier cas, par exemple, en identifiant les services très coûteux et en évaluant s'ils sont inclus dans les lignes directrices de traitement). Bien qu'il s'agisse d'une approche efficace pour obtenir des gains rapides, la stratégie de révision rapide ne permet pas d'évaluer des gains d'efficacité moins évidents, par exemple en transférant des services du niveau tertiaire au niveau secondaire - cela nécessiterait des analyses comparatives approfondies des coûts, des effets sur la santé et de la qualité des services.

C. Le HBP implicite se développe automatiquement avec de nouveaux services (coûteux)

Les pays ayant un HBP implicite, ou un HBP avec seulement une liste négative explicite, courent le risque que de nombreux nouveaux services (coûteux) soient couverts automatiquement. Les budgets étant généralement limités, cela signifie que moins de ressources sont disponibles pour d'autres services, ce qui peut entraîner un effet d'éviction (sous-financement du personnel et/ou de l'équipement et compromission de la qualité des services). Dans ce cas, nous recommandons aux pays de réviser leur HBP et d'opter pour un paquet explicite avec une liste positive. Cela signifie que tous les services couverts sont explicitement énumérés et que tout ce qui n'est pas énuméré n'est pas couvert. Dans ce cas, il peut toujours y avoir des pressions pour ajouter de nouveaux services au HBP, ce qui soulève la problématique ci-dessous.

D. Pression pour inclure de nouveaux services

Les pays disposant d'un HBP explicite avec une liste positive peuvent subir des pressions de la part des parties prenantes pour inclure de nouveaux services. Dans ce cas, nous recommandons aux pays de mener une analyse incrémentale telle que décrite dans la section A pour aider à générer des preuves suffisantes permettant d'aider les décideurs. Citons l'exemple de l'évaluation de la dialyse dans l'insuffisance rénale terminale pour les décisions de couverture en Thaïlande (voir le focus sur la Thaïlande).

E. Inadéquation entre le HBP et la charge de morbidité

Un changement dans la charge de morbidité d'un pays peut impliquer qu'un HBP devienne rapidement obsolète. Par exemple, de nombreux PRFM connaissent une transition épidémiologique vers une augmentation de la charge de morbidité due aux MNT.⁶⁵ Les changements dans les profils de la charge de morbidité se manifestent généralement par des demandes d'ajout de nouveaux services au HBP. Selon la façon dont les pays ont organisé leur HBP, les nouveaux services peuvent être automatiquement couverts (ce qui nécessite le type d'actions correctives décrites dans la section C) et/ou doivent faire l'objet d'une évaluation avant qu'une décision d'inclusion ou d'exclusion puisse être prise (voir le conseil dans la section D). S'il existe une inadéquation relativement importante entre le PBH du pays et la charge de morbidité, une révision partielle ou complète du paquet peut s'avérer nécessaire. Si le décalage n'est pas si important, il peut être suffisant d'évaluer les services individuels en effectuant des analyses incrémentales.

F. Le HBP requiert un alignement sur les objectifs du système de santé (mis à jour)

Si un pays met à jour sa stratégie nationale pour le secteur de la santé, il se peut que le HBP doive être mis en conformité. Par exemple, si un pays souhaite renforcer les services de soins de santé primaires, il peut vouloir revoir les dépenses actuelles pour les services hospitaliers secondaires et tertiaires. Dans ce cas, nous conseillons aux pays de suivre l'approche mentionnée dans la section A : entreprendre une révision de l'ensemble du paquet si l'alignement est nécessaire pour tout le système de santé, ou bien une révision partielle si l'alignement est nécessaire pour des conditions spécifiques. Le focus sur la Mongolie décrit l'exemple de la Mongolie en ce qui concerne son changement stratégique prévu de l'hôpital vers les soins primaires, y compris les étapes réalisées et planifiées vers la réalisation de cet objectif du système de santé.

Les pays peuvent aussi souhaiter réviser leur HBP pour des raisons d'équité. Si un pays gère différents régimes pour différentes populations - par exemple, un pour les fonctionnaires, un pour les employés du secteur privé et un autre pour tous les autres citoyens - il peut vouloir les fusionner en un seul régime afin que tout le monde ait droit aux mêmes services. C'est ce qui s'est passé en Inde et en Indonésie (voir Focus Inde et Focus Indonésie B). Un autre exemple est celui de l'Afrique du Sud, où les secteurs public et privé ont historiquement fonctionné en parallèle, avec des programmes de santé publique distincts qui ont renforcé les hauts niveaux historiques d'inégalité et d'inefficacité. Le pays se prépare à mettre en place une Assurance Nationale de Santé (NHI) comme stratégie pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle dans le cadre de sa réforme visant à créer un système de santé unique. Les focus A et B sur l'Afrique du Sud fournissent de plus amples informations. Les préoccupations liées à l'équité ont également motivé une révision des services relatifs à la sclérose en plaques (MS) dans le paquet de prestations de l'assurance de santé en Iran. Une réaffectation ultérieure des ressources devrait améliorer l'accessibilité financière et la durabilité des services liés à la sclérose en plaques.⁶² Pour plus de détails, voir le focus sur l'Iran.

Focus sur la Mongolie : Réforme du financement de la santé

En 2020, le gouvernement de la Mongolie a commencé à mettre en place une importante réforme du financement de la santé, passant d'une budgétisation basée sur les intrants à un financement basé sur les résultats pour tous les niveaux de soins à partir d'un fonds combiné du budget de l'État et des fonds d'assurance de santé (HIF). Ce fonds intégré est géré par l'Office Général d'Assurance de la Santé (HIGO), qui est devenu l'autorité unique d'achat de la Mongolie. Le mandat de HIGO inclut désormais la révision du paquet de prestations de santé sur la base de données probantes.

Le HIF couvre désormais tous les services essentiels, y compris les soins intensifs et d'urgence pour les accouchements compliqués, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les traumatismes et les brûlures. La liste des médicaments remboursables a été révisée, entraînant une augmentation de 43 % du taux d'accès sur une période de 12 mois (2020–2021).⁶⁶ Le renforcement des soins primaires étant une priorité du gouvernement, les tarifs des consultations ont été doublés et calculés par habitant à l'aide d'un coefficient géographique dans les zones reculées. Les centres de santé familiale (CSF) sont financés par le HIF, en utilisant une combinaison de paiements pour les principales catégories de soins et pour des services tels que les tests de diagnostic, les soins à domicile et de jour, et la rééducation.

Quatre interventions clés ont permis d'améliorer la protection financière des assurés : (1) les plafonds annuels de prestations par personne ont été supprimés ; (2) le HIF couvre désormais intégralement tous les soins essentiels et coûteux sans aucun co-paiement ; (3) sept groupes de population sont désormais totalement exemptés de co-paiement ; (4) les centres de soins primaires (Soum Health Centres, SHC) bénéficient d'un soutien financier supplémentaire utilisé par le coefficient géographique, en particulier dans les zones reculées.

L'allocation de fonds pour les centres de santé familiale et les centres de santé sociale combinés est passée de 17 % à 20 % des dépenses totales de santé du gouvernement. En augmentant les taxes sur l'alcool et les produits du tabac, le gouvernement mongol mobilise des ressources supplémentaires pour les interventions en faveur d'un mode de vie sain et de la sécurité environnementale.

Focus sur l'Indonésie B : Fusion de plusieurs régimes d'assurance de santé

L'assurance nationale de santé indonésienne JKN a été créée en 2014 après la fusion de quatre régimes qui ciblaient différents groupes de population - les fonctionnaires (gérés par Askes Sosial), les pauvres (Jamkesmas), les travailleurs du secteur privé (Jamsostek), et le personnel policier et militaire (ASABRI) - et de divers régimes d'assurance de district/provinciaux (Jamkesda). Chaque régime avait son propre paquet de prestations et utilisait des systèmes différents de paiement des prestataires. Au cours de la phase de préparation du JKN, les ministères concernés ont convenu que l'ensemble des prestations du JKN serait complet en ce sens qu'il devrait couvrir tous les traitements et appareils dont la nécessité médicale est avérée. Les prestations du JKN devront offrir aux citoyens indonésiens une protection financière maximale contre les dépenses de santé catastrophiques. Il n'y aurait pas de partage des coûts.

JKN compte deux types de membres, avec des droits légèrement différents : les membres subventionnés, dont l'inscription est payée par le gouvernement, et les membres non subventionnés, qui cotisent par le biais de déductions salariales ou de paiements directs. Les premiers sont censés s'inscrire dans l'un des centres publics de soins de santé primaires.

S'ils sont admis dans un hôpital, ils ont droit à des chambres de troisième classe (six lits par chambre). Les membres non subventionnés peuvent s'inscrire dans des cliniques publiques ou privées, ou auprès d'un médecin généraliste individuel ; pour leurs soins hospitaliers, ils ont droit à des chambres d'hospitalisation de première ou de deuxième classe (deux et quatre lits par chambre, respectivement). Les membres qui préfèrent bénéficier de meilleures prestations peuvent souscrire une assurance de santé privée complémentaire dans le cadre de ce que l'on appelle le mécanisme de "coordination des prestations" (COB).

Focus sur l'Afrique du Sud A : Une architecture de données pour un paquet de prestations d'une assurance de santé nationale émergente

L'Afrique du Sud se prépare à mettre en place une Assurance Nationale de Santé (ANS) dans le cadre d'une stratégie visant à accélérer les progrès vers la CSU. La réforme est conçue pour créer un système de santé unique à partir des secteurs public et privé qui ont historiquement fonctionné en parallèle, renforçant ainsi les niveaux élevés d'inégalité et d'inefficacité. Des régimes de prestations de santé distincts pour le secteur public et le secteur privé se sont concentrés de manière disproportionnée sur les soins de santé primaires (PHC) et les services hospitaliers, respectivement, ainsi que des systèmes distincts pour planifier, fournir et surveiller la fourniture des services.

Le Département National de la Santé est en train d'établir une architecture de données et une base de données qui reflète une liste positive de toutes les prestations de soins de santé primaires qui seront achetées par le NHI auprès des fournisseurs publics et privés. Appelé Cadre des Prestations de Services (SBF), il se compose de quatre modules :

1. Service : Liste des paires condition-service
2. Résultat : Niveau patient et population
3. Ressources : Ressources moyennes nécessaires par patient pour chaque paire condition-service
4. Coût : Coût moyen par patient et par paire condition-service.

Chaque prestation est définie à l'aide de la Famille des Classifications Internationales de l'OMS : la CIM-11, l'ICHI et la CIF. Ensuite, un sous-ensemble de paires condition-service traceur est délimité dans les quatre modules du SBF. Les parcours de soins décrivent la manière dont le guide national de pratique clinique devrait être traduit sur la plateforme de prestation de services sud-africaine. Ils fournissent des exemples concrets (normatifs) de ce à quoi ressemblent les soins centrés sur le patient pour différentes populations à risque (prévention) et dans le besoin (traitement). À chaque visite le long du parcours de soins, le niveau le plus bas du système de santé à laquelle on peut s'attendre à ce que la visite ait lieu est défini, avec les exigences moyennes et/ou minimales correspondantes en termes de ressources. Le parcours de soins, le niveau et les ressources sont sélectionnés en fonction de l'examen, par une équipe pluridisciplinaire, des objectifs existants en matière de politique, d'équité et d'efficacité - et des compromis proposés, le cas échéant, re applicable.

Focus sur l'Afrique du Sud B : Transparence dans l'élaboration du Cadre des prestations de services de la NHI

La population initiale de la base de données du SBF est destinée à fournir une base de référence des services actuellement disponibles dans le secteur public, sur laquelle le secteur privé alignera son HBP, et d'informer un processus de collecte de preuves nécessaires à la mise en œuvre de routine ultérieure d'un processus délibératif de définition des priorités. Cependant, la poursuite du développement du SBF est destinée à servir une série d'objectifs liés au renforcement de la gouvernance par la transparence, la cohérence et la participation des parties prenantes.²⁷ En étant mis à la disposition des différents groupes de parties prenantes, il renforcera l'engagement des parties prenantes dans un processus normalisé et transparent de définition des priorités. En codifiant chaque prestation en fonction de la politique existante, on en fera un élément de l'infrastructure nationale d'information numérique utilisée pour planifier, mettre en œuvre et suivre la prestation de services jusqu'au niveau du patient. Elle fournira une définition claire des services requis pour atténuer les risques associés aux paiements groupés tels que la capitation et soutiendra des paramètres clairs pour les achats nationaux et les achats stratégiques. En outre, il permettra d'analyser les cas potentiels de fraude et/ou de gaspillage et les politiques existantes qui ne sont pas pratiques ou financièrement durables, indiquant ainsi la nécessité d'une révision. En ce sens, le SBF servira de base à un cadre de suivi et d'évaluation pour la planification et la mise en œuvre de la NHI.

G. Le HBP est considéré comme inacceptable par les parties prenantes

La composition du HBP peut susciter l'opposition des fabricants, des professionnels de la santé, des patients ou d'autres groupes d'intérêt. Ils peuvent plaider en faveur de la couverture de services spécifiques, d'une plus grande couverture des services inclus ou d'une réduction des niveaux de co-paiement pour les services inclus. Bien que ces parties prenantes puissent avoir des raisons valables pour justifier leurs souhaits, il ne sera pas toujours possible d'accéder à toutes leurs demandes, pour des raisons d'abordabilité et de durabilité.

Nous conseillons aux pays d'impliquer les parties prenantes de manière proactive et explicite tout au long du processus de révision du HBP et de les sensibiliser à la nécessité de faire des choix difficiles. Cela peut conduire à une meilleure acceptation de la décision finale parmi les groupes de parties prenantes, même si le service qu'ils préfèrent n'est pas inclus dans le HBP. Il existe plusieurs exemples d'implication des parties prenantes dans les processus de révision du HBP. La révision du RAP au Pakistan a impliqué plus de 100 parties prenantes qui ont participé en tant que membres des groupes de travail techniques et/ou du comité consultatif national et qui avaient tous un droit de vote (voir le focus sur le Pakistan A pour plus de détails). Nous recommandons également aux pays de rendre la prise de décision aussi transparente que possible, en mettant à la disposition du public les critères de décision et leurs justifications.⁴²

H. Les services du HBP sont sous-utilisés ou surutilisés

Un pays peut avoir mal défini certains de ses services de santé publique dans le passé, ce qui peut aujourd'hui entraîner une sous-utilisation de ces services. Par exemple, la concentration de la chirurgie dans des hôpitaux de niveau tertiaire peut créer des obstacles à l'accès géographique, car les gens doivent parcourir des distances relativement importantes. Dans d'autres cas, une définition inadéquate des services peut également entraîner une surutilisation. On peut citer comme exemple l'élargissement implicite des critères d'éligibilité au fil du temps (par exemple, les ophtalmologues commencent à fournir des lunettes aux personnes souffrant d'une déficience visuelle légère, au lieu des seules personnes souffrant d'une déficience visuelle modérée, comme le prévoyaient les lignes directrices initiales). Dans les deux cas, nous conseillons aux pays d'étudier les caractéristiques spécifiques des services à l'origine de la sous-utilisation ou de la surutilisation (par exemple, en comparant les statistiques d'utilisation provenant des données relatives aux demandes de remboursement, des dossiers médicaux, ou des enquêtes avec les critères d'indication des services tels que définis dans les directives de traitement) et de prendre des mesures correctives.

Messages à retenir

1. Les pays peuvent être confrontés à plusieurs situations qui nécessitent une révision de leur HBP, notamment des problèmes d'accessibilité financière, des pressions pour inclure de nouveaux services et une sous-utilisation ou une surutilisation de certains services.
2. Ces situations peuvent bénéficier d'approches méthodologiques spécifiques pour la révision du HBP, telles que l'analyse incrémentale ou la revue de tout le paquet de soins.
3. Dans la pratique, les pays peuvent être confrontés simultanément à plusieurs de ces situations et peuvent donc être amenés à combiner les approches correspondantes.

Chapitre 6 : Quelles données et preuves faut-il utiliser dans la révision du HBP ?

Ce chapitre fournit des conseils sur l'utilisation des données et des preuves au cours des différentes étapes du processus de révision du HBP. Comme décrit au chapitre 4, il s'agit des dispositions préparatoires (étape 1), au cours desquelles les données probantes sur la couverture des services sont essentielles pour évaluer et comprendre la performance du HBP existant. Cela comprend aussi l'évaluation des services selon les différents critères de décision (étape 4), par exemple le coût, le rapport coût-efficacité et la protection contre les risques financiers. Pour la définition des termes spécifiques, veuillez vous référer au glossaire.

Ce chapitre s'appuie sur le "Manuel du praticien", qui fournit des informations préliminaires quant à l'utilisation de données probantes pour l'établissement des priorités, telles qu'elles ont été produites au cours de la première phase du JLN Efficacité Collaborative. Le manuel présente différents types de données et d'éléments probants et contient des conseils pratiques sur la manière de combler les lacunes des données disponibles au niveau national, sur l'opportunité d'utiliser des sources internationales et sur la manière d'institutionnaliser les données et les éléments probants et de planifier les besoins futurs liés à la collecte de données.³⁵

La production et la collecte de données et de preuves sont susceptibles d'exiger beaucoup de ressources, de sorte que les analystes doivent planifier l'utilisation de leur temps et de leurs ressources de manière efficace. Cette planification s'appuiera sur les ressources et les données et les preuves existantes, qui doivent être identifiées dès le départ. Cela permettra aussi d'orienter l'approche proposée et de fournir des échéances indicatives. Par exemple, si la révision est prévue comme une révision complète, il est peu probable que des évaluations économiques complètes et des revues systématiques soient réalisables, et les analystes donneront la priorité à des approches plus rapides. L'expérience du paquet AUGÉ du Chili décrite dans le focus sur le Chili, met en exergue les avantages de la mise en place d'un processus de révision périodique, qui garantit que les efforts de collecte de données et le temps et les ressources des analystes pour les révisions sont planifiés et canalisés efficacement.⁶⁷

Focus sur le Chili : Mise à jour du paquet AUGÉ au Chili

Au début des années 2000, le Chili a introduit des réformes visant à réduire les inégalités sociales. Dans le cadre de cet ambitieux programme, le régime d'Accès Universel avec Garanties Explicites (connu sous l'acronyme AUGÉ) a été développé afin d'aider le pays à atteindre ses objectifs de santé. Le Chili est l'un des rares exemples de pays où des dispositions prévoyant des révisions périodiques (tous les trois ans) ont été inscrites dans la loi. Cela a conduit à un échéancier d'études techniques, épidémiologiques et économiques obligatoires qui soutiennent la prise de décision pour la mise à jour de la liste des priorités.

Pour que ce travail soit effectué en temps voulu, des systèmes d'information sanitaire et des outils statistiques et épidémiologiques (y compris des enquêtes nationales) ont été mis au point pour collecter des données sur l'AUGÉ et le système de santé dans son ensemble. Parallèlement, le Chili a réalisé une série d'études pour obtenir des estimations nationales et territoriales de la charge de morbidité et des données sur le rapport coût-efficacité et les préférences sociales (bien qu'elles ne soient pas mises à jour aussi régulièrement que les autres). Des estimations mondiales sont également utilisées à des fins de comparaison afin de compléter la base de données nationale.

Il convient de noter que le pays a une longue tradition d'utilisation des données et des statistiques pour faciliter la prise de décision, ce qui se traduit par une compréhension commune des avantages et le développement de capacités internes au sein du ministère de la santé.⁶⁷

Les avantages de l'utilisation de données et de preuves sont résumés dans la Figure 6.1.

Figure 6.1 : Avantages de l'utilisation de données et de preuves



Ce chapitre fournit des conseils sur l'utilisation de sept types clés de données et de preuves susceptibles d'éclairer les révisions du HBP (encadré 6.1). Ces types de données et de preuves sont abordés ci-dessous et illustrés par plusieurs exemples tirés de l'expérience des pays. Chaque section donne un aperçu des principaux types de données et de preuves, en décrivant leurs avantages potentiels. Les sections proposent aussi des solutions pragmatiques et des moyens d'aller de l'avant en cas de défis potentiels liés à l'utilisation de ces données et preuves.

Encadré 6.1 : Principaux types de données et de preuves pour le processus de révision d'un HBP

- A. Données pour estimer l'utilisation et les besoins de santé
- B. Preuves sur l'équité et la protection financière
- C. Données sur les coûts
- D. Preuves liées au rapport coût-efficacité
- E. Analyse de l'impact budgétaire
- F. Projections de la marge de manœuvre budgétaire
- G. Bases de données générales, modèles et outils pertinents pour les révisions

A. Données pour estimer l'utilisation et les besoins des services de santé sous la version du paquet précédent

Bien que les HBP soient conçus pour refléter les besoins de santé de la population, il faut s'attendre à des changements au fil du temps et un HBP pourrait devenir obsolète. Cela peut signifier que des services essentiels ne sont pas couverts ou que la mise en œuvre du HBP devient financièrement insoutenable. Les données démographiques de routine et les données relatives aux services de santé peuvent être utilisées pour déterminer quand et comment les besoins de la population évoluent, ce qui peut alors constituer la base d'une révision. Elles peuvent aussi servir à étudier la demande et l'accès aux services couverts par la version précédente, car de nombreux pays ont exprimé leur préoccupation quant à l'insuffisance de la couverture des services à forte valeur ajoutée figurant dans le paquet.

Les données sur la charge de morbidité (BoD) peuvent fournir des indications sur les besoins sanitaires sous-jacents de la population, et la connaissance des taux d'utilisation observés est utile pour prévoir les taux d'utilisation futurs, ce qui peut en fin de compte contribuer à l'estimation de l'impact budgétaire futur. La charge de morbidité est mesurée en termes de mortalité et de morbidité - elle peut être exprimée en termes d'incidence et de prévalence d'une pathologie donnée ou en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) dues à un état de santé particulier. Les estimations modélisées de la charge de morbidité dans chaque pays sont produites par l'étude sur la Charge Mondiale de Morbidité (GBD).⁶⁸ Les bureaux nationaux de statistiques estiment aussi souvent la charge de morbidité à partir des systèmes de surveillance et de contrôle, parfois désagrégés géographiquement ou par groupes de population. Les sources de données d'enquête peuvent également contribuer à la collecte d'informations plus granulaires sur la charge de morbidité. Les enquêtes démographiques et de santé (DHS) en sont un exemple, même s'il convient de noter qu'elles se concentrent sur les Objectifs du millénaire pour le développement et sur les indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, adolescente et infantile, ce qui les rend non exhaustives.⁶⁹

Les données actualisées d'utilisation peuvent fournir un indicateur de la demande exprimée pour les services. Ceci est spécialement pertinent dans le cas des révisions, car de nombreux pays à faible revenu ayant mis en place un HBP collectent des données sur les demandes d'indemnisation et ont donc une bonne compréhension des niveaux d'utilisation. Les données sur l'utilisation des services sont particulièrement importantes pour estimer l'impact budgétaire d'une révision d'un PBH. Il convient toutefois de noter que l'utilisation n'est pas une bonne mesure des besoins en matière de santé, car elle est déterminée en grande partie par la disponibilité et l'accessibilité des services, qui peuvent être sous-optimales. Les révisions du HBP sont susceptibles de modifier la disponibilité et l'accessibilité, de sorte que des enquêtes sur les besoins non satisfaits et des prévisions minutieuses fondées sur des données probantes peuvent être nécessaires lors de l'analyse actuarielle pour tenter d'estimer l'impact de la révision proposée sur l'utilisation et, par conséquent, l'impact budgétaire total. En Thaïlande, une étude sur les besoins non satisfaits a permis de déterminer que les pauvres, les personnes âgées et les populations urbaines comme étant affectées négativement.⁷⁰ Les résultats de l'étude pourraient servir de base à une réaffectation des ressources afin d'assurer un accès plus équitable aux services.

De même, entre juillet et octobre 2019, la Malaisie a mené une enquête intitulée Enquête nationale sur la santé et la morbidité (NHMS) qui s'est concentrée notamment sur les besoins non satisfaits.⁷¹ L'enquête a révélé un nombre important de MNT non diagnostiquées auparavant chez les 40 % les plus pauvres de la population - en particulier le diabète, l'hypertension et la dyslipidémie. Ce résultat a permis de compléter la planification politique et d'éclairer les révisions du HBP puisque le ministère de la santé a ensuite élargi l'accès à un dépistage médical complet en achetant les services dans le secteur privé. Voir le focus sur la Malaisie. Le focus C sur le Ghana montre aussi l'importance du suivi de l'utilisation pour éclairer l'évaluation de l'impact budgétaire.

Focus sur la Malaisie* : Collecte de données pour l'estimation des besoins de santé et le suivi de l'utilisation des services

La Malaisie a mené sa première enquête nationale sur la santé et la morbidité (NHMS) en 1986, axée sur la prévalence des maladies et la demande de soins de santé. Cette enquête devait initialement être répétée tous les dix ans, mais à partir de 2011, des enquêtes ont été organisées chaque année, chaque fois en mettant l'accent sur une pathologie particulière.

Les résultats de l'enquête NHMS ont montré des tendances à l'augmentation de la prévalence des maladies, en particulier des MNT comme le diabète, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, qui n'ont souvent pas été diagnostiquées au sein de la population adulte.⁷² C'est ce qui a incité le Ministère de la Santé à mettre en place en 2013 un programme communautaire à l'échelle nationale connu sous l'acronyme KOSPEN (*Komuniti Sihat Pembina Negara*). Il s'agit d'un dépistage effectué par des bénévoles communautaires formés et d'une orientation vers un établissement de santé, si nécessaire. En 2015, une étude sur la qualité et le coût des soins primaires (QUALICOPC) a révélé que la plupart des malaisiens qui se rendaient dans des cliniques privées de soins primaires appartenaient à des groupes à revenus moyens ou élevés et s'y rendaient parce qu'ils se plaignaient d'une maladie ou parce qu'ils avaient été diagnostiqués plus tôt avec une certaine maladie, et que seuls quelques-uns venaient pour des examens médicaux de routine.⁷³

En avril 2019, le gouvernement a ensuite introduit une extension du paquet national de prestations de santé, dans le cadre de PeKa B40 (*Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40*), afin d'améliorer l'accès aux services de dépistage dans les cliniques privées de soins primaires pour les personnes âgées de 40 ans et plus appartenant aux 40 % de ménages au revenu le plus faible. L'achat des services de dépistage est effectué par une société à but non lucratif établie sous l'égide du ministère de la santé.⁷⁴

Depuis juillet 2019, les enquêtes NHMS comprennent des questions sur l'utilisation des services de dépistage, ce qui permet de mieux comprendre les changements éventuels dans l'utilisation de tels services.⁷⁵

* Information non vérifiée par pays.

Focus sur le Ghana C : Estimation des taux d'utilisation

Le NHIS du Ghana a été confronté à des pressions financières entre 2009 et 2014, en particulier à des déficits opérationnels en raison de retards dans le déblocage des fonds affectés, mais aussi en raison de l'augmentation des dépenses liées aux demandes de remboursement. Entre 2005 (peu après la création du NHIS) et 2009, le nombre de consultations externes est passé de 0,4 par habitant et par an à environ 1. L'utilisation des services ambulatoires a été la plus importante, mais l'utilisation des services hospitaliers a également augmenté, passant de 22 à 58 pour mille par an.⁷⁶ L'augmentation des taux d'utilisation a été considérée comme le résultat de la mise en œuvre du NHIS. Bien qu'il s'agisse d'une conséquence positive de l'introduction du système, l'ampleur a été financièrement significative et a dépassé les projections initiales faites par le biais de la modélisation actuarielle.

L'un des principaux enseignements tirés est que les données démographiques de routine et les données d'utilisation des services de santé doivent être suivies régulièrement afin d'éclairer la révision du HBP, étant donné que les besoins sanitaires et la demande de services peuvent changer de manière significative lors de l'introduction d'un régime et de sa mise en œuvre.

Nous fournissons une liste de sources de données possibles pour estimer l'utilisation dans le contexte des révisions, classées de la plus fréquente à la moins fréquente :

- **Systèmes de surveillance et de gestion de la santé:** De nombreux pays ont mis en place des systèmes de collecte de données de routine pour suivre de multiples statistiques sanitaires couvrant leur territoire ou des établissements de santé sélectionnés (idéalement représentatifs). Un exemple de ces systèmes est le logiciel d'information sanitaire de district 2 (DHIS2), qui a été déployé dans 60 pays à faibles revenus.⁷⁷ Ces systèmes sont généralement mis en œuvre au niveau de l'établissement et agrégés par région ou par pays.
- **Données d'enquête:** Il s'agit d'enquêtes telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, mais aussi d'enquêtes locales sur la santé menées par les bureaux nationaux de statistiques. Ces enquêtes peuvent toutefois présenter plusieurs inconvénients : les méthodes employées, l'étendue des informations collectées (généralement centrées sur des questions spécifiques), la fréquence et l'actualité de la production de données.
- **Données issues des demandes d'indemnisation et des pharmacies :** Les demandes d'indemnisation des assurés peuvent fournir des " mégadonnées " très utiles générées par les soins de santé.⁷⁸ Ces données sont généralement collectées en fonction des codes de l'établissement et de la procédure. Elles sont stockées de manière centralisée par l'autorité responsable et sont utilisées pour soutenir le remboursement des prestataires, détecter les fraudes et suivre la livraison de leurs HBP. Un bel exemple de ce type de données est l'entrepôt national de données de l'Inde, dont il est question dans le Manuel du praticien de la phase 1.³⁵ En outre, en Indonésie, le ministère de la santé recueille des données sur les demandes de remboursement pour documenter l'utilisation, et ces données sont examinées chaque année pour identifier la nécessité de réviser le HBP de JKN ou les Formulaires nationaux (pour les médicaments). Contrairement aux données d'enquête, l'un des avantages de ce type de données est qu'elles sont collectées de manière routinière et continue et qu'elles peuvent être mises à jour et utilisées pour générer des tendances ou des analyses statistiques sans coûts d'enquête supplémentaires.
- **Registres médicaux électroniques (EMR):** Il s'agit d'un " registre électronique longitudinal d'informations sur la santé du patient, généré par une ou plusieurs rencontres dans n'importe quel contexte de prestation de soins. Ces informations comprennent les données démographiques du patient, les notes d'évolution, les problèmes, les médicaments, les signes vitaux, les antécédents médicaux, les vaccinations, les données de laboratoire et les rapports de radiologie"⁷⁹ Cependant, les EMR ne sont pas encore couramment mis en œuvre dans les PRFM (malgré l'augmentation récente de leur utilisation), et la portée des EMR peut être très limitée (à certains types d'établissements ou à certains types d'affections) et n'est donc pas couramment utilisée pour estimer l'utilisation et les besoins.⁸⁰
- **Estimations provenant d'autres régions, pays ou régimes d'assurance :** Au Kenya, il existe deux régimes d'assurance fonctionnant en tandem, qui ont fourni une multitude de données et d'enseignements croisés. La comparaison des taux de couverture et d'utilisation a permis aux deux régimes de s'appuyer sur les connaissances déjà acquises et de les exploiter pour améliorer leurs propres offres.

B. Preuve sur l'équité et la protection financière

Bien qu'il soit important d'utiliser des preuves pour s'assurer que le HBP offre un bon rapport qualité-prix et qu'il est financièrement viable, la plupart des pays utilisent aussi d'autres critères de décision tels que l'équité et la protection financière.

Même si les guides existants apportent un soutien à l'intégration de ces objectifs dans la révision du HBP, il n'existe pas de cadre ou de méthode universellement acceptés pour ce faire.^{18, 27, 31-34} Nous encourageons les pays à énoncer explicitement leurs objectifs d'équité et de protection financière dès le début de la révision du HBP, à rassembler des données et des preuves sur l'impact probable des principales décisions du HBP sur ces objectifs et à mettre en place des processus délibératifs fondés sur des preuves afin d'informer le choix des services prioritaires.³⁴ Les avantages d'une telle approche sont une plus grande transparence, un meilleur engagement des parties prenantes et un alignement plus étroit du PBH sur les valeurs sociétales.

Exemples de pays qui utilisent des données locales pour estimer l'équité et la protection financière :

- L'Éthiopie a fait un usage intensif de l'engagement des parties prenantes et de la méthode Delphi pour identifier les services les plus susceptibles de conduire à une catastrophe financière et évaluer leur inclusion dans le paquet de prestations.^{12, 49} Voir le focus B sur l'Éthiopie pour plus de détails. Les parties prenantes ont aussi comparé la capacité des services à remédier aux inégalités dans la répartition des maladies, notamment en fonction des différences régionales. De même, en Thaïlande, la dialyse a été ajoutée au HBP pour des raisons de protection financière.
- L'Indonésie a identifié les différences d'utilisation entre les groupes socio-économiques et les régions en évaluant les données du régime public d'assurance de santé JKN. La principale cause des disparités dans les soins semble être l'étendue géographique du pays, qui limite l'accès aux zones les plus rurales. Pour y remédier, l'Indonésie encourage l'utilisation de la télémédecine, qui peut rendre l'accès aux services plus équitable dans tout le pays.

Focus sur l'Éthiopie B : Évaluation de l'équité dans l'EHSP éthiopien à l'aide de la méthode Delphi

L'équité est un engagement politique visant à créer une société juste et équitable et un système de santé favorable aux pauvres. L'Éthiopie a appliqué le critère d'équité pour donner la priorité aux interventions qui ciblent les maladies, les conditions et les facteurs de risque qui affectent principalement les pauvres. En Éthiopie, les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les groupes à faible revenu et les populations vivant dans des zones reculées sont généralement les plus mal lotis. Ils courent un risque relativement plus élevé de contracter des maladies infantiles, d'avoir des complications à la naissance et d'être exposés au paludisme, à la tuberculose et aux maladies tropicales négligées.

Grâce à la technique Delphi, un panel d'experts a été invité à attribuer des notes à une série d'interventions sur une échelle allant de 1 (faible) à 5 (fort) en termes d'impact sur l'équité. Les experts ont été sélectionnés au sein de différents départements du ministère de la santé, d'universités, d'associations professionnelles et d'organisations de la société civile. Les interventions sanitaires ont été comparées sur la base de leur score d'équité et d'autres critères (par exemple, le rapport coût-efficacité) afin d'établir une liste de priorités.⁴⁹

Certains services de santé ont été considérés comme ayant une valeur sociale difficilement quantifiable et donc difficile à appréhender dans les cadres d'évaluation habituels, qui accordent généralement beaucoup d'importance au coût par DALY évitée. Il s'agit par exemple des soins palliatifs, du planning familial, de la fécondation in vitro, de l'avortement légal et de certaines procédures de diagnostic (pour lesquelles les informations sur la santé peuvent avoir une valeur en soi). La révision de l'EHSP de l'Éthiopie montre que la technique Delphi peut être appliquée pour intégrer des considérations d'équité et de protection contre les risques financiers dans les arbitrages.

C. Données sur les coûts

Des données de bonne qualité sur les coûts sont essentielles pour garantir que les révisions du HBP puissent être mises en œuvre de manière durable dans le cadre du budget disponible.⁸¹ L'évaluation des coûts des révisions du HBP peut aider à estimer les besoins en ressources totales, à éclairer les décisions d'inclusion à la marge et à négocier les taux de paiement avec les prestataires.⁸²

Les données sur les coûts ont toute une série d'utilisations importantes dans le cadre de la révision de la PBH :

- Des données nationales plus précises sur les coûts aideront à prendre de meilleures décisions concernant les révisions, car elles améliorent la capacité des acheteurs à établir des prix et des signaux de prix qui s'alignent sur les coûts, réduisant les sous-paiements et les surpaiements et optimisant ainsi l'efficacité des services.
- Les données sur les coûts peuvent aussi servir à alimenter les analyses coût-efficacité et les évaluations de l'impact budgétaire et ainsi fournir des évaluations plus précises du rapport qualité-prix et de l'impact budgétaire d'un service. À leur tour, ces évaluations peuvent éclairer les décisions d'ajouter ou de supprimer des services et donc d'optimiser l'efficacité du HBP.
- Les données sur les coûts peuvent aussi servir à alimenter les analyses coût-efficacité et les évaluations de l'impact budgétaire et ainsi fournir des évaluations plus précises du rapport qualité-prix et de l'impact budgétaire d'un service. À leur tour, ces évaluations peuvent éclairer les décisions d'ajouter ou de supprimer des services et donc d'optimiser l'efficacité du HBP.
- Il est indispensable d'enregistrer les coûts prévus du HBP révisé afin d'aligner le HBP sur les ressources disponibles et de faciliter les discussions avec le ministère des finances lors de l'établissement des budgets (chapitre 7).

Toutefois, ce ne sont pas tous les pays qui ont accès aux données locales sur les coûts, et il faut beaucoup de temps et de ressources pour mener des études de coûts et traduire les données sur les coûts en propositions concrètes pour les décideurs.^{4, 81, 82} Par conséquent, une question importante se pose : par où commencer et comment entamer l'utilisation des données sur les coûts pour informer sur les HBP ?

Réflexions des pays membres de l'EC sur la mise en place de systèmes d'évaluation des coûts

Les pays membres de l'EC ont tiré des leçons précieuses sur le développement d'un système durable de calcul des coûts et d'utilisation des données sur les coûts. Un exercice de calcul des coûts peut être un point de départ, mais il est important que les pays le fassent régulièrement afin de s'assurer que leurs estimations de coûts sont à jour.

Pour mettre en œuvre des études de coûts, qui peuvent nécessiter des ressources importantes, une option consiste à travailler avec des instituts de recherche et des partenaires de développement susceptibles d'apporter leur expertise et leurs conseils. Au Laos, le Bureau National d'Assurance de Santé (NHIB) a commencé par mener une étude de coûts locale avec le soutien financier et technique de plusieurs partenaires de développement et les contributions de plusieurs acteurs nationaux, principalement le NHIB, l'Institut Tropical et de Santé Publique du Laos, et le Département des Finances du Ministère de la Santé. Il a fallu près de trois ans pour l'achever. Le Laos a ensuite travaillé avec l'OMS pour traduire les résultats de l'étude en propositions politiques. La collaboration avec les partenaires de développement a aidé le Laos à décider des coûts et de leur répartition. En fin de compte, il a fallu mener trois exercices distincts d'évaluation des coûts : le paquet de services de santé essentiels (121 services), le paquet de prestations d'assurance de santé nationale (142 services) et une étude distincte d'évaluation des coûts des établissements de santé. Le NHIB s'apprête à proposer une mise à jour de l'ensemble des prestations d'assurance de santé pour l'adapter à la situation actuelle, afin que le gouvernement l'approuve et s'oriente vers la CSU. Le résultat final devrait être utilisé par le ministère de la santé pour estimer les besoins de financement futurs, informer sur les paiements aux prestataires et aussi contribuer à la mise en œuvre d'un régime national d'assurance de santé.

L'approche du Laos a utilisé des méthodes détaillées qui ont permis d'obtenir de bonnes informations, mais qui ont nécessité plus de temps, de ressources et de partenariats. D'autres pays de l'EC signalent que le choix d'une méthode de calcul des coûts trop complexe peut entraîner une charge administrative importante lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la gestion d'un système de calcul des coûts. Il est donc préférable que les pays choisissent une méthode de calcul des coûts qui puisse être appliquée dans le cadre des ressources et des capacités disponibles. La plupart des pays commencent par des méthodes relativement simples et les complexifient progressivement au fur et à mesure qu'ils acquièrent de nouvelles connaissances et que les capacités locales se développent. Il importe que les pays s'efforcent de mettre au point une approche durable pour l'établissement de coûts plus détaillés.⁴

Au cours des huit dernières années, l'Inde a développé une série d'études de coûts basées sur les établissements. Les données issues d'une évaluation multisite des coûts, des soins primaires aux soins tertiaires, ont été compilées dans un répertoire national des coûts et analysées à l'aide de l'économétrie afin d'établir des prévisions de coûts unitaires au niveau de l'État. Fort de cette expérience, le DHR a soutenu l'étude nationale intitulée " Coût des services de santé en Inde " (CHSI).⁸³ Le CHSI a échantillonné 52 hôpitaux publics et 40 hôpitaux privés dans 13 États et a utilisé une approche combinée de calcul des coûts ascendante et descendante. Le microcalcul des coûts (l'évaluation des coûts au niveau individuel) n'a pas été possible en raison du manque de données individuelles sur l'utilisation des ressources. L'utilisation de fichiers électroniques de santé aurait pu faciliter le processus de collecte de données pour rendre possible le microcalcul des coûts.

Outre les méthodes de calcul des coûts, il est important de savoir où trouver et accéder aux sources de données. Les conseils de la Mongolie suggèrent qu'il est utile de disposer de bons systèmes informatiques pour identifier les sources appropriées de données sur les coûts. Les données sont collectées mensuellement à partir des demandes de remboursement de l'assurance de santé et sont utilisées pour déterminer le paquet de prestations et les paiements aux prestataires. Ces données sont locales, reflètent les taux d'utilisation réels et sont faciles à collecter avec un système informatique compatible.

Le Ghana a calculé le coût des services de santé en utilisant des données provenant des sites des prestataires qui ont été analysées par une équipe d'experts multipartite afin d'élaborer les tarifs du NHIS pour différents niveaux et types d'établissements.

Il existe par ailleurs des outils traitant de l'établissement des coûts des prestations de santé, tels que le manuel du JLN pour la Couverture Sanitaire Universelle sur l'établissement des coûts des services de santé destinés à être payés par les prestataires, lequel partage les expériences et les solutions aux défis communs liés à l'établissement des coûts destinés à être payés par les prestataires dans les pays du JLN ; ou l'outil d'établissement des coûts OneHealth (OneSanté), dans lequel les éléments détaillés des outils existants d'établissement des coûts spécifiques à une maladie figurent dans un format uniforme et sont reliés les uns aux autres.^{84,85} L'outil fournit un cadre unique pour la planification, l'établissement des coûts, l'analyse d'impact, la budgétisation et le financement des stratégies pour toutes les principales maladies et composantes du système de santé, telles que les ressources humaines, les installations, l'équipement et le transport, les médicaments et les chaînes d'approvisionnement, les systèmes d'information sur la gestion de la santé, le suivi et l'évaluation, les activités de gouvernance telles que la politique et le plaidoyer, et les activités liées au financement et à l'administration.⁸⁶ Une étude récente a montré que l'outil OneHealth était l'un des logiciels les plus couramment utilisés par les PRFM dans l'analyse des coûts.⁸¹ L'outil OneHealth peut constituer un excellent point de départ, en raison de la transparence du mode d'élaboration des estimations de coûts, mais il peut bénéficier d'une validation et d'ajustements spécifiques à chaque pays afin de garantir que les coûts utilisés sont réellement pertinents.⁸¹

Il existe par ailleurs des outils traitant de l'établissement des coûts des prestations de santé, tels que le manuel du JLN pour la Couverture Sanitaire Universelle. Outre la collecte de données, il est important de mettre en place des mécanismes garantissant que les coûts sont utilisés dans le cadre du processus de prise de décision.⁴ Il faut pour cela créer un processus institutionnalisé, comme le propose le chapitre 4. En Éthiopie, le processus de priorisation des révisions du Paquet Assurance de la Santé comprend une équipe d'évaluation des coûts composée de 8 à 10 membres qui utilisent l'évaluation des coûts au niveau du service. Les estimations de coûts peuvent être utilisées ultérieurement dans le but de déterminer les primes d'assurance de santé et de définir le niveau de subvention nécessaire pour assurer la viabilité du HBP. Ces informations sont directement utilisées pour déterminer les services couverts par le HBP.

D. Preuves sur l'efficacité des coûts

L'analyse coût-efficacité, qui est une méthode permettant de quantifier les coûts d'un service pour le système de santé par rapport au bénéfice escompté en comparaison avec la norme de soins, est souvent utilisée pour l'élaboration et la révision des HBP. Les coûts incrémentaux du service par rapport à la norme de soins divisés par le bénéfice incrémental sont connus sous le nom de rapport coût-efficacité incrémental (ICER).¹⁷ L'ICER est le coût d'une unité de santé du point de vue de l'analyse, tel que le système de santé ou la société. L'utilisation d'un ICER permet une comparaison cohérente du rapport qualité-prix entre tous les services.

Comme indiqué au chapitre 4, de nombreux pays à faible revenu utilisent de plus en plus les preuves du rapport coût-efficacité pour éclairer les ajouts progressifs dans la révision du paquet de prestations.⁸⁷ Par exemple, en Malaisie, les résultats de l'analyse coût-efficacité et de l'analyse de l'impact budgétaire sont utilisés pour décider quel médicament sera inclus dans la liste des médicaments remboursables. Les soumissions sont présentées par les fabricants de produits pharmaceutiques et examinées par un comité d'experts qui décide d'inclure ou non le médicament en fonction du budget global disponible. De nombreux pays utilisent des données sur le rapport coût-efficacité dans un cadre plus large appelé évaluation des technologies de la santé (HTA). Celle-ci est un processus multidisciplinaire qui utilise des méthodes explicites, dont l'analyse coût-efficacité, entre autres, pour déterminer la valeur d'une technologie de santé. L'objectif est d'éclairer la prise de décision afin de promouvoir un système de santé équitable, efficace et de haute qualité.⁸⁸ Il existe différentes manières de mettre en œuvre l'évaluation des technologies de la santé (ETS). Aux Philippines, par exemple, un comité d'ETS a été créé au sein du département chargé de la révision du HBP. Cette approche approfondie de l'ETS est particulièrement adaptée à une approche continue et incrémentale de la révision du HBP, telle que décrite au chapitre 5. Des conseils sur la mise en place de processus d'ETS dans les pays sont disponibles dans la boîte à outils ETS de l'iDSI.¹⁸ Des conseils sur la planification, la réalisation et la communication des évaluations économiques sont disponibles dans le Cas de Référence de l'iDSI.⁸⁹

Lorsqu'ils procèdent à une révision totale ou partielle plus ambitieuse du HBP, tous les pays membres de l'EC conviennent que les preuves économiques peuvent fournir des informations utiles, mais tous éprouvent des difficultés à produire et à mettre en œuvre ces preuves dans le cadre de leurs révisions du HBP, et ce pour des raisons suivantes : Tout d'abord, l'élaboration de ces preuves nécessite des capacités et une formation, et des institutions officielles doivent être mises en place pour mener des évaluations et mettre en œuvre les recommandations dans le processus de prise de décision. Deuxièmement, les PBH peuvent comprendre des centaines de services et la plupart des pays n'ont pas les capacités suffisantes pour évaluer tous les services nécessaires. Troisièmement, même si la capacité existait, il n'y a pas assez de temps pour évaluer simultanément tous les services du HBP. Enfin, la réalisation d'évaluations locales réellement éclairées du rapport coût-efficacité requiert des données de bonne qualité (en particulier des données sur les coûts), qui font défaut dans de nombreux pays à faible revenu.

Les solutions possibles pour intégrer des données économiques dans les révisions des HBP lorsqu'il n'est pas possible de réaliser toutes les ETS nécessaires sont d'exploiter et d'adapter les preuves secondaires disponibles au niveau mondial ou d'adapter le processus traditionnel d'ETS pour générer des preuves plus pragmatiques.^{90,91} Ceci peut être fait pour des ajouts incrémentaux au paquet ou dans le cadre d'une révision rapide plus large.⁹² L'utilisation de ces méthodes adaptatives permet non seulement de gagner du temps dans la production de données probantes sur l'ETS, mais aussi d'établir des priorités, de sorte que les ressources et les capacités puissent être orientées vers les questions pour lesquelles les besoins sont les plus importants. Il n'existe pas de cadre unique et formalisé au niveau mondial pour l'adaptation des méthodes d'ETS, mais de nombreux pays étudient la possibilité de transposer des preuves provenant d'autres contextes ou d'utiliser des évaluations rapides.⁹³ Pour de nombreux services, des données sur le rapport coût-efficacité seront disponibles auprès de diverses sources, par exemple une étude publiée dans la littérature, des recommandations d'agences internationales d'ETS, la ligne directrice de l'OMS " Paquet de services essentiels pour les maladies non transmissibles (PEN) pour les soins de santé primaires dans les environnements à faibles ressources ", et des ressources telles que le DCP3 ou le Registre des CEA de Tuft.^{61, 90, 94, 95} Le HIPTool utilise des données provenant de ces deux sources et permet aux utilisateurs de recalibrer les ICER afin de les adapter au contexte local et d'optimiser l'allocation des ressources (voir section G).⁴⁸ Le focus C sur le Pakistan décrit l'utilisation du HIPTool dans le pays.

Focus sur le Pakistan C : révision de tout le paquet

En 2019-2020, le Ministère pakistanais des services de santé nationaux, de la Réglementation et de la Coordination a entrepris une révision nationale de tout le paquet de services de santé essentiels afin de parvenir à la CSU (dans le cadre du projet DCP3). On a utilisé l'outil de Priorisation des Interventions de Santé (HIP-tool), un outil numérique qui peut être utilisé à des fins d'analyse et de priorisation des services de santé et pour visualiser les résultats des choix de priorisation spécifiques en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) évitées et d'impact sur le budget.⁹⁶ Cet outil a permis d'optimiser un ensemble de 218 interventions sanitaires (regroupées en cinq plateformes de prestation de soins de santé), sur la base d'un ensemble de critères prédéfinis incluant l'impact budgétaire. Cette revue a abouti à une "cascade d'interventions" et à la prise de conscience que la mise en œuvre du paquet total était beaucoup plus coûteuse que le budget disponible. En 2020, le Pakistan affichait des dépenses de santé totales par habitant de 45 dollars, dont environ 14 dollars pour les dépenses publiques de santé (7 à 8 dollars pour les services au niveau des districts).⁹⁷

Il importe de noter que toutes ces sources de preuves doivent faire l'objet d'une évaluation minutieuse afin de prendre en compte leur transférabilité au contexte, aux priorités et au système de santé locaux, mais il peut s'agir d'un moyen efficace d'inclure des preuves économiques dans le processus de révision du HBP.

L'Éthiopie en est un bel exemple : le processus de priorisation de la révision du PBH a commencé par l'élaboration d'une liste maîtresse de services, qui est ensuite passée par un processus de priorisation en cinq étapes comprenant une analyse du rapport coût-efficacité (voir également le focus A sur l'Éthiopie). Une combinaison de preuves est utilisée pour générer des estimations du rapport coût-efficacité. Il s'agit notamment d'une analyse contextuelle novatrice utilisant la méthodologie CHOosing Interventions that are Cost-Effective (choisir des interventions d'un bon rapport coût/efficacité : WHO-CHOICE) pour évaluer les services et exploiter les preuves disponibles par le biais d'une analyse documentaire des bases de données CEA susmentionnées, complétée par d'autres articles examinés par des pairs et interprétés en tenant compte du contexte local à l'aide de la liste de contrôle en 10 points des Normes de Rapport d'Évaluation Économique Consolidée de la Santé (CHEERS).^{49,98,99} Ce processus pourrait être renforcé par l'élaboration d'une feuille de route nationale pour le HTA, qui pourrait formaliser les processus et contribuer à renforcer les capacités.¹⁰⁰ Cependant, bien que ce cadre nécessite encore beaucoup de temps, d'efforts et d'expertise pour sa mise en œuvre - et le soutien de partenaires internationaux -, il constitue un moyen pragmatique d'intégrer des preuves du rapport coût-efficacité dans le processus de prise de décision.

E. Analyse de l'impact budgétaire

Les analyses d'impact budgétaire (BIA) sont utilisées pour estimer la variation probable des dépenses pour un titulaire de budget spécifique résultant d'une décision de rembourser un nouveau service de soins de santé ou d'un autre changement de politique à un niveau de population agrégé.²

L'estimation de l'impact budgétaire probable d'une révision du HBP est un outil utile pour déterminer l'accessibilité financière et constitue souvent un critère crucial pour éclairer les décisions d'inclusion ou d'exclusion. Si un ensemble de services particuliers ou un service individuel a un impact budgétaire important qui dépasse les ressources financières disponibles, il peut être considéré comme inabordable, ce qui peut constituer une raison de l'exclure du HBP ou de limiter l'éligibilité à ce service.

Faute d'impact budgétaire significatif - en raison d'un coût unitaire relativement faible pour un service utilisé à une échelle limitée- la révision proposée peut être rapidement adoptée, à condition bien sûr que d'autres exigences essentielles (efficacité, sécurité des patients, rapport coût-efficacité) soient satisfaites. Dans le cas des révisions, l'utilisation des données de la BIA permet d'évaluer les changements attendus dans les dépenses nationales de santé suite à la mise en œuvre d'une décision particulière concernant le paquet de prestations.

Une telle analyse nécessite des estimations fiables de la demande future de services, de la démographie, des comportements sanitaires et des éventuels changements de prix. La validité des résultats de la BIA doit tenir compte de la qualité des preuves et de l'incertitude des données. Souvent, les données sur les prix ne sont pas facilement accessibles et il n'est pas toujours possible de savoir quel sera le prix futur d'un produit ou d'un service particulier, notamment en raison de l'évolution de la demande et de la démographie, d'éventuelles négociations sur les prix/tarifs avec les fabricants ou les fournisseurs, et de l'expiration des brevets. Pour tenir compte de l'incertitude des données, les analyses d'impact budgétaire peuvent impliquer l'élaboration de divers scénarios, dont les implications de coûts sont parfois considérables.

F. Projections de la marge de manœuvre budgétaire

Un moyen souvent négligé d'éclairer la révision d'un HBP est de réaliser une projection de la marge de manœuvre budgétaire. La marge budgétaire peut être définie comme l'espace dans le budget d'un gouvernement qui lui permet de fournir des ressources pour un objectif souhaité, tel que la révision du HBP, sans compromettre la viabilité de sa situation financière ou la stabilité de l'économie¹³, ni évincer les dépenses dans d'autres secteurs nécessaires à la réalisation d'autres objectifs de développement, tels que certains des Objectifs de Développement Durable autres que ceux liés à la santé.^{101, 102}

Les projections de la marge de manœuvre budgétaire disponible et les comparaisons avec l'analyse de l'impact budgétaire ne sont pas faciles à réaliser, mais elles sont très importantes car elles permettent de savoir si une révision particulière du HBP est réellement abordable ou non.¹⁰³ Le focus C sur l'Éthiopie décrit le processus utilisé dans le pays et l'estimation du déficit de ressources. .

Focus sur l'Éthiopie C : Projections de la marge de manœuvre budgétaire

Des chercheurs en Éthiopie ont évalué les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de son EHSP sur une période de 10 ans (de 2020 à 2030).¹⁰⁴ Puis, on a prédit la marge de manœuvre budgétaire pour la santé, en se basant sur des hypothèses de croissance économique, l'affectation des ressources publiques à la santé, l'aide extérieure à la santé, l'ampleur de la dépense personnelle et d'autres dépenses de santé privées comme facteurs critiques.

Pour mettre en œuvre l'EHSP, il faudrait 94 dollars par habitant en 2030, soit un total de 13 milliards d'USD. Toutefois, les ressources disponibles attendues, en fonction d'une estimation de la marge de manœuvre budgétaire selon le statu quo, seraient de 63 USD par habitant, ce qui suggère un déficit (en pourcentage des ressources nécessaires) de 33 %. Les ressources requises pour la mise en œuvre de l'EHSP augmenteraient régulièrement, en raison principalement de l'accroissement progressif des objectifs de couverture des services. L'affectation des gains de la croissance économique à l'augmentation des dépenses totales de santé du gouvernement pourrait combler en partie cette lacune. Mis à part les incertitudes liées à la croissance économique future et aux contributions financières des partenaires de développement au développement du secteur de la santé, une limitation importante de l'étude est que toutes les estimations se rapportaient au pays en tant qu'un tout. En réalité, il existe une grande hétérogénéité entre les 11 États régionaux et les deux conseils administratifs qui forment la République Fédérale d'Éthiopie, non seulement en ce qui concerne le profil de la charge de morbidité et la couverture des services de santé, mais aussi en ce qui concerne les infrastructures et les ressources financières consacrées à la santé. Des itérations distinctes des projections de la marge de manœuvre budgétaire seront donc nécessaires pour les différentes régions.

Les projections relatives à la marge de manœuvre budgétaire pourraient bénéficier d'analyses supplémentaires, telles qu'une analyse actuarielle permettant de prévoir les taux d'utilisation et les revenus probables des primes d'assurance basées sur l'emploi.¹⁰⁵ La modélisation actuarielle a connu récemment quelques succès. L'Arménie s'est associée à la Banque asiatique de développement pour produire un outil permettant d'évaluer diverses options de politique de financement de la santé.¹⁰⁶ Le NHIS du Ghana a utilisé un modèle actuariel pour prévoir l'impact sur la durabilité du régime avec l'ajout éventuel de services cliniques de planification familiale et de traitement des cancers infantiles.¹⁰⁷ La modélisation était basée sur le nombre de patients et les coûts de traitement, et les résultats ont été pris en compte dans la décision d'inclure les services de planification familiale dans leur HBP. L'utilisation d'outils globaux tels que HIPTool permet d'estimer l'allocation optimisée des ressources à l'intérieur d'enveloppes de ressources définies.

Nous reviendrons plus en détail sur l'utilisation des analyses de la marge de manœuvre budgétaire au chapitre 7.

G. Données, modèles et outils mondiaux pertinents pour les révisions

Au cours de la dernière décennie, il y a eu une amélioration significative de la disponibilité des ensembles de données mondiales, des outils analytiques et des modèles pour soutenir la révision des prestations : par exemple HIPTool, OneHealth Tool, Tufts CEA Registry, WHO-CHOICE, IHME, et l'outil d'analyse FairChoices DCP.^{61, 85, 95, 96, 98, 108}

À titre d'exemple, HIPTool fournit une plateforme qui aide les pays à sélectionner, synthétiser et traduire les preuves mondiales dans le contexte de leur propre système de santé afin d'éclairer leurs processus d'allocation des ressources sanitaires. Comme l'outil est basé sur des informations mondiales accessibles au public, il peut aider à combler les lacunes en matière de données locales, mais il permet aussi de personnaliser les données pour qu'elles reflètent davantage les conditions réelles dans le pays. La combinaison de plusieurs sources de données permet à HIPTool de calculer l'impact potentiel sur la santé des dépenses liées au système de santé. Dans trois études de cas, l'outil HIP a montré qu'une optimisation des dépenses pouvait permettre d'éviter 26 % des DALY en Arménie, 22 % en Côte d'Ivoire et 49 % au Zimbabwe, ce qui en fait un outil puissant pour éclairer les discussions autour des révisions du PBH et de la priorisation des dépenses.⁴⁸

L'exemple de HIPTool illustre comment la combinaison de preuves globales, de données locales et d'un outil analytique approprié peut à la fois informer et accélérer le processus de révision du HBP et permettre aux comités, lors de leurs délibérations, d'explorer une série d'options tout en tenant compte des contraintes budgétaires. Mais l'outil nécessite toujours une adaptation et une formation du personnel local pour adapter les résultats au contexte local ; par conséquent, il fonctionne mieux lorsque les modèles s'appuient sur des données locales.

Toutefois, une expertise substantielle est nécessaire pour comprendre les forces et les faiblesses de nombreux outils et ensembles de données actuels et pour les adapter de manière adéquate au contexte local. Il n'existe pas de ressource commune qui souligne les différences entre les divers ensembles de données et modèles disponibles en termes de fonctionnalité, de forces et de limites. Nous conseillons donc aux pays de consulter des réseaux d'experts tels que le JLN et l'iDSI afin d'obtenir des avis d'autres pays qui ont l'expérience de l'utilisation de ces outils.

Messages à retenir

1. Les données et les preuves sont essentielles à la réalisation d'une révision de haute qualité du HBP. Elles sont nécessaires pour évaluer la performance de l'actuel HBP, informer la priorisation des droits, projeter les ressources requises et évaluer la marge de manœuvre budgétaire nécessaire.
2. L'utilisation de preuves dans le processus de délibération pour réviser le PBH permet de s'assurer qu'il s'aligne sur ses objectifs énoncés.
3. La plupart des pays trouveront que la disponibilité et l'utilisation des données et des preuves constituent un défi ; c'est pourquoi il est recommandé de concentrer les efforts sur le développement de sources de données et de preuves qui deviendront de plus en plus complexes au fil du temps.
4. Un processus fondé sur des données probantes, faisant pleinement usage de ces données et reconnaissant leurs limites, a plus de chances d'être perçu comme équitable par les parties prenantes ; il permet aux décideurs de justifier les raisons pour lesquelles une décision a été prise et d'expliquer les compromis. Cela garantit une adhésion maximale et augmente la probabilité d'un financement adéquat et d'une mise en œuvre réussie.
5. Des projections précises sur la marge de manœuvre budgétaire et une analyse de l'impact budgétaire peuvent garantir que les PBH peuvent être mis en œuvre et empêcher l'élaboration de paquets ambitieux, lesquels peuvent sinon entraîner un rationnement implicite et des niveaux élevés d'iniquité et d'inefficacité.

Chapitre 7 : Comment engager un dialogue politique fructueux avec les autorités financières ?

L'alignement du HBP révisé sur la nouvelle enveloppe budgétaire correspondante est un élément essentiel de la réussite du processus de révision.²⁷ Pour ce faire, les ministères de la santé doivent collaborer avec les ministères des finances tout au long de la révision - un processus qui peut être semé d'embûches. Non seulement les mandats des deux agences diffèrent considérablement, mais aussi ils ne partagent souvent pas le même langage, les mêmes systèmes, les mêmes priorités et les mêmes incitations.¹⁰⁹ D'une manière générale, le mandat du ministère des finances comprend (entre autres rôles) l'élaboration du budget général du gouvernement en fonction des demandes ministérielles concurrentes ; l'exercice d'un contrôle financier interne et le respect du budget approuvé ; et la garantie qu'à long terme, les dépenses engagées ne menacent pas la viabilité des finances publiques de l'ensemble du gouvernement.^{109, 110} D'autre part, le ministère de la santé est chargé (là encore, parmi de nombreux autres rôles) de définir et de mettre en œuvre des politiques visant à répondre aux priorités du secteur et de plaider en faveur de ressources appropriées pour mener à bien son programme de travail (par exemple, en préparant des demandes de budget et d'autres analyses financières).

Une publication préparée par le réseau des Hauts Fonctionnaires du Budget (SBO) met en lumière les différents préjugés qui peuvent entraver une collaboration fructueuse, dont certains sont directement liés à la thématique des révisions du HBP.¹¹⁰ Par exemple, la durabilité des budgets et des politiques de santé est souvent remise en question par les ministères des finances en raison de l'augmentation des coûts, de la charge croissante des maladies, de la croissance de la population, de la demande apparemment illimitée de soins de santé de qualité et de l'ajout continu de nouveaux traitements coûteux. La demande des citoyens pour des soins de santé de qualité est également forte ; par conséquent, les projets d'introduction ou de révision des plans de la CSU deviennent politiquement très chargés, surtout si le ministère de la santé n'est pas perçu comme adéquatement équipé en vue de réaliser l'agenda. Enfin, contrairement à d'autres investissements publics, les résultats créés par l'investissement dans la santé peuvent sembler imprécis, et les ministères des finances se méfient de garanties illimitées aux citoyens, une considération pertinente dans les pays où les HBP sont implicites.¹⁰⁹ Par ailleurs, les ministères de la santé perçoivent souvent la viabilité budgétaire comme une contrainte, et pas nécessairement comme un objectif en soi.¹¹¹ En outre, le ministère de la santé peut considérer ses relations avec le ministère des finances "sous l'angle de la capture des ressources", c'est-à-dire pour demander davantage de fonds, parfois au détriment d'une collaboration fructueuse.¹⁰⁹ Les ministères de la santé peuvent aussi estimer que la discipline financière publique, telle qu'elle est préconisée par le ministère des finances, peut peser sur des ressources trop sollicitées, être inflexible et limiter la capacité des gestionnaires à répondre aux nouvelles priorités.¹¹² Enfin, le ministère de la santé peut estimer que le ministère des finances est limité dans l'interprétation et l'application efficace des analyses économiques ou autres. Être attentif à ces idées préconçues peut aider à adapter les modalités de communication et d'engagement.

Pour ces raisons, l'adoption d'une approche collaborative, traduite par des mécanismes institutionnels et la mise en œuvre d'outils de gestion publique, peut contribuer à garantir que les révisions des HBP bénéficient d'une écoute équitable de la part de toutes les parties du gouvernement concernées. Dans ce chapitre, nous examinons (a) le rôle du ministère des finances dans les révisions du HBP, (b) la force de persuasion des projections de la marge budgétaire, (c) l'importance d'intégrer les révisions des HBP dans le cadre plus large des finances publiques, (d) l'identification des risques et la création de mécanismes de suivi des dépenses, et (e) l'institutionnalisation d'un dialogue structuré sur les politiques.

A. Le rôle du ministère des finances dans la révision des HBP

Les pays de l'EC soulignent la nécessité que les ministères de la santé travaillent en étroite collaboration avec les autorités financières pour mener à bien les révisions relatives aux HBP, mais ils signalent aussi que les rôles et les responsabilités de chaque organisme ne sont souvent pas bien définis. Il est important de rappeler que, si le ministère des finances doit être impliqué tout au long du processus de révision, il ne participe généralement pas à la prise de décision portant sur les détails de la révision d'un HBP - par exemple, en suggérant d'inclure ou d'exclure certains services.¹¹⁰ Dès le départ, leur rôle est de (i) fournir des conseils sur la marge budgétaire approximative disponible (ii) d'observer et de collecter des informations qui aideront à évaluer si les implications financières des révisions du HBP sont crédibles, réalisables et durables ; et (iii) de s'assurer qu'une fois la révision décidée, les fonds sont utilisés comme prévu et qu'ils sont correctement comptabilisés. En d'autres termes, le ministère des finances supervise les implications macro-budgétaires de la politique de révision. En outre, le ministère des finances examinera la manière dont les plans de révision du HBP s'inscrivent dans les objectifs globaux du gouvernement.

En référence au cadre de conception et de révision du HBP développé dans ce document (résumé dans la Figure 4.1), la collaboration entre les agences est particulièrement cruciale dans les étapes suivantes :

- Étape 1 (prendre des dispositions préparatoires) : lorsque le ministère des finances peut fournir des estimations préliminaires de la marge de manœuvre budgétaire, fournir des commentaires généraux sur les objectifs de la révision et s'informer sur l'établissement des priorités;
- Étape 7 (développer le HBP en tant que plan réalisable) : lorsque les ministères peuvent travailler ensemble non seulement sur le financement global de la révision, mais aussi sur les besoins en ressources à court terme nécessaires à la mise en œuvre ; et
- Étape 9 (S&E) : quand le ministère des finances peut aider à développer des cadres de S&E, en particulier sur la collecte de données et les évaluations financières.

B. Les analyses de la marge de manœuvre budgétaire peuvent faciliter les discussions souvent difficiles sur l'adéquation entre le HBP révisé et l'enveloppe budgétaire.

Comme indiqué dans la section sur les données et les preuves (chapitre 6), les projections de la marge de manœuvre budgétaire peuvent aider à structurer les discussions sur la taille du paquet de mesures. Il existe deux approches alternatives : d'abord calculer globalement la marge budgétaire disponible et ensuite seulement définir le HBP dans le cadre des ressources disponibles (estimées par le calcul du coût des services), ou d'abord définir le HBP et ensuite calculer si son coût entre dans le cadre de la marge budgétaire disponible. La plupart des pays suivent cette dernière approche, mais la première est préférable car elle permet d'éviter une planification trop optimiste ou irréaliste (parfois qualifiée de paquets de prestations aspirationnels ou de paquets de prestations destinés à collecter des fonds).¹¹³ Certains experts affirment que les HBP ambitieux ou de collecte de fonds, combinés à des analyses de la marge de manœuvre budgétaire, peuvent contribuer à l'augmentation des recettes nationales pour la mise en œuvre du HBP. Mais il existe peu de preuves empiriques que cela a effectivement été le cas.¹⁰² Au lieu de cela, de nombreux membres de l'EC signalent que le résultat tend à être un HBP sous-financé avec de sérieuses contraintes financières. Il peut en résulter des inégalités géographiques dans la couverture des services, une couverture incomplète des services de grande valeur ou un rationnement implicite des services par le biais de mécanismes tels que les listes d'attente. C'est l'une des causes les plus fréquentes de l'incapacité des HBP à avoir un impact sur la santé de la population et cela sape l'objectif même d'une révision explicite et fondée sur des preuves des HBP. Cependant, le calcul de la marge budgétaire disponible est un processus itératif dans lequel le ministère de la santé, en collaboration avec le ministère des finances, peut démontrer la valeur des décisions de révision et plaider en faveur d'une plus grande marge budgétaire.

De plus, une analyse de la marge de manœuvre budgétaire peut inclure l'identification d'options pour le financement du HBP révisé (en supposant que sa mise en œuvre nécessitera des ressources supplémentaires). La marge de manœuvre budgétaire supplémentaire dans le domaine de la santé peut provenir des sources suivantes : croissance économique, redéfinition des priorités du secteur de la santé dans le budget, recettes sectorielles, ressources extérieures et gains d'efficacité.¹⁰² Un ajout plus récent à cette littérature met aussi l'accent sur le potentiel d'amélioration des pratiques de gestion des finances publiques pour accroître la marge de manœuvre budgétaire.¹¹⁴ La collecte de recettes sectorielles comprend l'introduction de primes d'assurance, l'affectation de taxes existantes, la création de nouvelles taxes ou l'augmentation du taux ou de l'assiette des taxes existantes. La mise en œuvre de ces mécanismes nécessite non seulement l'adhésion du ministère des finances, mais aussi des processus administratifs nouveaux ou progressifs et l'engagement de ressources humaines et d'un capital politique importants pour mobiliser, traiter et allouer de nouvelles ressources.¹¹⁵ Les ministères des finances peuvent aussi être prudents quant à l'augmentation de ces sources de revenus en raison de leurs effets de distorsion potentiels sur l'ensemble de l'économie.¹¹⁰ Puisque des droits peuvent être ajoutés et d'autres supprimés lors d'une révision, il est possible de créer un budget supplémentaire pour les ajouts en supprimant des services de faible valeur ou en réalisant d'autres types de gains d'efficacité.

L'utilisation de ressources externes pour financer la mise en œuvre du HBP a été étudiée dans la littérature récente.^{29, 116, 117} Ceci pourrait être très pertinent dans les pays où les donateurs jouent un rôle important dans le financement des soins de santé : en Zambie, par exemple, près de 45 % des dépenses de santé actuelles proviennent de partenaires extérieurs et sont acheminées par le biais de programmes verticaux. Alors que l'intention du Paquet National de Soins de Santé (NHCP) était de mettre en commun les financements provenant du gouvernement et de sources externes, en pratique il n'y avait pas de mécanisme pour mettre en commun et canaliser ces flux de financement afin de mettre en œuvre le HBP, et sa mise en œuvre reste encore incertaine à ce jour.¹¹⁶

C. Intégrer les révisions du HBP dans le cadre plus large des finances publiques

Comme l'ont souligné les membres de l'EC, les décisions de révision sont souvent initiées par un besoin politique et, par conséquent, peuvent ne pas être alignées sur les cycles budgétaires du pays. (Pour une discussion plus approfondie sur la manière dont le cycle budgétaire est lié à l'établissement des priorités, voir le Manuel du Praticien développé pour la Phase 1 de l'EC.)³⁵

Dans les pays où les révisions sont planifiées périodiquement, il est possible de mieux aligner le cycle politique et le cycle budgétaire. La planification financière de la révision devra donc être intégrée dans le cadre plus large des finances publiques. En tenant compte des différents calendriers du cycle budgétaire, il est possible de s'assurer que les révisions du PBH se reflètent dans l'engagement du ministère de la santé au cours de la phase de préparation du budget du gouvernement.

À court terme, les analyses de coûts peuvent aider à estimer les besoins pour la mise en œuvre, qui doivent à leur tour être traduits en une série de demandes de financement à court terme à inclure dans le budget annuel de ce secteur.³⁵ Ces demandes devront se concentrer sur les coûts directs pour le système de soins de santé et auront donc une portée assez restreinte. Elles n'aboutiront que si les révisions sont chiffrées de manière convaincante et précise, ce qui confirme la nécessité de disposer de ce type de preuves dans le cadre général du processus du HBP.

Outre ces estimations annuelles, il sera important que le ministère des finances ait une vision pluriannuelle des besoins en ressources du HBP. Le modèle actuariel construit pour l'analyse de la marge de manœuvre budgétaire sera crucial car il permettra de projeter les coûts à moyen terme, en utilisant des méthodes complexes qui tiendront compte de l'augmentation des coûts, des changements démographiques, de l'évolution des taux d'utilisation, etc. Il est possible de les inclure dans le cadre de dépenses à moyen terme (MTEF), qui définit les plans de dépenses pour le secteur de la santé, généralement sur une base triennale (ou, plus rarement, quinquennale). Le rôle du cadre de dépenses à moyen terme est de fixer des objectifs et des plafonds de dépenses pluriannuels afin d'améliorer la planification de la politique budgétaire et de mieux lier le financement aux objectifs et aux résultats du gouvernement, bien qu'il ne soit généralement pas contraignant de la même manière qu'un budget annuel.¹¹⁸ La collaboration avec le ministère des finances pour produire des estimations pour le Cadre peut aider à signaler une bonne planification et une bonne gestion financières. Le MTEF peut aussi inclure les contributions financières des partenaires de développement (donateurs) ou des parties privées, si ces partenaires contribuent à la réalisation du HBP et sont en mesure de programmer les fonds de manière prévisible.

La planification budgétaire à long terme (plus de 10 ans - dans certains cas jusqu'à 50 ans) est rarement utilisée, et les données des pays de l'OCDE indiquent que la valeur de ces outils est limitée par les fonds de manière prévisible.¹¹⁰

Outre ces outils de budgétisation, les révisions doivent être clairement liées aux plans stratégiques du secteur et aux stratégies gouvernementales à long terme, qui comprennent souvent des objectifs liés à la santé (ou, à défaut, des objectifs en matière d'emploi ou des objectifs sociaux). Par exemple, lorsque les révisions du NHCP ont été lancées en Zambie en 2019, le ministère de la santé a utilisé les objectifs définis dans la *Vision nationale à long terme 2030* (Vision 2030) pour définir la nécessité des révisions et l'approche à adopter.¹¹⁹ La Vision Nationale à Long Terme fait explicitement référence au rôle de la santé dans la prospérité du pays, en particulier pour s'attaquer aux "maladies majeures telles que la tuberculose et le paludisme" et pour contrôler la pandémie du VIH/SIDA "avec un taux d'incidence progressivement réduit dans les zones urbaines et rurales et parmi les hommes et les femmes."¹²⁰ Lier activement les objectifs de la révision à ces objectifs politiques permettra aussi de démontrer la valeur tirée des révisions dans l'augmentation de la performance globale du HBP, ce qui, comme nous l'avons vu, est souvent une contrainte pour les ministères des finances.

D. Identification des risques et création de mécanismes de suivi des dépenses

Enfin, le ministère des finances sera très préoccupé par les risques potentiels qui pourraient avoir un impact sur les prévisions financières du HBP. Pour ce faire, il convient d'envisager la création d'un registre des risques qui identifie les sources de risque de dépassement (ou de sous-utilisation, bien que cela soit moins courant). Les modèles actuariels peuvent aider à identifier les risques potentiels découlant de l'augmentation des taux d'utilisation (comme ce fut le cas pour la NHIA au Ghana), de l'extension de la couverture ou des pressions démographiques (et de l'évolution correspondante de la charge de morbidité).⁷⁶ Il s'agit d'un domaine où un HBP explicite peut être plus facile à évaluer. Plus les services sont concrets, les conditions auxquelles ils répondent et la charge de morbidité qui peut potentiellement être réduite, plus il sera facile d'identifier ces risques. La nature explicite du HBP peut aussi contribuer à atténuer les inquiétudes concernant les garanties ouvertes accordées aux citoyens, lesquelles peuvent être considérées comme des menaces pour la viabilité financière d'un HBP.

Une composante difficile mais cruciale d'une mise en œuvre réussie du HBP (et des révisions futures) est le renforcement des systèmes de suivi des dépenses et de gestion de l'information, ainsi que la capacité, au niveau du ministère de la santé ou de l'organisme d'assurance, à faire preuve de perspicacité financière. L'absence de systèmes d'information financière intégrés entraîne "des écarts importants entre les dépenses et les recettes déclarées, un contrôle insuffisant de la gestion financière et des pratiques de corruption", mais même les pays de l'OCDE ont du mal à collecter des données sur les dépenses en temps.^{109, 110} De telles données, analysées dans le cadre de revues périodiques des dépenses ou du budget, peuvent aussi permettre de s'assurer que les dépenses sont sur la bonne voie et de minimiser le risque de dépassement des objectifs de dépenses.¹¹⁰

De nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des systèmes d'alerte rapide concernant les dépenses, bien qu'il y ait peu de preuves de l'utilisation de ces mécanismes dans les PRFM. Le suivi des dépenses peut aussi garantir que les fonds sont utilisés comme prévu et il a été démontré qu'il réduisait la corruption, qui est une préoccupation majeure du ministère des finances.^{109, 121} Des données pareilles peuvent aussi éclairer l'analyse du paysage au stade initial, en fournissant des informations sur les facteurs de coût et l'utilisation (approximée par les dépenses) par service ou par grande catégorie de service. En outre, le ministère de la santé peut proposer des stratégies pour faire face aux risques identifiés : par exemple, l'utilisation de formulaires pharmaceutiques, la substitution obligatoire de génériques, la définition de plafonds de dépenses pluriannuels, la modification des mécanismes de paiement des prestataires (en faveur de ceux qui favorisent la maîtrise des coûts, comme la capitation) et l'utilisation d'analyses HTA pour éclairer les révisions futures.

E. Institutionnaliser un dialogue politique structuré

Les pays peuvent faire mieux en développant et en institutionnalisant un dialogue politique structuré entre les autorités sanitaires et financières, par exemple par le biais de réunions formelles annuelles ou biennuelles au cours desquelles les révisions du HBP sont discutées. Un dialogue sur la politique de santé est défini comme "un processus de dialogue délibératif, fondé sur des preuves, entre de multiples parties prenantes, en vue d'une prise de décision vigoureuse et complète sur les politiques et les pratiques."¹²² Les avantages d'un tel dialogue incluent la construction d'un consensus entre les différentes parties prenantes, la définition de priorités et l'appropriation, ce qui se traduit par des politiques et des stratégies globalement plus solides. Un projet portant sur ce sujet met en avant quelques suggestions pratiques pour soutenir le dialogue politique:¹²³

- Nommer un officier chargé du partage informel des informations et de la liaison entre les différentes institutions
- Mettre en place un personnel approprié au sein du ministère de la santé (y compris des économistes de la santé) pour aider à la planification à long terme et à la production d'informations et de preuves nécessaires aux dialogues avec le ministère des finances.
- Utiliser le forum pour parvenir à un consensus sur les objectifs et mieux comprendre l'environnement de travail et les pratiques de chaque institution.
- Lier les décisions à des résultats spécifiques de santé afin d'améliorer le suivi et l'évaluation et d'établir la valeur et l'impact.
- Développer les capacités du personnel du ministère de la santé, en particulier leurs compétences en matière d'arbitrage et de négociation
- Proposer des formations pour comprendre les pratiques budgétaires, y compris le cadre de dépenses à moyen terme.

Le groupe de travail du JLN sur la Mobilisation des Ressources Intérieures (DRM) a développé une Boîte à Outils pour le Dialogue Politique¹²⁴ afin d'engager les parties prenantes du secteur financier autour des objectifs de financement du secteur de la santé. Il s'agit d'un ensemble de documents coproduits et éprouvés, issus de divers ateliers, réunions et comptes rendus, qui ont été utilisés par plus de 100 décideurs de haut niveau dans 20 pays à revenu faible ou intermédiaire d'Afrique et d'Asie.

Le collectif a également produit un guide de messages pour la mobilisation des ressources nationales, intitulé " *Plaidoyer pour la Santé* ".¹²⁵ Il s'agit d'une compilation de messages et d'exemples pratiques de pays qui peuvent être utilisés par les autorités sanitaires afin de justifier l'investissement dans la santé en transmettant des arguments qui trouvent un meilleur écho auprès des autorités financières. Ce type de message peut être très utile pour clarifier la valeur des révisions, ainsi que les informations financières fournies dans l'analyse du cas financier, notamment en liant la santé aux objectifs d'autres secteurs tels que l'emploi ou l'éducation.

De plus, l'implication des réseaux de fonctionnaires du budget peut aider à comprendre comment communiquer et travailler efficacement. Le réseau des hauts fonctionnaires du budget (SBO) des pays de l'OCDE et l'initiative CABRI (Initiative Collaborative de Réforme Budgétaire en Afrique) réunissent régulièrement des représentants des deux ministères et produisent des rapports et des analyses utiles qui peuvent aider les pays à adapter leur communication.

Messages à retenir

1. L'absence de langage, de procédures et de systèmes communs, ainsi que les différences de mandats et de rôles, peuvent affecter la capacité des ministères de la santé et des finances à collaborer efficacement.
2. Les analyses de la marge de manœuvre budgétaire peuvent contribuer à garantir la faisabilité et la viabilité des révisions du HBP, en s'assurant que les révisions correspondent à l'enveloppe budgétaire du HBP dans son ensemble (ce qui est une préoccupation majeure du ministère des finances).
3. L'intégration de la planification des révisions dans le cycle budgétaire et les outils utilisés par le ministère des finances pour la programmation et la gestion des fonds (par exemple, le registre des risques, les revues des dépenses, etc.) peut favoriser la collaboration entre les deux agences.

Chapitre 8 : Conclusion

Les régimes HBP explicites et fondés sur des preuves constituent un outil essentiel pour les pays qui s'efforcent de parvenir à la CSU. Ils doivent être régulièrement révisés pour s'adapter à l'évolution des besoins sanitaires, tels que l'évolution de la charge de morbidité, la fluctuation des budgets et l'émergence de nouveaux services et de nouvelles technologies de santé ; de relever les défis de la mise en œuvre ; et de veiller à ce que le paquet soit à jour et à ce que les ressources disponibles soient utilisées de manière efficace et judicieuse et offrent le meilleur rapport qualité-prix possible.

Ce guide présente des orientations sur la révision du paquet de prestations de santé, sur la base d'un engagement de trois ans avec le personnel technique et les décideurs de 14 pays, ainsi que d'une revue de la littérature (avec l'ajout d'études de cas de quatre autres pays). Il s'agit de la première ressource qui fournit des conseils pratiques pouvant être adaptés aux caractéristiques de chaque pays. Il débute par l'identification de cinq principes clés : Les révisions du PBH sont un processus évolutif ; viser une couverture universelle des services prioritaires existants avant d'élargir le paquet ; se désinvestir des services de faible valeur ; s'assurer que les révisions du paquet sont chiffrées, qu'elles s'inscrivent dans le budget et qu'elles bénéficient de ressources appropriées ; institutionnaliser les révisions périodiques pour aider à rester sur la voie de la CSU.

Il n'existe pas de bonne approche unique, c'est pourquoi nous encourageons les pays à s'inspirer d'autres pays ayant un contexte décisionnel similaire et à s'engager dans un travail de réseautage. Les réseaux mondiaux tels que le JLN¹²⁶, iDSI¹²⁷, et les réseaux régionaux tels que RED CRITERIA¹²⁸, RedETSA¹²⁹, et HTAsiaLink¹³⁰, offrent cette possibilité et constituent des plateformes pour une collaboration plus poussée entre les pays sur la révision du HBP. En outre, nous espérons que ces orientations serviront de base à d'autres chercheurs et analystes pour produire des orientations plus complètes afin de soutenir la mise en œuvre des révisions des HBP, telles que les changements dans les modalités de paiement des prestataires ou la planification des ressources humaines.

Références

- ¹ Definitions.net. Actuarial analysis [Internet]. Available from: <https://www.definitions.net/definition/actuarial+analysis>
- ² York Health Economics Consortium. Budget Impact Analysis [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/budget-impact-analysis/>
- ³ HTA Glossary. Cost-effectiveness analysis (CEA) [Internet]. Available from: [http://htaglossary.net/cost-effectiveness-analysis-\(cea\)](http://htaglossary.net/cost-effectiveness-analysis-(cea))
- ⁴ Guinness L, Ghosh S, Mehndiratta A, Shah HA. Role of healthcare cost accounting in pricing and reimbursement in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(9):e065019.
- ⁵ Gauvin FP. What is a Deliberative Process? National Collaborating Centre for Health Public Policy; 2009.
- ⁶ York Health Economics Consortium. Delphi Method [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/delphi-method/>
- ⁷ York Health Economics Consortium. Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/disability-adjusted-life-years-dalys/>
- ⁸ Barratt H, Kirwan M, Shantikumar S. Measures of disease burden (event-based and time-based) and population attributable risks including identification of comparison groups appropriate to Public Health [Internet]. 2018. Available from: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/measures-disease-burden>
- ⁹ Kamaruzaman HF, Grieve E, Wu O. Disinvestment in healthcare: a scoping review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2022;38(1):e69.
- ¹⁰ York Health Economics Consortium. Equity [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/equity/>
- ¹¹ Baltussen R, Jansen MP, Mikkelsen E, Tromp N, Hontelez J, Bijlmakers L, et al. Priority Setting for Universal Health Coverage: We Need Evidence-Informed Deliberative Processes, Not Just More Evidence on Cost-Effectiveness. *Int J Health Policy Manag*. 2016;5(11):615–8.
- ¹² Verguet S, Hailu A, Eregata GT, Memirie ST, Johansson KA, Norheim OF. Toward universal health coverage in the post-COVID-19 era. *Nat Med*. 2021;27(3):380–7.
- ¹³ Heller PS. Back to Basics - Fiscal Space: What It Is and How to Get It. *Finance Dev*. 2005;0042(002):A010.
- ¹⁴ World Health Organization. 64th World Health Assembly. Resolutions and decisions. Annexes. Genève; 2011.
- ¹⁵ O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T, International Joint Task Group. The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. *Int J Technol Assess Health Care*. 2020;36(3):187–90.
- ¹⁶ York Health Economics Consortium. Incidence [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/incidence/>
- ¹⁷ York Health Economics Consortium. Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/incremental-cost-effectiveness-ratio-icer/>
- ¹⁸ Jeffery M, Chi Y-L, Stewart M. Health Technology Assessment Toolkit. International Decision Support Initiative. 2019.
- ¹⁹ Thokala P, Devlin N, Marsh K, Baltussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making--An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value Health*. 2016;19(1):1–13.
- ²⁰ Clarke-Deelder E, Vassall A, Menzies NA. Estimators Used in Multisite Healthcare Costing Studies in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Simulation Study. *Value Health*. 2019;22(10):1146–53.
- ²¹ York Health Economics Consortium. Prevalence [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/prevalence/>
- ²² York Health Economics Consortium. Quality-Adjusted Life Year (QALY) [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/quality-adjusted-life-year-qaly/>
- ²³ York Health Economics Consortium. Reference Case [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <https://yhec.co.uk/glossary/reference-case/>
- ²⁴ Deverka PA, Lavalley DC, Desai PJ, Esmail LC, Ramsey SD, Veenstra DL, et al. Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement. *J Comp Eff Res*. 2012;1(2):181–94.
- ²⁵ World Health Organization. Universal Health Coverage [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
- ²⁶ Stokx J, International Association of Mutual Benefit Societies (AIM). Defining unmet medical need. EMA Payers Community Meeting. 2019.

- 27 Glassman A, Giedion U, Smith PC. *What's In, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage*. Brookings Institution Press. 2017.
- 28 Chalkidou K, Glassman A, Marten R, Vega J, Teerawattananon Y, Tritasavit N, et al. Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 2016;94(6):462–7.
- 29 Regan L, Wilson D, Chalkidou K, Chi YL. The journey to UHC: how well are vertical programmes integrated in the health benefits package? A scoping review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(8):e005842.
- 30 Fraser N, Chukwuma A, Koshkakaran M, Yengibaryan L, Hou X, Wilkinson T. *Reforming the Basic Benefits Package in Armenia: Modeling Insights from the Health Interventions Prioritization Tool*. The World Bank Group. 2021.
- 31 World Health Organization. *Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage*. 2014.
- 32 Terwindt F, Rajan D, Soucat A. Priority-setting for national health policies, strategies and plans. In: *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. World Health Organization. 2016.
- 33 Castro H, Suharlim KR, Kumar R. *Moving LMICs Toward Self-Reliance: A Roadmap for Systematic Priority Setting for Resource Allocation*. Management Sciences for Health (MSH). 2020.
- 34 Oortwijn W, Jansen M, Baltussen R. *Evidence-informed deliberative processes: A practical guide for HTA bodies for legitimate benefit package design*. Version 2.0. Radboud University Medical Center, Nijmegen. 2021.
- 35 Chi Y-L, Jeffery M. *Health Priority Setting: A Practitioner's Handbook*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. 2019.
- 36 World Health Organization. *Principles of health benefit packages*. 2021.
- 37 The World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. 1993.
- 38 Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. *Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage from the bottom up*. World Bank Publications. 2015.
- 39 World Health Organization. *Institutionalizing evidence-informed priority setting: A maturity model*. Presentation to WHO Technical Advisory Group on Health Benefit Packages (unpublished).
- 40 Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) International Unit. *Policy Brief: Reaching the low-hanging fruits of Vietnam's Health Benefit Package reform* (unpublished).
- 41 Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ*. 2000;321(7272):1300–1.
- 42 Baltussen R, Jansen M, Oortwijn W. *Evidence-Informed Deliberative Processes for Legitimate Health Benefit Package Design - Part I: Conceptual Framework*. *Int J Health Policy Manag*. 2021.
- 43 World Health Organization. *Institutionalizing Health Technology Assessment Mechanisms: A How To Guide*. 2021.
- 44 Baltussen R, Omar O, Blanchet K, Carballo M, Eregata G, Hailu A, et al. *Decision-making processes for essential packages of health services: experience from six countries (draft paper)*.
- 45 World Health Organization. *2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities*.
- 46 Abelson J, Wagner F, DeJean D, Boesveld S, Gauvin FP, Bean S, et al. *Public and Patient Involvement in Health Technology Assessment: A Framework for Action*. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(4):256–64.
- 47 Hayati R, Bastani P, Kabir MJ, Kavosi Z, Sobhani G. *Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria*. *Global Health*. 2018;14(1):26.
- 48 Fraser-Hurt N, Hou X, Wilkinson T, Duran D, Abou Jaoude GJ, Skordis J, et al. *Using allocative efficiency analysis to inform health benefits package design for progressing towards Universal Health Coverage: Proof-of-concept studies in countries seeking decision support*. *PLoS One*. 2021;16(11):e0260247.
- 49 Eregata GT, Hailu A, Geletu ZA, Memirie ST, Johansson KA, Stenberg K, et al. *Revision of the Ethiopian Essential Health Service Package: An Explication of the Process and Methods Used*. *Health Syst Reform*. 2020;6(1):e1829313.
- 50 Dunham RB. *Nominal group technique: a users' guide*. University of Wisconsin School of Business. 2006.
- 51 Patera N, Wild C. *Assessment - APPRAISAL - Decision: (good) practice examples and recommendations*. 2014.
- 52 Barasa EW, Molyneux S, English M, Cleary S. *Setting Healthcare Priorities at the Macro and Meso Levels: A Framework for Evaluation*. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(11):719–32.
- 53 Kapiriri L, Martin DK. *Successful priority setting in low and middle income countries: a framework for evaluation*. *Health Care Anal*. 2010;18(2):129–47.
- 54 Bertram M, Dhaene G, Torres-Edejer TT. *Institutionalizing health technology assessment mechanisms: a how to guide*. Geneva: World Health Organization. 2021.
- 55 Machado-da-Silva CL, Fonseca VSd, Crubellate JM. *Unlocking the institutionalization process: insights for an institutionalizing approach*. *BAR-Brazilian Administration Review*. 2005;2:1–20.

- ⁵⁶ Drummond MF, Augustovski F, Bhattacharyya D, Campbell J, Chaiyakanapruk N, Chen Y, et al. Challenges of Health Technology Assessment in Pluralistic Healthcare Systems: An ISPOR Council Report. *Value Health*. 2022;25(8):1257–67.
- ⁵⁷ Frutos Perez-Surio A, Gimeno-Gracia M, Alcacera Lopez MA, Sagredo Samanes MA, Pardo Jario MDP, Salvador Gomez MDT. Systematic review for the development of a pharmaceutical and medical products prioritization framework. *J Pharm Policy Pract*. 2019;12:21.
- ⁵⁸ Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(3):310–5.
- ⁵⁹ Specchia ML, Favale M, Di Nardo F, Rotundo G, Favaretti C, Ricciardi W, et al. How to choose health technologies to be assessed by HTA? A review of criteria for priority setting. *Epidemiol Prev*. 2015;39(4 Suppl 1):39–44.
- ⁶⁰ Murray CJL, Evans DB, Acharya A, Baltussen RMPM. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health economics*. 2000;9(3):235–51.
- ⁶¹ University of Washington. Disease Control Priorities 3 (DCP3) [Internet]. University of Washington. 2018. Available from: <https://dcp-3.org/>
- ⁶² Nouhi M, Baltussen R, Razavi SS, Bijlmakers L, Sahraian MA, Goudarzi Z, et al. The Use of Evidence-Informed Deliberative Processes for Health Insurance Benefit Package Revision in Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2022.
- ⁶³ Teerawattananon Y, Dabak SV, Khoe LC, Bayani DBS, Isaranuwatthai W. To include or not include: renal dialysis policy in the era of universal health coverage. *BMJ*. 2020;368:m82.
- ⁶⁴ Teerawattananon Y, Mugford M, Tangcharoensathien V. Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand. *Value Health*. 2007;10(1):61–72.
- ⁶⁵ Ndubuisi NE. Noncommunicable Diseases Prevention In Low- and Middle-Income Countries: An Overview of Health in All Policies (HiAP). *Inquiry*. 2021;58:46958020927885.
- ⁶⁶ Asian Development Bank. Mongolia: Improving Health Care Financing for Universal Health Coverage. 2018.
- ⁶⁷ Paz Aguilera X, Espinosa-Martí C, Castillo-Laborde C, Gonzalez C. From instinct to evidence: the role of data in country decision-making in Chile. *Glob Health Action*. 2017;10(sup1):1266176.
- ⁶⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019 [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Available from: <https://www.healthdata.org/gbd/2019>
- ⁶⁹ USAID. Demographic and Health Surveys (DHS) Program [Internet]. USAID. Available from: <https://dhsprogram.com/>
- ⁷⁰ Vongmongkol V, Viriyathorn S, Wanwong Y, Wangbanjongkun W, Tangcharoensathien V. Annual prevalence of unmet healthcare need in Thailand: evidence from national household surveys between 2011 and 2019. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):244.
- ⁷¹ Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia. National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019: Non-communicable diseases, healthcare demand, and health literacy - Key Findings.
- ⁷² Institute for Public Health, National Institutes of Health, Ministry of Health Malaysia. National Health and Morbidity Survey 2015. Volume II: Non-Communicable Diseases, Risk Factors & Other Health Problems. 2015.
- ⁷³ Sivasampu S, Mohamad Noh K, Chin MC. Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) Malaysia: Phase I – Public Clinics. Ministry of Health Malaysia, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University. 2015.
- ⁷⁴ ProtectHealth Corporation Sdn. Bhd. PeKa B40 2019–2020 Report.
- ⁷⁵ Institute for Health Systems Research (IHSR), National Institutes of Health, Ministry of Health Malaysia. National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019. Technical Report - Volume II: Healthcare Demand. 2020.
- ⁷⁶ Wang H, Otoo N, Dsane-Selby L. Ghana National Health Insurance Scheme: improving financial sustainability based on expenditure review: World Bank Publications. 2017.
- ⁷⁷ HISP Centre at the University of Oslo. District health information software 2 (DHIS2) [Internet]. HISP Centre at the University of Oslo. Available from: <https://dhis2.org/>
- ⁷⁸ Shih YT, Liu L. Use of Claims Data for Cost and Cost-Effectiveness Research. *Semin Radiat Oncol*. 2019;29(4):348–53.
- ⁷⁹ Oluabunwa EC, Sun J, Jean Jubanyik K, Wallis LA. Electronic Medical Records in low to middle income countries: The case of Khayelitsha Hospital, South Africa. *Afr J Emerg Med*. 2016;6(1):38–43.
- ⁸⁰ Ferry AM, Davis MJ, Rumprecht E, Nigro AL, Desai P, Hollier LH, Jr. Medical Documentation in Low- and Middle-income Countries: Lessons Learned from Implementing Specialized Charting Software. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(6):e3651.
- ⁸¹ Jeet G, Masaki E, Vassall A, Prinja S. Costing of Essential Health Service Packages: A Systematic Review of Methods From Developing Economies. *Value Health*. 2021;24(11):1700–13.
- ⁸² Glassman A, Giedion U, Smith PC. What's in, what's out: designing benefits for universal health coverage. Chapter 8 - At What Price? Costing the Health Benefits Package. Brookings Institution Press. 2017.

- ⁸³ Prinja S, Brar S, Singh MP, Rajsekhar K, Sachin O, Naik J, et al. Process evaluation of health system costing - Experience from CHSI study in India. *PLoS One*. 2020;15(5):e0232873.
- ⁸⁴ Özalpın A, Cashin C. Costing of health services for provider payment: a practical manual based on country costing challenges, trade-offs, and solutions. Washington, DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage. 2014.
- World Health Organization. OneHealth Tool [Internet]. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/tools/onehealth>
- ⁸⁶ United Nations InterAgency Working Group on Costing (IAWG-Costing). The United Nations OneHealth Costing Tool - Rationale and development [Internet]. Available from: https://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/OneHealth_Leaflet-Faqs.pdf
- ⁸⁷ Nakhimovsky S, Peterson L, Holtz J, Connor C, Mehtsun S, Folsom A. Using evidence to design health benefit plans for stronger health systems: lessons from 25 countries. United States Agency for International Development. 2015.
- ⁸⁸ York Health Economics Consortium. Health Technology Assessment [Internet]. York Health Economics Consortium. 2016. Available from: <http://www.yhec.co.uk/glossary/health-technology-assessment/>
- ⁸⁹ International Decision Support Initiative. iDSI Reference Case for Economic Evaluation [Internet]. 2020. Available from: <https://www.idsihealth.org/resource-items/idsi-reference-case-for-economic-evaluation/>
- ⁹⁰ Nemzoff C, Ruiz F, Chalkidou K, Mehndiratta A, Guinness L, Cluzeau F, et al. Adaptive health technology assessment to facilitate priority setting in low- and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2021;6(4):e004549.
- ⁹¹ Glassman A, Giedion U, Smith PC. What's In, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage. Chapter 4 - How Much Health for the Money? Using Cost-Effectiveness Analysis to Support Benefits Plan Decisions. Brookings Institution Press. 2017.
- ⁹² Alcaraz A, Alfie V, Gonzalez L, Virgilio S, Garcia-Marti S, Augustovski F, et al. Evidence-Informed Update of Argentina's Health Benefit Package: Application of a Rapid Review Methodology. *Int J Technol Assess Health Care*. 2022;38(1):e24.
- ⁹³ World Health Organization. The Global Survey on HTA and Health Benefit Packages: Interactive Database and Findings [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/12/16/default-calendar/global-survey-on-hta-database-findings>
- ⁹⁴ World Health Organization. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. 2013.
- ⁹⁵ Tufts Medical Center. Cost-Effectiveness Analysis (CEA) Registry [Internet]. Tufts Medical Center. 2018. Available from: <https://cevr.tuftsmedicalcenter.org/databases/cea-registry>
- ⁹⁶ Health Interventions Prioritization Working Group. Health Interventions Prioritization Tool (HIPTool) [Internet]. Health Interventions Prioritization Working Group. 2019. Available from: <http://hiptool.org/>
- ⁹⁷ Ministry of National Health Services - Regulation & Coordination. Universal Health Coverage Benefit Package of Pakistan - Essential Package of Health Services. 2020.
- ⁹⁸ Hutubessy RC, Baltussen R, Torres-Edejer T, Evans D. WHO-CHOICE: CHOosing Interventions that are Cost-Effective. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism Geneva: WHO Editions. 2003:823–35.
- ⁹⁹ Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, et al. Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) statement. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(2):117–22.
- ¹⁰⁰ Bogale F, Ararso D, Woldie E, McDonnell A, Gebreyohannes Y, Ababor S, et al. Situational analysis of Health Technology Assessment in Ethiopia. 2022.
- ¹⁰¹ World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Fiscal space for health. UHC Technical brief. 2017.
- ¹⁰² Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Washington, DC: The World Bank. 2010.
- ¹⁰³ Glassman A, Giedion U, Smith PC. What's In, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage. Chapter 3 - Managing the Money: Fiscal and Budgetary Considerations for the Benefits Package. Brookings Institution Press. 2017.
- ¹⁰⁴ Hailu A, Eregata GT, Stenberg K, Norheim OF. Is Universal Health Coverage Affordable? Estimated Costs and Fiscal Space Analysis for the Ethiopian Essential Health Services Package. *Health Syst Reform*. 2021;7(1):e1870061.
- ¹⁰⁵ International Labour Organization. ILO/HEALTH, the ILO Actuarial Health Tool [Internet]. Available from: <https://qpss.ilo.org:9081/>
- ¹⁰⁶ Lavado RF, Schieber G, Aftab A, Tsaturyan S, Huitzing HA. An Actuarial Model for Costing Universal Health Coverage in Armenia. Asian Development Bank. 2020.
- ¹⁰⁷ Rigsby D, Appleford G, Hecht R. Transitions in Family Planning: Challenges, Risks, and Opportunities Associated with Upcoming Declines in Donor Health Aid to Middle-Income Countries. Pharos Global Health Advisors, report prepared for the Centre for Global Development. 2020.

- ¹⁰⁸ University of Bergen. FairChoices DCP Analytics Tool [Internet]. Available from: <https://www.uib.no/en/bceps/130756/fairchoices-dcp-analytics-tool>
- ¹⁰⁹ US Agency for International Development (USAID), Health Finance & Governance. Bridging the Gap between Ministries of Health and Ministries of Finance [Internet]. Available from: <https://www.hfgproject.org/new-toolkit-ministries-health-work-effectively-ministries-finance/>
- ¹¹⁰ OECD. OECD Journal on Budgeting, Volume 2019, Issue 3. Special Issue on Health [Internet]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/045f5902-en>
- ¹¹¹ Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, et al. Addressing financial sustainability in health systems. WHO. Report No. 2077-1584. 2009.
- ¹¹² Wishnia J, Goudge J. Strengthening public financial management in the health sector: a qualitative case study from South Africa. *BMJ Glob Health*. 2021;6(11):e006911.
- ¹¹³ Nemzoff C, Pichon-Riviere A, Baltussen R, Guzman J, Baker P, Vassall A. How to Get to High-Impact Health Benefits Packages: Challenges and Solutions from the iDSI Network [Internet]. Center for Global Development. 2022. Available from: <https://cgdev.org/blog/how-get-high-impact-health-benefits-packages-challenges-and-solutions-idsi-network>
- ¹¹⁴ Barroy H, Gupta S. Fifteen years later: moving forward Heller’s heritage on fiscal space for health. *Health Policy Plan*. 2021;36(8):1239–45.
- ¹¹⁵ Bruku Dapaah M. Why do finance ministries matter to achieving universal health coverage? [Internet]. World Bank Blogs. 2018. Available from: <https://blogs.worldbank.org/health/why-do-finance-ministries-matter-achieving-universal-health-coverage>
- ¹¹⁶ Chi Y-L, Regan L. Investigating the Inclusion of Vertical Programmes in Health Benefit Packages [Internet]. 2021. Available from: <https://www.cgdev.org/publication/investigating-inclusion-vertical-programmes-health-benefit-packages>
- ¹¹⁷ Chi Y-L, Regan L. The Journey to Universal Health Coverage [Internet]. 2021. Available from: <https://www.cgdev.org/publication/journey-universal-health-coverage>
- ¹¹⁸ Schiavo-Campo S. Potemkin Villages: “The” Medium-Term Expenditure Framework in Developing Countries. *Public Budgeting & Finance*. 2009;29(2):1–26.
- ¹¹⁹ Ministry of Health. Health Care Priority Setting in Zambia: A Scoping Review (unpublished). 2020.
- ¹²⁰ Republic of Zambia. National Long Term Vision 2030 (Vision 2030). 2006.
- ¹²¹ Lewis BD, Hendrawan A. The impact of public sector accounting reform on corruption: Causal evidence from subnational Indonesia. *Public Administration and Development*. 2020;40(5):245–54.
- ¹²² Nabyonga-Orem J, Dovlo D, Kwamie A, Nadege A, Guangya W, Kirigia JM. Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: what are the issues and way forward? *BMC Health Serv Res*. 2016;16 Suppl 4(4):217.
- ¹²³ Woodrow Wilson International Center for Scholars’ Global Health Initiative (GHI). Improving Ministry of Health and Ministry of Finance Relationships for Increased Health Funding. 2009.
- ¹²⁴ Joint Learning Network for Universal Health Coverage. DRM Collaborative Policy Dialogue Toolkit. 2020.
- ¹²⁵ Tandon A, Bloom D, Oliveira Hashiguchi L, Hoang-Vu Eozenou P, Cain J, Nigam A, et al. Making the Case for Health: A Messaging Guide for Domestic Resource Mobilization. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. 2021.
- ¹²⁶ Joint Learning Network for Universal Health Coverage (JLN) [Internet]. Available from: <https://www.jointlearningnetwork.org/>
- ¹²⁷ International Decision Support Initiative (iDSI) [Internet]. Available from: <https://idsihealth.org/>
- ¹²⁸ Inter-American Development Bank. RED CRITERIA [Internet]. Available from: <https://criteria.iadb.org/en>
- ¹²⁹ Health Technology Assessment Network of the Americas (RedETSA) [Internet]. Available from: <https://redetsa.bvsalud.org/>
- ¹³⁰ HTAsiaLink [Internet]. Available from: <https://www.htasialink.org/>

Annexe 1 : Enquête du réseau JLN Efficacité Collaborative auprès des membres

Informations générales

- Dans quel pays travaillez-vous?
- Quel est votre nom ?
- Dans quelle division travaillez-vous et quel est le titre de votre poste ?
- Pouvez-vous nous dire ce que vous faites au quotidien ? (cochez tout ce qui s'applique)
 - o Réformes / stratégie de financement de la santé
 - o Mise en œuvre de la CSU
 - o Évaluation des technologies de la santé / définition des priorités
 - o Fixation des prix, sélection des produits ou achats de manière plus générale
 - o Planification, budgétisation, affectation des ressources
 - o Relations avec les donateurs et les partenaires extérieurs
 - o Planification COVID-19
 - o Recherche
 - o Autres :

Tous les participants

1. Votre pays dispose-t-il d'un paquet de prestations de santé (HBP) ou est-il en train d'en élaborer un ?
 - a. Oui
 - b. Non
2. Ce HBP est-il financé par un mécanisme de mise en commun des ressources (par exemple, recettes fiscales, primes, etc.) ? (prévu ou existant)
 - a. Oui
 - b. Non
3. Existe-t-il des lignes de financement dédiées au remboursement des prestataires ou au paiement des autorités décentralisées pour la mise en œuvre du HBP ? (prévues ou existantes)
 - a. Oui
 - b. Non
4. Existe-t-il une législation garantissant aux citoyens les droits spécifiés dans le cadre du HBP ? (prévue ou existante)
 - a. Oui
 - b. Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions 2 à 4, nous considérerons qu'il s'agit d'un HBP mis en œuvre. Si vous avez répondu non à toutes les questions, nous considérerons qu'il s'agit d'un HBP aspirational.

5. D'après les trois questions ci-dessus, avez-vous mis en œuvre un HBP ?
 - a. Oui
 - b. Non

Pays ayant mis en œuvre un HBP

6. Quel est le nom du HBP ou CSU ? En quelle année a-t-il été mis en œuvre ?
7. À quel stade de la mise en œuvre se trouve ce HBP ?
 - a. Le HBP est en cours de développement
 - b. Le HBP a été développé, mais la mise en œuvre est en cours
 - c. La mise en œuvre du HBP a été initiée mais est toujours en cours
 - d. Le HBP est entièrement mis en œuvre et fonctionne depuis plus d'un an
8. Pouvez-vous décrire en quelques lignes : (i) comment le HBP a été élaboré ? (ii) les objectifs qu'il visait à atteindre ? (iii) le temps approximatif qu'il a fallu pour l'élaborer ?
9. Quels ont été, à l'époque, les enseignements positifs et négatifs de l'élaboration de ce HBP ? Si vous aviez pu procéder différemment, qu'auriez-vous changé ?
10. Selon vous, quels sont les trois plus grands défis auxquels votre pays est confronté lorsqu'il s'agit du HBP (et sur lesquels vous aimeriez travailler avec nous) ?
 - a. Le HBP est trop généreux et doit être réduit
 - c. Le HBP inclut trop d'interventions coûteuses
 - d. Le paquet est dépassé et doit être revu
 - e. Les ressources humaines et les infrastructures nécessaires à la mise en œuvre du programme ne sont pas suffisantes

- f. Les taux d'utilisation sont encore très faibles
- g. Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du programme ne sont pas suffisantes
- h. Les droits du HBP ne sont pas bien définis et sont trop larges
- i. Les droits du HBP sont fortement débattus par les parties prenantes (par exemple, au sein du ministère, des groupes de patients et du public), et ils sont peu approuvés ou acceptés.
- j. Autres

11. Le HBP a-t-il été révisé depuis son élaboration ?

Pays ayant mis en œuvre un HBP et ayant fait l'objet d'une révision

12. Quelles étaient les principales raisons de cette révision ? Comment la nécessité d'une révision a-t-elle été identifiée ?
13. Veuillez décrire en quoi consistaient les révisions : Année(s) de révision et description de la révision
14. Dans le cadre des processus de révision décrits ci-dessus, avez-vous
- a. Ajouté à la liste des droits
 - b. Affiné la façon dont certains des droits existants ont été spécifiés (par exemple, pour tenir compte des innovations en matière de santé dans la pratique des soins) ?
 - c. Supprimer des droits ?

Si vous pouvez fournir des informations complémentaires sur les actions menées lors des révisions, veuillez préciser :

15. Pouvez-vous décrire, en quelques mots, comment le processus de révision a été organisé ? Qui en était responsable ? Combien de temps cela a-t-il pris ? Comment les domaines de révision ont-ils été identifiés ?
Comment les domaines de révision ont-ils été identifiés ? Détaillez les approches fondées sur des preuves qui ont été utilisées.
16. Existe-t-il des dispositions légales ou des politiques en place pour planifier les révisions périodiques de la HBP dans votre pays ?
17. Quel type de bonne pratique pourriez-vous partager avec notre équipe sur votre expérience de la révision du HBP ? (par ex. construction d'un processus inclusif et transparent, utilisation de données et preuves, consultation publique, plans pour améliorer la viabilité financière)

Pays ayant mis en œuvre un HBP et n'ayant pas fait l'objet d'une révision

12. Comment le HBP a-t-il évolué depuis sa première définition (le cas échéant) ? Par exemple, a-t-il fait l'objet d'ajustements (en d'autres termes, de petits ajouts ou suppressions de droits) à la marge ?
13. Avez-vous déjà entrepris des tentatives de révision qui n'ont pas abouti ? Dans l'affirmative, quels ont été, selon vous, les principaux obstacles aux révisions ?
14. Prévoyez-vous une révision ? Si oui, quand ?
15. Pouvez-vous décrire en quelques mots comment d'autres membres de l'EC ou ce produit de connaissance pourraient soutenir ce processus de révision ?

Pays n'ayant pas mis en œuvre un HBP

6. Votre pays est-il en train d'élaborer ou prévoit-il d'élaborer un HBP ? Si oui, veuillez expliquer.
7. Quels sont les principaux défis que vous anticipez dans la création d'un HBP ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)
- a. Manque de fonds pour mettre en place un système de santé publique universelle/un HBP et/ou préoccupations quant au financement durable pour le maintenir
 - b. Capacité insuffisante pour mettre en œuvre le programme (par exemple, infrastructure, personnel de santé adéquat)
 - c. Inquiétudes quant à la qualité actuelle des soins
 - d. Volonté politique
 - e. Défis liés à l'économie politique
 - f. Absence d'orientation et de consensus dans le pays sur la manière de hiérarchiser les droits
 - g. Autres :
8. Ce produit de connaissance est destiné à informer sur la manière dont les révisions sur le HBP peuvent être entreprises.
Pouvez-vous expliquer, dans le cadre de ce sujet, quels sont vos domaines d'intérêt particuliers ?

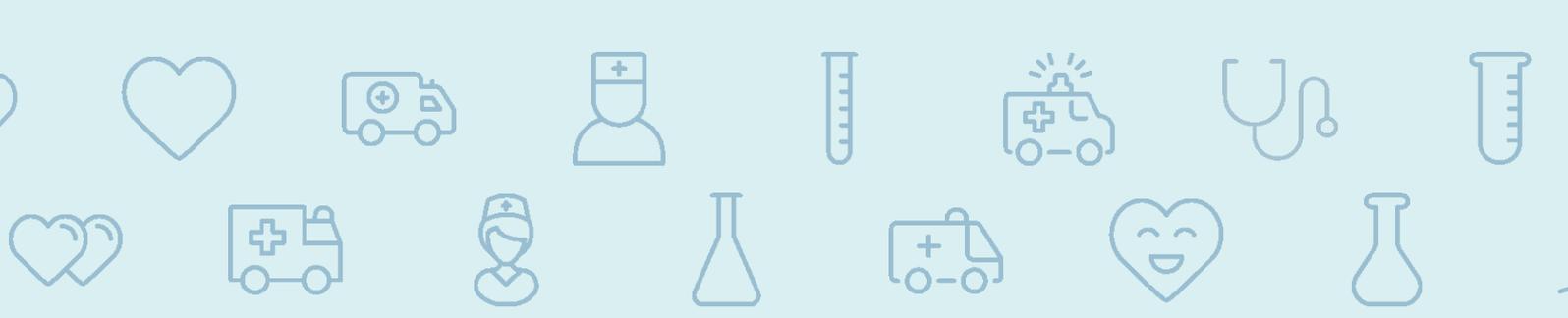
Merci beaucoup d'avoir répondu à cette enquête. Nous planifions des événements et des appels de sensibilisation nationaux sur les révisions du HBP. Y a-t-il des expériences de votre pays que vous souhaiteriez partager avec nous ?

Annexe 2 : Réponses à l'enquête

Pays	Nombre de réponses
Bangladesh	2
Éthiopie	1
Ghana	4
Inde	1
Indonésie	3
Kenya	1
Laos	1
Malaisie	1
Mongolie	2
Nigéria	1
Philippines	2
Afrique du Sud	0
Soudan	1
Vietnam	0

Annexe 3 : Exemples de pays inclus dans ce rapport

	Pays membres de l'EC	Pays non membres de l'EC (informés par le biais de la littérature)
	Afrique du Sud, Bangladesh, Ethiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Laos, Malaisie, Mongolie, Nigeria, Philippines, Soudan, Vietnam	Chili, Iran, Pakistan, Thaïlande
TOTAL	14	4
		18



JOINT LEARNING NETWORK

For Universal Health Coverage

www.jointlearningnetwork.org

