

NUMÉRO 15 | MARS 2018

Comment utiliser l'expérience
de financement basé sur les
résultats (FBR) pour rendre
l'achat des services de santé plus
stratégique au Bénin ?

Elisabeth Paul, Isidore Sieleunou, Valéry Ridde

Comment utiliser l'expérience de financement basé sur les résultats (FBR) pour rendre l'achat des services de santé plus stratégique au Bénin ?

Elisabeth Paul, Isidore Sieleunou, Valéry Ridde

Auteurs :

- **Elisabeth Paul,**
docteur en sciences de gestion, actuellement chercheur qualifié et maître de conférences à l'Université de Liège, chargée de cours à l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, et consultante dans les domaines de la santé mondiale, du financement de la santé et du renforcement des systèmes de santé.
- **Isidore Sieleunou,**
doctorant en santé publique à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal et co-facilitateur de la Communauté de Pratique Accès Financier aux Services de Santé.
- **Valéry Ridde, PhD**
directeur de recherche IRD, CEPED (IRD-Université Paris Descartes), Universités Paris Sorbonne Cités, ERL INSERM SAGESUD et chercheur régulier à l'IRSPUM.

Remerciements :

Les auteurs remercient l'Agence belge de développement (Enabel) qui a financé cette recherche à travers le marché de service relatif au backstopping technique et stratégique et à un appui à la capitalisation du Programme d'appui au Secteur Santé au Bénin (BTC/CTB BEN 438), Lot 2 « Financement basé sur les résultats, financement de la santé et couverture santé universelle ».

Ils remercient également le réviseur du présent manuscrit, le Prof. Emmanuel N'koué Sambiéni, pour les remarques et suggestions ayant contribué à l'amélioration du manuscrit.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

Résumé

Le Bénin a expérimenté la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé selon deux approches. Suite à l'échec des tentatives d'harmonisation et de rationalisation de ces approches en vue de la pérennisation du FBR, le gouvernement du Bénin n'a pas pris les dispositions pour poursuivre sa mise en œuvre. Dans la poursuite de la couverture santé universelle, le pays s'est engagé dans la voie de l'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) qui vise notamment à développer l'assurance maladie. Or, la promotion d'une couverture maladie nécessite entre autres de renforcer les mécanismes d'achat stratégique.

Cet article synthétise les principaux éléments d'une note d'orientation élaborée par les experts en charge de l'appui scientifique au programme d'appui au secteur santé de l'Agence belge de développement. Il vise à proposer une évolution de l'approche de FBR mise en œuvre au Bénin vers une approche d'achat stratégique des services et soins de santé, ceci en vue de garantir l'efficacité, la qualité et l'équité de l'accès aux soins de santé. Il a pour vocation plus large de partager l'expérience du Bénin avec les pays et les partenaires qui souhaiteraient passer d'un programme de FBR appuyé par les donateurs à un mécanisme d'achat stratégique plus englobant et intégré dans le système local de santé. L'article se base sur une revue non systématique de la littérature et l'expérience des auteurs au Bénin et ailleurs. Tout d'abord, le concept d'achat stratégique est clarifié, et quelques leçons de l'expérience sont mises en avant, pouvant être utiles pour les pays qui souhaitent rendre l'achat des services de santé plus stratégique. Ensuite, les leçons apprises de l'expérience du FBR au Bénin sont présentées, qui touchent à la fois aux niveaux des processus stratégiques (importance d'adopter une vision systémique et de renforcer la redevabilité au niveau local), des processus techniques (importance de recourir aux structures pérennes en les renforçant, de limiter les coûts de transaction, de fournir des appuis complémentaires au renforcement du système local de santé), ainsi que des processus de suivi et des indicateurs de résultat (rationalisation des matrices d'indicateurs et des processus de vérification, accent sur des indicateurs ayant un effet de levier sur le système, équité). Quelques écueils sont également relevés (dont l'appropriation, la capitalisation des expériences et l'intégration des programmes de FBR dans les institutions existantes). Enfin, plusieurs pistes sont proposées dans le cadre de la transition du FBR vers l'achat stratégique. Il est suggéré, à court terme, d'adopter un aménagement transitoire du modèle de FBR, visant à le rationaliser. Après une période transitoire, l'accent devrait être mis sur quatre éléments de décision de l'achat stratégique à travers, d'une part, un appui au mécanisme d'assurance maladie pour ce qui concerne l'achat des prestations, ainsi qu'à l'Autorité de régulation du secteur de la santé pour le « *stewardship* » ; et d'autre part, la poursuite des appuis au système national d'information sanitaire ainsi qu'au renforcement des systèmes locaux de santé.

Mots-clés: Santé, Achat stratégique, Financement basé sur les résultats (FBR), Bénin, Capitalisation

1. Introduction

Depuis 2012, le Bénin a expérimenté la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé selon deux approches. L'une a été promue par la Banque Mondiale dans huit zones (districts) sanitaires sur la période 2012-2017, le Fonds mondial dans dix-neuf zones sanitaires (2015-2017) et l'Alliance Gavi dans deux zones sanitaires (2015-2019). L'autre a été développée par l'Agence belge de développement (Enabel, anciennement CTB) dans les cinq zones sanitaires d'intervention de son programme d'appui au secteur santé (appelé PASS-Sourou). Les financements disponibles pour le FBR de la Banque mondiale, de la CTB et du Fonds mondial sont arrivés à échéance en 2017. Malgré des tentatives d'harmonisation et de rationalisation du FBR en vue de sa pérennisation, le gouvernement du Bénin n'a pas pris les dispositions pour continuer sa mise en œuvre. Dans sa poursuite de la couverture santé universelle, il s'est engagé dans la voie de l'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH). Celle-ci intègre une composante chargée de gérer l'assurance maladie. Le gouvernement demande à ses partenaires de l'appuyer dans cette nouvelle approche.

La promotion d'une couverture maladie nécessite entre autres de mettre en place et/ou renforcer les mécanismes d'achat stratégique (World Health Organization, 2010). Plusieurs partenaires, dont la CTB, se sont montrés disposés à accompagner le gouvernement béninois à développer un modèle d'achat stratégique adapté et approprié, en tirant des leçons de l'expérience accumulée dans la mise en œuvre du FBR. La CTB a demandé à l'équipe de l'Unité de santé internationale du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, en charge de l'appui scientifique de son projet PASS-Sourou, pour ce qui concerne les aspects de financement et de couverture santé universelle, de l'aider à identifier une approche d'achat stratégique privilégiant le développement du système local de santé et prenant en compte les évolutions récentes du secteur. Une note d'orientation proposant une évolution de l'approche FBR du PASS-Sourou vers une approche d'achat stratégique a été produite. Sa démarche visait à tendre vers des services et soins de santé plus efficaces, de qualité et équitables, permettant aux personnes vulnérables (femmes enceintes, enfants et indigents) d'avoir un accès effectif aux soins de qualité chaque fois qu'ils en auront besoin. Cet article synthétise les principaux éléments de cette note d'orientation. Il les généralise à des fins de capitalisation et de partage de l'expérience avec tous les acteurs intéressés. Du point de vue méthodologique, il se base sur une revue non systématique de la littérature et sur l'expérience des auteurs dans l'accompagnement du processus de FBR au Bénin et ailleurs.

Après cette brève introduction contextuelle, les concepts, définitions et implications de l'achat stratégique sont présentés et clarifiés. Plusieurs leçons d'études de cas dans d'autres pays sont également tirées. Ensuite, les leçons apprises de l'expérience de FBR au Bénin pour le passage à l'achat stratégique sont synthétisées, et ceci au niveau des processus stratégiques, techniques et de suivi des indicateurs de résultats. Certains écueils à éviter sont aussi présentés. Enfin, une ébauche de modèle conceptuel de passage à l'achat stratégique est proposée, permettant une transition progressive depuis le FBR vers des appuis plus systématiques à l'assurance-maladie, à l'autorité de régulation du secteur santé, au système national d'information et de gestion sanitaire, ainsi qu'au renforcement des systèmes locaux de santé.

2. Concepts, définitions et implications de l'achat stratégique

2.1. De l'achat passif à l'achat stratégique dans le financement des systèmes de santé

L'achat des services représente la troisième composante du financement de la santé – les deux autres étant la mobilisation et la mise en commun des ressources. Il se réfère au processus par lequel les fonds sont alloués aux producteurs de services de santé (Kutzin, 2001). L'analyse de la fonction d'achat nécessite la prise en compte de trois aspects principaux (McIntyre & Kutzin, 2016) :

1. La politique relative aux prestations : quels services doivent être achetés ?
2. Le paiement des prestataires de soins : quels mécanismes utiliser pour payer les prestataires ?
3. La structure organisationnelle et de gouvernance de l'acheteur : quel est le caractère institutionnel de l'acheteur et quels mécanismes sont en place pour assurer une bonne gouvernance ?

Tout système de santé effectue la fonction d'achat, que ce soit sous la forme passive ou active. L'achat passif renvoie à l'approche d'une budgétisation prédéterminée ou simplement du paiement rétrospectif des factures (Kutzin et al., 2017; World Health Organization, 2000). Il est caractérisé par l'affectation des ressources à l'aide de normes, souvent sans contrôle de la qualité (Meessen, 2017). Quelqu'un d'autre que les prestataires décide de qui bénéficie des prestations, quels services doivent être inclus, quels prestataires sont admissibles aux remboursements, quels prix doivent être payés et quel mécanisme de paiement devrait être utilisé (Preker & Langenbrunner, 2005).

Cette traditionnelle approche d'achat (passive), encore très répandue dans la plupart des pays, présente de nombreuses faiblesses en raison de problèmes tels que ses faibles rapports coût-bénéfice et coût-efficacité (Dehnavieh et al., 2016). Ainsi, l'achat stratégique est de plus en plus préconisé comme une des solutions pour l'amélioration de la performance du système de santé (World Health Organization, 2000).

Avant les années 1990, le terme « contractualisation » était davantage utilisé. La contractualisation transmet la notion d'achat de services de santé plutôt que de simple affectation d'un budget pour payer les soins de santé. Cependant, le terme est critiqué par certains qui y voient une approche réductionniste, axée principalement sur la relation entre les payeurs et les prestataires.

La notion d'achat stratégique tente de remédier à ces lacunes en incluant des éléments de « direction stratégique » et de « renseignement » dans l'arrangement contractuel (Preker & Langenbrunner, 2005).

2.2. Définition de l'achat stratégique

Plusieurs définitions de la notion d'achat stratégique émergent de la littérature et peuvent être regroupées selon la finalité ou le processus.

Selon la finalité

L'achat stratégique renvoie à des systèmes de paiement qui visent à créer des incitations capables d'améliorer l'efficacité et la qualité du système de santé (Busse et al., 2007; McIntyre & Kutzin, 2016). Il vise à accroître l'optimisation des ressources, de manière à maximiser les résultats en matière de santé (« outputs » et « outcomes ») (Bastani et al., 2016).

L'achat stratégique serait un des mécanismes permettant de remédier aux inefficacités existantes dans le secteur de la santé, en plus d'améliorer les mécanismes d'approvisionnement en produits de santé (Meessen, 2017). En outre, l'achat stratégique peut promouvoir la qualité de la prestation des services, l'efficacité de l'utilisation des ressources, la responsabilisation des prestataires et des acheteurs envers la population. Il peut améliorer la distribution équitable des ressources en harmonisant le financement et les incitatifs avec les services (Adobor & McMullen, 2014).

Selon le processus

L'achat stratégique implique une recherche continue des meilleures approches pour maximiser les performances du système de santé en décidant quelles interventions devraient être achetées, comment, par qui et pour qui (World Health Organization, 2000). Cette approche consiste principalement à lier le financement de la santé à l'information sur (i) les besoins de santé de la population et (ii) la performance des prestataires de soins, sur la base d'un engagement actif et fondé sur des données probantes (Bastani et al., 2016; Kutzin et al., 2017; Meessen, 2017).

2.3. La séparation des fonctions entre l'acheteur et le prestataire : un préalable pour l'achat stratégique

Avec la séparation des fonctions, les tiers payeurs sont séparés des prestataires de services sur les plans organisationnel et fonctionnel. Les deux sont liés uniquement par des arrangements contractuels (Robinson et al., 2005). Les incitations incorporées dans la relation contractuelle sont censées conduire à des améliorations telles que le contrôle des coûts, une plus grande efficacité, une flexibilité organisationnelle et une meilleure réactivité des services aux besoins des patients (Tynkkynen et al., 2013). Il existe peu de consensus sur la manière dont la fonction d'achat devrait être formulée ou organisée afin d'atteindre ses objectifs (Lewis et al., 2009). Cependant, une hypothèse générale est que l'acheteur est capable d'articuler les besoins et les souhaits de la population et de faire des plans pour la prestation de services en fonction de ses connaissances. En outre, il est supposé qu'une agence distincte puisse être plus explicite quant aux coûts et à la qualité des services. Cette agence veille à l'allocation des ressources en tenant davantage compte des priorités politiques et des priorités du système de santé.

Trois niveaux de séparation acheteur-prestataire prédominant dans la littérature (Preker & Langenbrunner, 2005) :

- La séparation (compétitive) totale : l'acheteur ne possède et ne gère aucun service ou n'emploie aucun personnel qui fournit ces services ;
- La séparation (compétitive) partielle : l'acheteur conserve une certaine propriété et continue d'employer du personnel, mais est autorisé à sous-traiter et à acheter certains services ;
- La séparation non compétitive : la séparation entre l'acheteur et le prestataire est orientée vers des paramètres non compétitifs.

Quelques avantages de la séparation des fonctions : i) le renforcement de l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires et les acheteurs ; ii) une attention accrue par les acheteurs envers les objectifs de la politique plutôt que la gestion des services ; iii) la nécessité de rendre les coûts de fonctionnement et les investissements plus explicites ; et iv) l'élargissement des possibilités de choix du patient si un grand nombre de prestataires sont autorisés à contracter avec l'acheteur (Preker & Langenbrunner, 2005).

2.4. Parties prenantes impliquées dans l'achat stratégique

L'achat stratégique va au-delà de la simple notion de contrat et met au cœur de son organisation des jeux d'acteurs. L'approche d'achat stratégique fait appel à trois groupes de parties prenantes : (i) les prestataires de services, (ii) la population / le groupe de population pour qui les soins sont payés, et (iii) le gouvernement qui assure le rôle de « stewardship » (administration générale). L'encadré 1 résume les principales actions de chacune des parties prenantes.

Encadré 1 : Principales actions orientées vers les différentes parties prenantes impliquées dans l'achat stratégique (adapté de Resilient & Responsive Health Systems (RESYST), 2014)

1. Par rapport aux prestataires :

- Sélectionner les prestataires (accréditation) en fonction de la gamme et de la qualité des services et de leur localisation
- Établir des contrats / contrats de service
- Élaborer des protocoles, procédures, normes et directives standard de traitement
- Sécuriser l'information sur les services fournis
- Surveiller la performance des prestataires et agir en cas de mauvaise performance
- Auditer les services et lutter contre la fraude et la corruption
- Développer, gérer et utiliser des systèmes d'information

2. Par rapport à la population desservie :

- Évaluer les besoins, les préférences et les valeurs de la population et les utiliser pour spécifier les droits et les avantages du service
- Informer la population de ses droits et obligations
- Veiller à ce que la population puisse accéder à ses droits
- Établir des mécanismes efficaces pour recevoir et répondre aux récriminations de la population
- Produire des rapports publics et d'autres mesures de performance sur l'utilisation des ressources

3. Par le gouvernement pour promouvoir les achats stratégiques :

- Établir des cadres clairs pour l'acheteur et les prestataires
- Concevoir, mettre en œuvre et continuellement adapter les méthodes de paiement des prestataires pour encourager l'efficacité et la qualité du service
- Assurer un paiement régulier des prestataires
- Allouer des ressources de manière équitable entre les régions
- Mettre en œuvre d'autres stratégies visant à promouvoir un accès équitable aux services
- Investir pour améliorer les infrastructures pour la prestation des services
- Assurer la mobilisation adéquate des ressources pour faire face aux besoins
- Mettre en place des mécanismes pour garantir la redevabilité et la transparence de l'acheteur

2.5. Les éléments décisionnels à considérer dans l'achat stratégique

Le processus d'achat stratégique fait appel à plusieurs éléments de décisions stratégiques (Busse et al., 2007; Figueras et al., 2005) dont les principaux sont :

- Quelles interventions doivent être achetées en réponse aux besoins de la population, tenant compte des priorités de santé du pays et des données probantes sur le rapport coût-efficacité ?
- Comment ces interventions doivent-elles être achetées, incluant les mécanismes contractuels et les systèmes de paiement ?
- À qui acheter, tenant compte de la qualité ?
- À quel prix acheter ? (Ici rentre la notion d'efficacité et des ressources disponibles)
- Pour qui acheter ?

Quoi acheter ? L'établissement des priorités des soins de santé

La plupart des pays font face à des exigences importantes de leurs systèmes de santé, et ceci en dépit d'un budget limité pour les atteindre. L'établissement des priorités vise à allouer les ressources disponibles de manière optimale à travers les contraintes concurrentes (Preker & Langenbrunner, 2005). En pratique, l'établissement des priorités se fait souvent implicitement, mais on reconnaît de plus en plus qu'un processus transparent est nécessaire (Busse et al., 2007).

La meilleure approche vers l'établissement des priorités dépend du contexte, mais devrait inclure au minimum des éléments de maximisation de l'état de santé (c'est-à-dire, atteindre le meilleur état possible de santé de la population) et de réduction des inégalités de santé (c'est-à-dire, minimiser les différences d'état de santé entre les individus ou les groupes d'individus au sein de la population) (Preker & Langenbrunner, 2005).

Le modèle traditionnel d'établissement des priorités tient compte du choix des technologies indépendamment du système de financement des soins de santé, bien que, dans la pratique, le système de santé et le système de financement interagissent de manière importante. Certains mécanismes financiers peuvent avoir des répercussions sur le comportement du prestataire

ou du patient (par exemple, stimuler ou supprimer la demande ou changer les conditions d'assurance).

L'établissement de priorités dans les interventions de santé est une tâche complexe liée aux nombreux obstacles théoriques, politiques et pratiques auxquels sont confrontés les décideurs (Preker & Langenbrunner, 2005). Les données probantes y jouent un rôle central (Busse et al., 2007; World Health Organization, 2000). Ici entrent en jeu par exemple les approches d'Évaluation des Technologies de la santé (ETS)¹ qui peuvent permettre d'identifier la valeur comparative des options et déterminer un « prix basé sur la valeur » en fonction des contraintes budgétaires (et autres) et/ou des fonds disponibles (Gad, 2017).

Ces données probantes doivent être produites pour les différentes interventions qui concourent à l'amélioration du système de santé, ou de la santé tout court. Par exemple, l'évaluation des médicaments, des interventions cliniques, des diagnostics, des programmes, etc. Une autre question qui émerge est celle de la centralisation de la capacité de mener ces évaluations au sein d'un même organisme. A priori, cette centralisation est privilégiée par plusieurs pays (Meessen, 2017) ; c'est le modèle adopté notamment par le Royaume-Uni (avec le National Institute for Health and Care Excellence / NICE)² ou la Belgique (avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé / KCE)³.

Cependant, les données probantes ne sont qu'un élément du processus qui inclut entre autres des jeux d'équité et des considérations politiques. Tout processus d'établissement des priorités doit inclure des données probantes mais aussi un dialogue et une explication de la manière dont les décisions sont prises (World Health Organization, 2017).

A qui à acheter ? La sélection des prestataires

L'achat stratégique signifie que les acheteurs peuvent agir de manière sélective dans le choix de leurs prestataires, en tenant compte de la qualité, du délai et du prix des services offerts. Un acheteur stratégique doit établir un parallèle clair entre l'intervention souhaitée et la sélection du meilleur prestataire.

Pour qu'un acheteur puisse relier l'intervention au prestataire approprié, certaines conditions de base doivent être respectées. Tout d'abord, l'acheteur doit avoir le caractère institutionnel, juridique et administratif pour lui permettre de faire la sélection et donc prendre part aux décisions relatives à la sélection des prestataires. Deuxièmement, il doit y avoir plusieurs prestataires à choisir, une variété de prestataires proposant des prestations comparables. Enfin, l'acheteur et les prestataires doivent être en mesure d'établir une relation d'achat dans un environnement réglementaire et juridique dans lequel cela est possible (Preker & Langenbrunner, 2005).

Indépendamment du type ou de la complexité de l'intervention, l'acheteur devrait définir soigneusement l'intervention avant de commencer le processus de sélection et de négociation avec les prestataires. Il est important de distinguer les services à acheter au niveau des bénéficiaires individuels (par exemple soigner un patient) de ceux du niveau plus systémique.

1 Health Technology Assessment (HTA) en anglais.

2 <https://www.nice.org.uk>

3 <https://kce.fgov.be/fr/home-fr>

Comment acheter ? Le paiement

Les systèmes de paiement devraient répondre à une hiérarchie explicite des priorités politiques ainsi qu'à des considérations pratiques. Les acheteurs doivent d'abord décider des objectifs stratégiques, par exemple l'amélioration des revenus des prestataires, l'efficacité du système, le contrôle des coûts, l'accès, la qualité, la simplicité administrative ou la combinaison de plusieurs de ces éléments. Le système de paiement choisi et les incitations utilisées doivent répondre à un ou plusieurs objectifs stratégiques du secteur de la santé à ce moment précis. Aucune approche de paiement ne répondra a priori à tous les multiples objectifs des acheteurs et des prestataires. En conséquence, les acheteurs et les décideurs doivent comprendre et aborder explicitement les objectifs stratégiques et définir quels modes de paiement adopter.

Les méthodes de paiement des prestataires et leurs incitations sur le comportement de ces derniers peuvent être classées en fonction des unités des services payés. L'unité peut être le service fourni (rémunération à l'acte), tous les services liés à un diagnostic (paiement par cas), tous les services pour un patient sur une période de temps (capitation) ou tous les services fournis à tous les patients au cours d'une période de temps (budget global). Chaque système de paiement nécessite une approche différente pour la fixation des prix. Le processus de fixation des prix des services de santé du point de vue de l'acheteur est inextricablement lié à l'information dont il dispose. Chaque approche de fixation des prix a ses exigences propres en termes d'entrée d'information. La disponibilité de l'information dicte en grande partie la gamme de choix des acheteurs dans le calcul des coûts et la fixation des prix. La principale contrainte sur le développement des systèmes de paiement des prestataires dans les pays à revenu faible et intermédiaire est la disponibilité limitée d'informations sur les coûts, les volumes et les caractéristiques des patients (Preker & Langenbrunner, 2005).

Par ailleurs, le choix d'un mécanisme de paiement aura des conséquences sur les incitants – et donc le comportement – des prestataires. Ils ont chacun des avantages et des inconvénients, d'où l'importance de chercher à les combiner de façon optimale en vue de répondre aux priorités du système de santé :

- La rémunération à l'acte incite généralement les prestataires à accroître leur activité clinique et, partant, les coûts associés ;
- Le paiement par capitation permet de mieux contrôler les coûts, mais peut encourager les prestataires à offrir moins de soins de santé que ce qui est optimal pour les patients ;
- Les budgets globaux, eux aussi, permettent de contrôler les coûts totaux, mais peuvent entraîner des problèmes d'accessibilité et des délais d'attente ;
- Les paiements de type diagnosis-related group (DRG) ou classification par groupes homogènes de diagnostics se concentrent sur l'efficacité technique pour mieux utiliser les ressources disponibles et réduire la durée moyenne du séjour, mais ils encouragent également les hôpitaux à augmenter le nombre de patients (Organisation for Economic and Development Cooperation (OECD), 2016).

2.6. Deux enjeux majeurs liés aux prestataires

Les caractéristiques des prestataires de soins de santé et leurs relations avec les acheteurs ont une forte influence sur la façon dont les prix des services sont déterminés. Certaines des caractéristiques les plus pertinentes sont l'autonomie et le pouvoir de négociation des prestataires.

- L'autonomisation se réfère au transfert de nombreuses décisions quotidiennes de gestion aux prestataires, en s'appuyant sur différentes formes d'arrangements contractuels (Preker & Harding, 2000). Les prestataires ayant une plus grande autonomie sont également plus susceptibles de déterminer les meilleurs coûts et prix nécessaires pour maintenir une qualité élevée de leurs services. L'autonomie va de pair avec la redevabilité et les structures de gouvernance (Fritsche et al., 2014).
- Dans un système de séparation des fonctions, le pouvoir de négociation des prestataires est important pour fixer les prix des prestations, d'autant plus que dans certaines circonstances, les offres concurrentielles pour déterminer ces prix n'existent pas.

2.7. Le stewardship

Les gouvernements sont responsables du « stewardship » et de la réglementation du système de soins et services de santé. Permettre aux tiers payeurs d'acheter des services ne signifie pas que la prestation de soins de santé fonctionnera dans un marché libre. Les acheteurs et les prestataires doivent se conformer à la réglementation. Pour être efficaces, les mécanismes d'achat bénéficieront d'une surveillance du régulateur pour :

- Définir le niveau d'équité, de solidarité et d'équilibre social à atteindre dans le système de soins de santé ;
- Définir des priorités pour les services hospitaliers en relation avec les priorités et les objectifs de santé publique à atteindre ;
- Financer les services de santé publique conformément aux priorités sociales et sanitaires.

2.8. Le FBR et l'achat stratégique

L'introduction du FBR dans un système de santé nécessite une révision des arrangements institutionnels (Fritsche et al., 2014). Le FBR met l'accent sur une séparation des fonctions entre acheteur, prestataire, régulateur et vérificateur. Cette approche introduit des contrats de performance entre ces principaux acteurs. La révision institutionnelle repose sur la création de nouveaux mécanismes d'exécution (vérification des performances et exécution des contrats), qui interagissent avec les instances préexistantes (réglementations sanitaires en vigueur, coaching / supervision). Cette réorganisation institutionnelle aide à limiter les conflits d'intérêts et à clarifier les responsabilités (Meessen et al., 2006).

Le FBR devrait donner aux unités organisationnelles des droits de décision substantiels sur leurs ressources (l'autonomie). Les unités organisationnelles ne dépendent pas de relations hiérarchiques, mais des contrats ou des réglementations. L'interaction par contrat exige que le « steward » définisse clairement la performance pour chaque unité d'organisation. Différents types de contrats sont possibles. L'application du respect des normes, des protocoles et des priorités en matière de santé est assurée par les autorités sanitaires (régulateurs), bien que

ce soit « top-down ». Un tel contrôle hiérarchique s'accompagne cependant d'une supervision de soutien qui, malgré le fait d'être moins fort que le commandement et le contrôle, peut être très efficace pour assurer la conformité aux normes, en créant une relation de confiance et de respect entre le prestataire et le régulateur (Meessen et al., 2006).

Le FBR devrait aussi aider à améliorer l'efficacité de l'allocation en renforçant la « *stewardship* ». Les acheteurs sont impliqués dans les « achats stratégiques » en définissant le contenu des contrats (y compris les services rémunérés et le niveau de subvention). Ils utilisent les données collectées pour (ré)adapter les contrats de performance en fonction des objectifs poursuivis. Il s'agit donc d'un processus dynamique qui doit être appuyé par un système d'informations assez complet. Les prestataires bénéficient de plus d'autonomie en échange d'une plus grande responsabilisation pour les résultats. Le FBR peut également renforcer le pouvoir des utilisateurs des services de santé. Dans les systèmes traditionnels de santé des pays à faible revenu, les citoyens ont peu ou pas de moyens d'influer sur la disponibilité et la qualité des services de santé. En revanche, avec le FBR, la communauté peut potentiellement aider à vérifier les résultats et fournir des commentaires sur la qualité des services reçus (Fritsche et al., 2014).

Enfin, le FBR devrait donner un nouvel éclairage sur la décentralisation dans le secteur de la santé. L'expérience de FBR suggère que le gouvernement central devrait conserver les droits de décision concernant les priorités clés en matière de santé publique, en exerçant fermement ce droit. Dans le même temps, il devrait être prêt à transférer les droits de décision liés à la prestation d'interventions sanitaires prioritaires aux établissements de santé.

Les nouvelles institutions et les acteurs interagissent avec les mécanismes existants. Le FBR établit un lien explicite entre le paiement et les prestations, et lorsqu'elle existe, l'autonomie des prestataires devrait contribuer à rendre l'achat plus stratégique (World Health Organization, 2017). Mais pour ce faire, il est important de s'assurer que les mécanismes de FBR soient intégrés de façon plus large dans le système de santé. L'intégration et la mise à l'échelle sont des concepts multidimensionnels ; ils nécessitent un passage de l'orientation projet à une perspective de système, avec une plus grande attention à la gouvernance et au renforcement des capacités. Sinon, même une bonne mise en œuvre d'un projet isolé pourrait entraîner de mauvais résultats globaux du système. L'intégration au système est également pertinente compte tenu des préoccupations liées à l'incertitude et à la durabilité lorsque les « projets » de FBR, financés par des fonds extérieurs, prennent fin (World Health Organization, 2017).

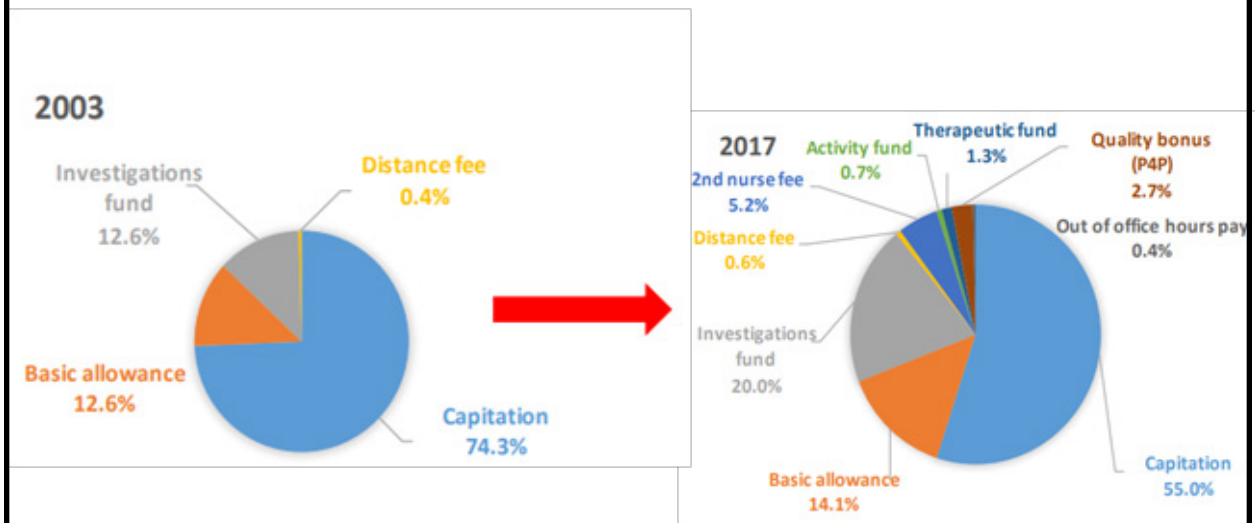
L'exemple de l'Estonie fournit de bonnes leçons sur la façon dont le FBR peut être utilisé pour compléter les mécanismes de paiement existants et pour renforcer le système global. Le FBR y a été intégré et aligné à un ensemble existant de mécanismes de paiement des prestataires (World Health Organization, 2017).

Encadré 2 : Comment intégrer le paiement à la performance dans un système de paiement mixte ? L'expérience de l'Estonie (adapté de Habicht & Kurowski, 2017)

Principes fondamentaux des soins de santé primaires

- Les médecins de famille sont des entrepreneurs privés qui possèdent une liste de patients ;
- La médecine familiale peut être la propriété exclusive des médecins de famille ou de la municipalité locale ;
- Les médecins de famille ne peuvent pas fournir des soins spécialisés et les médecins spécialisés ne peuvent pas fournir les soins primaires ;
- Tous les citoyens doivent être inscrits auprès d'un médecin de famille ;
- Le Fonds d'assurance maladie a des contrats directs avec les cabinets de médecins de famille ;
- Le médecin de famille est un détenteur partiel de fonds et un acteur du système de référence ;
- Le nouveau modèle de centre de santé (début de la transition en 2017) prend en compte la notion d'équipe élargie minimale – 3 médecins de famille, 3 infirmières familiales, infirmière à domicile, sage-femme, physiothérapeute.

Évolution du système de paiement



Comme on le voit, entre 2003 et 2017, l'évolution du système de paiement des prestataires est principalement caractérisée par les éléments suivants :

- Tous les coûts sont couverts par les différentes sources de paiements ;
- Au fil du temps, le rôle de la capitation a diminué ;
- Les paiements à l'acte (surtout avec plafond) augmentent continuellement, ce qui permet aux médecins de famille de jouer un plus grand rôle dans les soins aux patients ;
- De nouvelles approches d'incitations ont émergé, à l'instar du paiement à la performance et du paiement pour le second infirmier.

Système de bonus qualité (appelé QBS)

Objectifs du QBS :

- Plus de concentration sur la prévention ;
- Réduire la morbidité des maladies évitables par la vaccination et l'hospitalisation due aux maladies non transmissibles ;
- Améliorer la gestion des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires ;
- Motiver les médecins de famille à élargir la portée des services offerts.

Lancé en 2006 en tant que système volontaire (obligatoire depuis 2015) et construit sur le système de réclamation existant, son développement a été mené par des médecins de famille avec le support technique du fonds d'assurance maladie.

Tout ceci a incité une revue du système de paiement et des recommandations de réforme pour le QBS et au-delà :

Composantes du QBS	Options politiques
Mesurer	- Aligner les indicateurs aux guides cliniques et cibles programmatiques - Introduire des indicateurs pour améliorer la prise en charge des cas - Évoluer des indicateurs de processus vers les indicateurs de résultats
Vérifier / valider	- Améliorer la précision de la vérification (éliminer les actes de spécialité) - Évoluer d'une approche de moyenne vers une approche de tout ou rien
Payer	- Augmenter la part des revenus de la médecine familiale - Structurer une retenue à la source plutôt qu'un paiement de bonus
Intégrer	- Réduire le chevauchement avec les paiements directs
Autres	- Développer le QBS pour d'autres groupes de praticiens - En s'appuyant sur le QBS, développer un système complet de monitoring de la qualité des prestataires

Leçons du QBS :

- Le leadership clinique a été crucial dans le développement du QBS ;
- Les données sur les réclamations électroniques ont été un facteur clé de succès au cours de la mise en œuvre, mais le QBS est toujours axée sur le processus et non sur les résultats ;
- Sensibilisation accrue à la médecine factuelle, aux lignes directrices cliniques et à la surveillance du rendement ;
- Le QBS doit faire partie d'un effort plus large de monitoring de la qualité, le bonus financier semble secondaire ;
- Le QBS a un rôle limité (voire pas du tout) pour créer des incitations à la prestation des soins au niveau des soins de santé primaires – nécessité de repenser toutes les incitations à travers différents niveaux de soins ;
- Ce qui compte le plus, c'est la refonte du système de prestation de services, avec un rôle plus important pour les soins de santé primaires et intégré aux soins hospitaliers et sociaux.

2.9. En résumé : principaux éléments à considérer dans le processus de mise en place de l'achat stratégique

Le tableau 1 ci-dessous résume les principaux éléments à considérer dans un processus de mise en place d'achat stratégique.

Tableau 1 : Principaux éléments à considérer dans un processus de mise en place d'achat stratégique (adapté de Bastani et al., 2016)

<p>Interventions achetées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la nature des interventions achetées ; • Déterminer les interventions prioritaires ; • Déterminer les règles d'achat ; • Déterminer la qualité des interventions achetées ; • Déterminer le coût de l'efficacité des interventions.
<p>Groupes cibles et utilisateurs de services (côté demande) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre les utilisateurs du service de santé au centre des interventions ; • Développer des interventions qui touchent directement les utilisateurs des services de santé ; • Mettre en place des mécanismes de financement permettant aux utilisateurs des services de santé d'y accéder à moindre coût ; • Porter une attention aux indicateurs démographiques, économiques et sociaux des groupes cibles ; • Accorder une priorité aux groupes pauvres et vulnérables.
<p>Prestataires des interventions (côté offre) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la nature des prestataires de services de santé (privé / public) ; • Porter une attention aux distributeurs (grossistes / détaillants) ; • Mettre en place des efforts visant à faire attention à la concurrence, à l'indépendance, à la liberté et à la responsabilité des prestataires de services ; • Faire l'effort d'augmenter le nombre de prestataires de services ; • Choisir les prestataires de services les plus efficaces et s'assurer que les achats sont adéquats et multiples (assurances).
<p>Méthodes de paiement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des mécanismes incitatifs pour modifier le comportement des prestataires ; • Mettre en place des incitatifs à la performance et la rémunération basée sur les résultats ; • Adapter les mécanismes de paiement ; • Porter une attention aux incitatifs visant à améliorer la qualité des services ; • Utiliser les données probantes pour affiner les relations contractuelles ; • Développer des mécanismes visant à réduire l'incertitude dans d'achat des services de santé ; • Déterminer les stratégies d'achat.
<p>Prix :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les prix en adéquation aux services offerts ; • Déterminer le système de paiement des subsides ; • Porter une attention au pouvoir de négociation des prestataires ; • Mettre l'accent sur le prix d'achat réel des services de santé ; • Accorder une attention aux mécanismes tarifaires des différentes interventions.
<p>Structure et organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porter une attention à la structure financière ; • Bien clarifier la structure hiérarchique de l'organisation ; • Placer l'autonomie des prestataires de services au centre du processus ; • Prendre en compte l'environnement et les capacités organisationnelles ; • Identifier les lois et règlements ; • Mettre l'accent sur la prise de décision stratégique ; • Prendre en considération le cadre de gestion du système.

3. Leçons tirées d'études de cas dans d'autres pays

Le programme de recherche RESYST a capitalisé des expériences intéressantes en matière d'achat stratégique menées par plusieurs pays (voir <http://resyst.lshtm.ac.uk/research-projects/purchasing>). Sur la base de son expérience capitalisée au Nigeria, en Afrique du Sud et au Vietnam, de même que de notre propre expérience au Ghana (Particip GmbH and Independent Evaluation Group (IEG), 2017), nous pouvons observer que l'introduction de l'approche stratégique dans l'achat des prestations de santé a abouti à :

- Des critères d'accès redéfinis basés sur les besoins de la population plutôt que sur l'offre historique, dans le but d'atteindre un accès plus équitable aux services de santé ;
- Une définition et une utilisation plus strictes des critères optimaux pour augmenter la prestation de soins ;
- Une meilleure prise en compte du mouvement des patients ;
- Un accent accru sur la qualité pour favoriser l'amélioration de la qualité ;
- L'utilisation des mécanismes tels que l'accréditation pour garantir l'offre du paquet de soins et faire respecter le système de référence-contre référence.

Les principaux défis sont :

- Les liens entre le financement et l'information sur les besoins de santé de la population d'une part et la performance des prestataires de soins d'autre part, restent sous-optimaux ;
- La majorité des régimes médicaux utilisent les paiements à l'acte ; ils ne disposent pas d'échéanciers réglementés, ce qui permet aux prestataires d'augmenter le volume de services fournis ;
- Les acheteurs de régimes médicaux sont confrontés à l'absence de mécanismes efficaces pour faire le suivi de la qualité des services offerts par les prestataires de soins de santé privés ;
- Le paquet de services inclus est généralement trop large pour être soutenable financièrement ;
- Il existe plusieurs sources d'inefficience : (i) les incitants liés au paiement des prestataires sont souvent mal alignés, (ii) les demandes de remboursement augmentent beaucoup plus rapidement que les revenus, (iii) il existe des indications de sélection adverse et d'aléa moral, d'abus et d'inefficacités dans la gestion des organismes d'achat.

Toutefois, il ne faut pas non plus fonder trop d'espoirs dans l'achat stratégique car c'est un concept difficile à mettre en œuvre, même dans les pays développés (Klasa et al., 2018).

4. Leçons apprises du FBR au Bénin pour le passage à l'achat stratégique

Le Ministère de la santé du Bénin, appuyé par ses partenaires, a tenté en 2015 et 2016 un processus d'harmonisation et de rationalisation du FBR en vue de sa pérennisation, qui n'a pas abouti. Il faut noter que la Feuille de route conjointe pour l'harmonisation et la pérennisation du FBR commençait par recommander que le processus d'évolution du FBR respecte les principes stratégiques suivants (Ministère de la Santé, 2016a) :

- Assurer que le FBR évolue en pleine intégration avec les autres réformes menées dans le secteur (approche systémique / renforcement du système de santé) ;
- Intégrer les autres Ministères dans la concertation autour du FBR ;
- Approfondir / réactualiser la stratégie de financement de la santé sur base des questionnements soulevés par le FBR ;
- Obtenir l'engagement de l'État à maintenir un niveau de gouvernance approprié pour assurer le succès du FBR, y compris avancer dans la réforme relative à la déconcentration et à la décentralisation ;
- Garantir, en complément au FBR, que les structures possèdent les équipements et le personnel nécessaires pour fonctionner selon les normes ;
- S'assurer que les initiatives innovantes (santé communautaire, assurance qualité, implication du secteur privé de la santé, ...) gardent leur caractère transversal sans être détournées dans des programmes verticaux ;
- Développer un mécanisme de capitalisation des expériences, et institutionnaliser leur utilisation à des fins de prise de décision

Le modèle de FBR développé par la CTB possédait des atouts indéniables (Paul et al., 2018). Sur la base de leur expérience dans l'accompagnement du processus de missions conjointes (Ministère de la Santé, 2015a, 2015b, 2016c, 2016b) et de l'exploitation de divers documents, les auteurs ont pu identifier une série de constats utiles pour assurer la transition vers l'achat stratégique.

4.1. Bonnes pratiques au niveau des processus stratégiques

Les bonnes pratiques développées au niveau des processus stratégiques dans le cadre du FBR au Bénin, et qu'il serait intéressant de valoriser dans le cadre de l'achat stratégique, sont les suivantes :

- De façon transversale, l'approche systémique et intégrée du PASS-Sourou a utilisé le FBR comme porte d'entrée pour renforcer le système local de santé à travers ses trois composantes (offre, demande et gouvernance) (Pardo Iniesta et al., 2017; Paul et al., 2018).
- Plus particulièrement, grâce au mécanisme de Comité de pilotage au niveau départemental créé à l'occasion de la mise en place du FBR et où se retrouvent des représentants de l'offre, de la demande et de la gouvernance (directions départementales de la santé, plateformes d'utilisateurs des services de santé, mairies), le système local de santé dispose d'un mécanisme de pilotage fonctionnel, à la fois pour des questions techniques et politiques. Il s'agit d'un outil d'échanges et de concertation qui permet de résoudre au niveau local certaines difficultés rencontrées par les formations sanitaires. Il a le potentiel d'améliorer la

gouvernance (Pardo Iniesta et al., 2017). Ce mécanisme avait d'ailleurs été reconnu comme une bonne pratique par les missions conjointes en vue de la pérennisation du FBR (Ministère de la Santé, 2015b). En outre, l'évaluation à mi-parcours du PASS-Sourou a souligné des progrès au niveau des changements en matière d'interaction et d'articulation des acteurs (Pardo Iniesta et al., 2017).

- De même, les plateformes d'utilisateurs des services de santé et leur utilisation dans le cadre du FBR (comité de pilotage, contre-vérification et enquêtes de satisfaction) ont renforcé le dialogue entre l'offre et la demande de soins. Elles ont permis de trouver des solutions pour renforcer la redevabilité des prestataires (Ghesquière et al., 2015; Houeto et al., 2017; Paul et al., 2018).

4.2. Bonnes pratiques au niveau des processus techniques

Les bonnes pratiques développées au niveau des processus techniques dans le cadre du FBR, à valoriser dans le cadre de l'achat stratégique, sont les suivantes :

- Le recours aux structures pérennes, y compris les équipes d'encadrement des zones sanitaires, les directions départementales de la santé et les mairies dans le cadre de la consolidation de la décentralisation, et le renforcement de leurs capacités en vue d'assumer leurs rôles nouveaux. En particulier, le leadership et la prise d'initiatives innovantes de la part des médecins coordonnateurs et équipes cadres ont fait la différence (par exemple, la contractualisation de personnels spécialisés) (Paul et al., 2018).
- Le souci de limiter les coûts de transaction « non créateurs de valeur ajoutée » (Paul & Vandeninden, 2012) est à privilégier si l'on veut s'inscrire d'emblée dans un modèle qui a des chances de perdurer.
- La pratique de coaching par les pairs s'est révélée intéressante pour renforcer les compétences et les liens entre et au sein des équipes, même si l'indépendance du contrôle doit être garantie, par exemple en incluant le médecin conseil des mutuelles de la zone sanitaire.
- Le souci d'améliorer la qualité des soins avant tout est une priorité à conserver ; l'expérience accumulée dans la mesure de la qualité perçue (outils d'enquête et formation des plateformes d'utilisateurs des services de santé à cet effet) mérite d'être valorisée.
- Comme le souligne l'évaluation à mi-parcours du PASS-Sourou, le FBR a contribué à l'amélioration du système national d'information et de gestion sanitaire (SNIGS), même s'il demeure des marges d'améliorations notamment au niveau de l'intégration des différents sous-systèmes de collecte des données (Pardo Iniesta et al., 2017) ; le contrôle de qualité des données par les directions départementales de la santé dans les formations sanitaires et par la Direction de la planification et de la prospective du Ministère de la santé au niveau du logiciel DHIS2 devra être poursuivi.
- Par ailleurs, les appuis complémentaires au renforcement du système local de santé (équipements, etc.) se sont également révélés nécessaires au bon fonctionnement du FBR et à l'amélioration des résultats.

4.3. Au niveau des processus de suivi et des indicateurs de résultats

L'expérience du FBR, notamment étudiée au cours de la deuxième mission conjointe d'octobre 2015 (Ministère de la Santé, 2015b), a montré l'importance de :

- Rationaliser les matrices d'indicateurs de qualité en évitant la surcharge, les redondances, les indicateurs mal formulés et la pénalisation injuste de certaines structures.
- Rationaliser les mécanismes de vérification (voir par exemple Antony et al., 2017) et si possible, intégrer les différentes missions et organes de contrôle au niveau des structures de santé.
- Mettre l'accent sur des indicateurs qui ont un effet de levier sur le système, qui respectent les niveaux de soins (y compris qui favorisent la référence/contre-référence) et/ou qui ont réellement besoin d'être renforcés, et dont les résultats sont du ressort des personnels de santé.
- Veiller à l'équité, sans pénaliser les structures défavorisées ni encourager un « écrémage » des patients qui nécessitent le plus d'attention.

4.4. Écueils à éviter ou à surveiller

L'expérience de mise en œuvre du FBR au Bénin, qui s'est soldée par un échec dû au manque d'appropriation nationale malgré les atouts relevés plus haut, permet de dégager les leçons suivantes :

- Il est nécessaire de prendre le temps de consolider l'appropriation, par une vaste gamme de parties prenantes – y compris sur le terrain et en-dehors du secteur de la santé – du modèle d'achat stratégique à développer ;
- Les partenaires devraient, dès le début du processus de transition vers l'achat stratégique, veiller à capitaliser et partager les résultats de leurs travaux et à améliorer leur communication envers tous les acteurs concernés.
- Il sera important d'adopter d'emblée une approche systémique et de s'inscrire pleinement dans les réformes et les institutions nationales, en appuyant directement la conception d'un modèle national à tester en cours de mise en œuvre. En effet, la fragmentation et le manque d'intégration des programmes de FBR dans les institutions existantes – surtout du côté du modèle de la Banque mondiale mais aussi, dans une moindre mesure, du côté du PASS-Sourou vu un certain chevauchement entre le FBR et l'assurance qualité – leur a nui.
- Comme l'a observé la mission conjointe de juillet 2016 (Ministère de la Santé, 2016c) et l'a rappelé l'évaluation à mi-parcours du PASS-Sourou (Pardo Iniesta et al., 2017), la mise en place du FBR n'a pas été dans le sens d'une protection accrue des usagers contre l'augmentation des coûts à leur charge, au contraire. La protection contre le risque financier et le souci de l'amélioration de l'équité doivent être des fils conducteurs de la transition vers l'achat stratégique – y compris pour les populations non couvertes par un mécanisme d'assurance maladie.
- La fixation des « prix » associés aux indicateurs (par exemple utilisés pour le remboursement des structures dans le cadre de l'assurance maladie) devrait être déterminée de façon scrupuleuse, en tenant compte du coût moyen de la prestation, plus éventuellement d'une prime si l'on veut renforcer certains indicateurs (par exemple, la planification familiale) et/ou encourager la prise en charge des indigents.
- Comme l'a démontré la mise en œuvre du FBR, le débat sur l'achat stratégique devra

continuer à susciter d'autres actions systémiques en vue de lever les contraintes majeures du système entravant les résultats : autonomie de gestion des structures, vision globale du budget des structures, ressources humaines, état des infrastructures et équipements, etc.

5. Pistes suggérées dans le cadre de la transition du FBR vers l'achat stratégique

Sur la base des analyses qui précèdent, nous proposons quelques pistes pour assurer la transition du FBR vers l'achat stratégique, dans la perspective d'un appui intégré, cohérent et approprié au niveau national. À cet effet, en vue de garantir l'appropriation, il est essentiel que les partenaires s'alignent sur les décisions nationales et appuient les autorités nationales, si nécessaire, en promouvant activement le dialogue et l'inclusion de toutes les parties prenantes concernées. Par ailleurs, une période transitoire est nécessaire, durant laquelle il est suggéré d'aménager la façon dont le FBR était mis en œuvre – tout en consolidant ses acquis – en vue d'alléger le processus et de passer progressivement au nouveau système. Les programmes d'appui extérieurs pourraient appuyer la construction des mécanismes, tout en évitant la substitution, ceci dans une perspective d'appropriation et de pérennité.

5.1. A court terme : aménagement transitoire du modèle de FBR

Durant la période transitoire, le modèle de FBR mis en œuvre au Bénin pourrait être adapté pour :

- Se focaliser sur les indicateurs quantitatifs jugés les plus pertinents, selon les discussions menées lors de la deuxième mission conjointe FBR (Ministère de la Santé, 2015b) ;
- Réduire la fréquence des missions de vérification (semestrielle par exemple) ;
- Alléger la composition des équipes de vérification ;
- Réduire la complexité des matrices de qualité, voire abandonner cet aspect au profit de l'assurance qualité.

Après une période transitoire, si l'on reprend les cinq éléments de décision de l'achat stratégique (voir section 2.5), l'accent devrait être mis sur les quatre premiers (le cinquième, à savoir « pour qui acheter ? » étant purement du ressort des autorités nationales), comme suit :

1. Quelles interventions doivent être achetées en réponse aux besoins de la population, tenant compte des priorités de santé du pays et des données probantes sur le coût-efficacité ? Ceci devrait se faire principalement à travers un appui à court terme à l'ARCH, qui devrait décider d'un paquet de services coûts-efficaces et soutenables à inclure dans le mécanisme de protection.
2. Comment ces interventions doivent-elles être achetées, incluant les mécanismes contractuels et les systèmes de paiement ? Ceci devrait également se faire à travers un appui à plus long terme à l'ARCH, afin d'intégrer ou tester les systèmes d'achat prévus.
3. À qui acheter, tenant compte de la qualité ? Ceci devrait principalement se faire à travers un appui à l'Autorité de régulation du secteur de la santé.
4. À quel prix acheter ? Ici rentre la notion d'efficacité et des ressources disponibles. Ceci devrait également se faire à travers des appuis à court et à plus long terme à l'ARCH.

5.2. Appui à l'ARCH au niveau de l'achat des prestations

Dans la perspective d'une expansion de l'assurance maladie à travers l'ARCH, l'Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) deviendra un acteur majeur de l'achat stratégique des prestations de santé. En somme, l'idée est de transférer l'achat des indicateurs quantitatifs à l'assurance maladie. Il est essentiel de tenter de limiter la fragmentation des régimes dès le départ. Dès lors, il faut travailler à l'identification d'un paquet garanti d'interventions essentielles (y compris une liste harmonisée de médicaments essentiels génériques traceurs). Les indicateurs quantitatifs devraient être rétribués au « juste prix », à travers une étude harmonisée des coûts pour l'ensemble des régimes de prise en charge/remboursement (y compris les initiatives de gratuité), éventuellement augmentés d'une prime si l'on veut renforcer certains indicateurs – par exemple, ceux relatifs aux maladies non transmissibles.

À très court terme, on pourrait partir des tarifs officiels actuellement en cours, quitte à les actualiser/réviser. L'idée des bonus d'équité développée par les deux programmes de FBR est importante à maintenir, sur la base d'une liste nationale unique de zones enclavées/défavorisées. À moyen terme, en vue de limiter les coûts et les abus, il serait intéressant d'appuyer les autorités à tester un système de capitation pour les soins de santé primaires, et/ou d'aider l'ANPS à développer progressivement une tarification forfaitaire sur la base de coûts moyens de la prise en charge des épisodes de maladie. À plus long terme, il serait intéressant de développer un système de type DRG – comme le fait le Ghana par exemple dans le cadre de son système national d'assurance santé (Particip GmbH and Independent Evaluation Group (IEG), 2017).

Outre le paiement des prestations, il serait intéressant de maintenir l'idée de donner des primes aux structures pour encourager les bonnes pratiques (par exemple, la maintenance dans les hôpitaux). Ceci devrait être positionné soit au niveau de l'ARCH, soit au niveau de l'Autorité de régulation du secteur de la santé.

5.3. Appui à l'Autorité de régulation du secteur de la santé

L'assurance qualité est de plus en plus développée dans le secteur de la santé au Bénin. Elle est l'un des chantiers prioritaires du PASS-Sourou. Dans cette perspective, l'idée serait de transférer les matrices qualitatives et l'assurance qualité vers la nouvelle autorité de régulation du secteur santé, qui a pour mission d'assurer la régulation du système sanitaire et l'amélioration de la qualité des soins dans les secteurs public et privé, de même que du Conseil national des soins de santé primaires et du Conseil national de la médecine hospitalière. Ces conseils ont pour mission d'élaborer la politique, les stratégies, les normes et les protocoles, de veiller à l'application des dispositions législatives et réglementaires et d'évaluer la mise en œuvre des stratégies (République du Bénin, Présidence de la République, 2017). Les programmes extérieurs pourront aider ces agences à rationaliser les matrices et outils de mesure de la qualité et à organiser les processus de contrôle/coaching, en veillant dès le départ à avoir un modèle pérenne au niveau financier et technique – notamment, l'expérience du FBR a fait remarquer l'inutilité de vérifier l'entièreté des matrices qualité dans toutes les structures tous les trimestres. À terme, on devrait probablement passer à un processus d'accréditation.

5.4. Appui au SNIGS

L'achat stratégique ne peut faire l'économie d'une information sanitaire de qualité. La mise en œuvre du FBR a déjà permis de faire avancer le chantier du renforcement et de l'intégration du SNIGS. L'appui au SNIGS ainsi que la présentation et la communication des résultats devraient être intensifiés en vue d'assurer l'uniformisation du mécanisme de collecte de gestion des données – exploitation généralisée des données du DHIS2 et intégration des modules des programmes spécifiques – et le contrôle indépendant et régulier de leur qualité. Mais il serait aussi important de former le personnel à utiliser les données, à les analyser et les interpréter, car elles ne sont pas utiles sans exploitation. À plus long terme, il serait intéressant d'appuyer les autorités béninoises à développer un système de dossier médical informatisé, à utiliser à terme pour mesurer la qualité des soins.

5.5. Appui au niveau du système local de santé

Vu les changements institutionnels enclenchés avec la réorganisation de la gouvernance du secteur et la création des nouvelles agences, il sera nécessaire d'être extrêmement flexible et d'appuyer les acteurs du terrain à s'adapter progressivement aux changements institutionnels en cours. D'autres principes à respecter sont l'autonomisation de la communauté et l'attention à l'équité, notamment à travers la garantie que les populations ne subissent pas une augmentation des coûts et que les indigents puissent avoir accès aux soins. Le modèle pourrait être construit sur les éléments suivants :

- Une continuation du financement des comités de pilotage départementaux, sur la base du modèle développé par la CTB dans le cadre du FBR, mais incluant les nouveaux acteurs et agences, en vue de garantir une adaptation progressive du cadre de gouvernance ;
- Une continuation et un renforcement de l'appui et du financement des plateformes d'utilisateurs des services de santé, elles aussi mises sur pied avec l'appui de la CTB, comme organe de dialogue au niveau des zones sanitaires ; si les agences en charge de l'ARCH et de la qualité y sont favorables, leur expérience en matière de contre-vérification et d'enquêtes de satisfaction pourra être proposée ;
- Un appui au développement de rapports financiers exhaustifs (y compris les ressources provenant des crédits délégués, du financement communautaire, des initiatives de gratuité et bien sûr de l'ARCH) au niveau des formations sanitaires et des équipes d'encadrement de zones sanitaires ;
- Un appui au développement et à la mise en œuvre de la tarification forfaitaire (si cette option est retenue par les autorités béninoises dans le cadre de l'ARCH) ;
- Des appuis complémentaires permettant de mettre à niveau les structures défavorisées en termes de personnel et d'équipement (en partenariat avec les communes).

Références bibliographiques

Adobor, H., & McMullen, R. S. (2014). Strategic purchasing and supplier partnerships—The role of a third party organization. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 20(4), 263–272. <https://doi.org/10.1016/j.pursup.2014.05.003>

Antony, M., Bertone, M. P., & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: the case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(1), 204. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>

Bastani, P., Samadbeik, M., & Kazemifard, Y. (2016). Components that affect the Implementation of Health Services' Strategic Purchasing: A Comprehensive Review of the Literature. *Electronic Physician*, 8(5), 2333–2339. <https://doi.org/10.19082/2333>

Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. *Healthcare Papers*, 8 Spec No, 62–76.

Dehnavieh, R., Jafari Sirizi, M., Mehrolhassani, M. H., & Kalantari, A. (2016). Strategic Purchasing of Healthcare Services in Developing Countries: A New Approach Is Required. *Iranian Journal of Public Health*, 45(9), 1241–1242.

Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance* (World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies). Maidenhead, Berkshire: Open University Press.

Fritsche, G.B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). Performance-Based Financing Toolkit. The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/369941468325159289/pdf/854120PUB0978100Box382147B00PUBLIC0.pdf>

Gad, M. (2017, May). *Evidence for decisions on health benefits – Role of HTA*. Presented at the Strategic Purchasing Meeting - WHO, Geneva. Retrieved from http://www.healthfinancingafrica.org/uploads/8/0/8/8/8088846/d1_s1_gad_imperial_college.pdf

Ghesquière, G., Hounouvi, A. T., Dramé, M. L., Gyselinck, K., & Paul, E. (2015). *Les opportunités du financement basé sur les résultats comme plateforme d'interactions entre l'offre et la demande pour le renforcement du système local de santé au Bénin* (Capitalisation Santé - Bénin). Agence Belge de Développement (CTB).

Habicht, T., & Kurowski, C. (2017, April). *How to integrate P4P into a blended payment system? Lessons from Estonia*. Presented at the Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Unlocking the Potential, Geneva. Retrieved from http://www.who.int/health_financing/events/D3_S6_Habicht_Ministry_of_Social_Affairs_Estonia_and_Kurowski_WB.pdf?ua=1

Houeto, D., Ghesquiere, G., Agonnoude, M., Hounouvi, A., Gyselink, K., & Drame, M. L. (2017). Benin experience of Decentralized Steering Committee in the institutional framework of Results-Based Financing: elements for players' empowerment at local level. *Journal of Public Health Aspects*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.7243/2055-7205-4-1>

Klasa, K., Greer, S., & van Ginneken, E. (2018). Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 56(3), 171–204.

Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., & Bayarsaikhan, D. (2017). Developing a national health financing strategy: a reference guide. Health Financing Guidance no.3. World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254757>

Lewis, R., Smith, J., & Harrison, A. (2009). From quasi-market to market in the National Health Service in England: what does this mean for the purchasing of health services? *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 44–51. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008054>

McIntyre, D., & Kutzin, J. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/204283>

Meessen, B. (2017, September 19). Achats stratégiques (2): le rôle central des stewards. Retrieved 18 December 2017, from <http://www.healthfinancingafrica.org/home/achats-strategiques-2-le-role-central-des-stewards>

Meessen, B., Musango, L., Kashala, J.-P. I., & Lemlin, J. (2006). Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health : TM & IH*, 11(8), 1303–1317. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01680.x>

Ministère de la Santé. (2015a). *La pérennisation du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin. Aide-mémoire de la deuxième mission conjointe du 12 au 16 octobre 2015*. Cotonou.

Ministère de la Santé. (2015b). *La pérennisation du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin. Aide-mémoire de la première mission conjointe du 27 au 31 juillet 2015*. Cotonou: Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé. (2016a). *Feuille de route conjointe pour l'harmonisation et la pérennisation du FBR dans le secteur de la santé au Bénin*.

Ministère de la Santé. (2016b). *La pérennisation du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin. Aide-mémoire de la troisième mission conjointe du 5 au 8 juillet 2016*. Cotonou.

Ministère de la Santé. (2016c). *La pérennisation du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin. Aide-mémoire de la quatrième mission conjointe du 11 au 14 octobre 2016*. Cotonou.

Organisation for Economic and Development Cooperation (OECD). (2016, June). Focus on: Better ways to pay for health care. OECD. Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>

Pardo Iniesta, V., Ménard, S., & Kpatchavi, A. (2017). *Revue à mi-parcours, Programme d'appui au secteur de la santé – PASS Sourou (Bénin), Rapport final*. Code DGD : NN 3014055 Code Navision : BEN 13 025 11. hera et AEDES.

Particip GmbH and Independent Evaluation Group (IEG). (2017). *Joint evaluation of budget support to Ghana (2005-2015) Final Report*. Independent evaluation jointly managed by the European Commission (DG DEVCO's Evaluation Unit), the World Bank's Independent Evaluation Group, the Government of Ghana, Denmark, France and Germany. Retrieved from https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/evaluation_ghana_bs_final_report_vol1_en.pdf

Paul, E., Dramé, M. L., Kashala, J.-P., Ekambi Ndema, A., Kounnou, M., Aïssan, J. C., & Gyselink, K. (2018). Performance-Based Financing to Strengthen the Health System in Benin: challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 35–47. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42>

Paul, E., & Vandeninden, F. (2012). Foreign Aid Transaction Costs: What Are They and When Are They Minimised? *Development Policy Review*, 30(3), 283–304. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2012.00577.x>

Preker, A., & Harding, A. (2000). The economics of public and private roles in health care : insights from institutional economics and organizational theory. HNP discussion paper series. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/178271468782137598/The-economics-of-public-and-private-roles-in-health-care-insights-from-institutional-economics-and-organizational-theory>

Preker, A., & Langenbrunner, J. C. (2005). Spending wisely: buying health services for the poor. World Bank Group. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/845591468137396770/Spending-wisely-buying-health-services-for-the-poor>

République du Bénin, Présidence de la République. (2017). *Commission technique chargée des réformes dans le secteur de la santé (CTRSS) - Résumé exécutif*. Cotonou: Présidence de la République.

Resilient & Responsive Health Systems (RESYST). (2014). What is strategic purchasing for health? RESYST. Retrieved from <http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/Purchasing%20brief.pdf>

Robinson, R., Jakubowski, E., & Figueras, J. (2005). Organization of purchasing in Europe. In *Purchasing to improve health systems performance* (World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 11–43). Maidenhead, Berkshire: Josep Figueras, Ray Robinson and Elke Jakubowski. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf

Tynkynen, L.-K., Keskimäki, I., & Lehto, J. (2013). Purchaser-provider splits in health care—the case of Finland. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *111*(3), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.012>

World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2000/en/>
World Health Organization. (2010). Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage, The World Health Report 2010. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/en/>

World Health Organization. (2017). *Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Unlocking the Potential* (Global meeting. Summary and key messages). Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/health_financing/events/strategic-purchasing-meeting-2017-report.pdf?ua=1

Cahiers REALISME
Numéro 15, Mars 2018

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 15, Mars 2018

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/