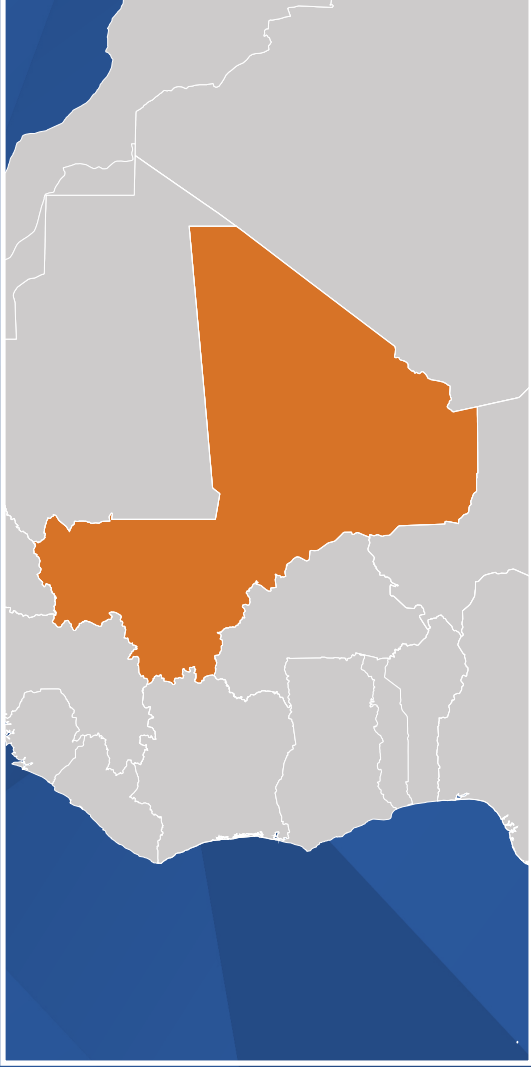


Décembre 2021



L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU MALI



DECEMBRE 2021

Cette publication a été préparée par Andrew Carlson, Ousmane Sissoko, Juliana Saracino, Mackenzie Schiff, Thierry van Bastelaer, Seydou Traoré et Sara Stratton du projet Health Policy Plus.

Citation suggérée : Carlson, A., et al. 2021. *Évaluation du système de paiement des prestataires de l'assurance maladie obligatoire au Mali*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

ISBN : 978-1-59560-312-8

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de sept ans financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous l'égide de l'accord n° AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août 2015. Les activités liées au VIH/SIDA sont soutenues par le Plan d'urgence du président pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR). HP+ est mis en œuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell et l'Alliance du ruban blanc pour une maternité sans risque.

La présente publication a été conçue pour examen par l'USAID et préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du Gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ni les positions de l'USAID ou du Gouvernement américain.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Remerciements..... | ii |
| Abréviations | iii |
| Résumé exécutif | iv |
| 1. Introduction..... | 1 |
| 2. Contexte..... | 1 |
| 3. Objectifs et approche analytique..... | 2 |
| 4. Limites | 3 |
| 5. Résultats clés..... | 3 |
| 5.1 Aperçu du système de paiement de l'AMO | 3 |
| 5.2 Performances de la CANAM au regard des références internationales en matière d'achat stratégique | 5 |
| 5.3 Performances de la CANAM au regard des objectifs de la CSU..... | 8 |
| 5.4 Performances du système de paiement des prestataires de l'AMO au regard des objectifs du système de santé du Mali | 12 |
| 5.5 Capacités de la CANAM en tant qu'acheteur | 12 |
| 5.6 Capacités et autonomie des prestataires dans le cadre du système de paiement des prestataires de l'AMO | 15 |
| 6. Solutions éventuelles en faveur de l'achat stratégique..... | 16 |
| Références..... | 20 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1. Parties prenantes interrogées..... | 2 |
| Tableau 2. Caractéristiques de conception et modalités de mise en œuvre de la méthode de paiement à l'acte..... | 3 |
| Tableau 3. Grille comparative du paiement à l'acte au Mali au regard des références internationales | 5 |
| Tableau 4. Perceptions à l'égard de la capacité du système de paiement des prestataires de l'AMO à atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle | 8 |
| Tableau 5. Alignement de l'AMO sur les objectifs du système de santé du Mali..... | 12 |
| Tableau 6. Capacités de la CANAM en tant qu'acheteur | 13 |
| Tableau 7. Capacités des prestataires de chaque niveau du système de santé..... | 15 |
| Tableau 8. Feuille de route | 17 |

Remerciements

Les auteurs remercient les autorités du Mali, le Ministère de la Santé et du Développement Social, plus particulièrement le Médecin Général Boubacar Dembele, Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, ses collaborateurs, et singulièrement Dr Mamady Diawara, Directeur de l'Organisation et du Contrôle de la Qualité des soins et toute son équipe qui leur ont permis de réaliser cette étude.

Ils remercient également l'ensemble des prestataires, les Organismes Gestionnaires Délégués (Institut national de prévoyance sociale, Caisse malienne de sécurité sociale), les syndicats qui par leurs participations aux différents ateliers ont contribué à l'amélioration du présent rapport, et aussi l'USAID Mali.

Abréviations

| | |
|-------|---|
| AMO | Assurance maladie obligatoire |
| CANAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CMSS | Caisse malienne de sécurité sociale |
| CSCOM | Centre(s) de santé communautaire(s) |
| CSRef | Centre(s) de santé de référence |
| CSU | Couverture sanitaire universelle |
| ETPP | Équipe technique sur le paiement des prestataires |
| HP+ | Health Policy Plus |
| INPS | Institut national de prévoyance sociale |
| JLN | Joint Learning Network for Universal Health Coverage |
| OGD | Organisme gestionnaire malien |
| RAMED | Régime d'assistance médicale |
| RAMU | Régime d'assurance maladie universelle |
| USAID | Agence américaine pour le développement international |

Résumé exécutif

Contexte. En 2018, l'État du Mali a voté et promulgué une loi visant à étendre la couverture maladie aux secteurs informels et agricoles sous un nouveau régime d'assurance, dénommé le régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Ce régime vient en complément de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et du régime d'assistance médicale (RAMED). Cette vaste transition vers le RAMU apporte de véritables possibilités de renforcer les mesures incitatives créées en vertu du système de paiement des prestataires de l'AMO en faveur des principes d'achat stratégique : la qualité des soins, l'équité, la responsabilité, l'efficacité et la viabilité financière. La présente évaluation vise à remédier à l'absence d'examen systématique du système de paiement des prestataires de l'AMO et apporte des informations sur les réformes visant à relier plus étroitement le système de l'AMO, puis celui du RAMU, aux principes d'achat stratégique.

Objectifs et approche analytique. Le cadre analytique s'inspire des orientations élaborées par des experts en achat stratégique ainsi que par une équipe technique chargée d'examiner le paiement des prestataires, qui regroupe les différentes parties prenantes (la Caisse National d'Assurance Maladie [CANAM], syndicats, prestataires). L'évaluation vise à déterminer les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre du système de l'AMO, à examiner dans quelle mesure ce système est performant au regard des différents critères et favorise les capacités de la CANAM et les prestataires, et à déterminer si le système de paiement est prêt à intégrer la capitation. Pour répondre à ces objectifs de recherche, Health Policy Plus a réalisé des recherches documentaires et a procédé à des entretiens.

Résultats clés. La méthode de paiement à l'acte incite les prestataires à réaliser la prestation des soins dont ils tirent le meilleur profit, et entraîne des retards de remboursement. Bien que le système de paiement actuel fournisse de bons résultats en matière de transparence, il se révèle inefficace, car les tarifs ne reflètent pas les coûts réels des soins couverts. En l'absence de plafonds de paiement ou de volume standardisés, l'AMO est exposée à un risque financier élevé. Le système de paiement de l'AMO n'est pas suffisamment aligné sur les objectifs du système de santé du Mali. Les conventions établies avec les prestataires manquent de directives cliniques et n'incitent pas les prestataires à améliorer leurs performances. Avant que la capitation ne puisse être effectivement introduite, les capacités financières et de gestion au niveau des centres de santé communautaires doivent être grandement améliorées.

Solutions éventuelles en faveur de l'achat stratégique. À court terme, il conviendrait d'améliorer le système de paiement actuel de l'AMO et d'établir une volonté politique en faveur d'un système de paiement mixte. À long terme, il est recommandé de préparer la mise en place d'un système de paiement mixte, dans le cadre duquel la capitation couvrira certains actes au niveau primaire et le paiement à l'acte s'appliquera à tous les autres actes, à mesure que le RAMU sera mis en œuvre.

1. Introduction

Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici à 2030, le Mali étend l'assurance maladie à son secteur informel. L'introduction d'un nouveau régime d'assurance maladie est l'occasion, pour le Mali, d'effectuer la transition de son système de paiement des prestataires vers l'achat stratégique, dans le cadre duquel les principes de renforcement du système de santé - la qualité des soins, l'équité, la responsabilité, l'efficacité et la viabilité financière - sont au cœur du financement du système de santé et de la prestation de services. Le projet Health Policy Plus (HP+), financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), a réalisé une évaluation qualitative du système actuel de paiement des prestataires au Mali afin d'en évaluer les forces et les faiblesses et de proposer des recommandations à court et à long terme dans le but d'aligner le paiement des prestataires sur les principes de l'achat stratégique.

2. Contexte

Les progrès du Mali sur la voie de la CSU sont entravés par des approches passives d'achat de services de santé, qui consistent à payer les prestataires sans tenir compte de leurs performances, de leur comportement, de leur capacité ni des besoins de la population. Depuis 2009, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) a été créée afin d'assurer la gestion de l'assurance maladie pour le secteur formel du Mali. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique d'assurance maladie obligatoire (AMO), la CANAM a délégué la collecte des cotisations et l'enregistrement des assurés aux régimes contributifs : l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) et la Caisse malienne de sécurité sociale (CMSS). La CANAM s'appuie uniquement sur le mode de paiement à l'acte, en vertu duquel les prestataires sont remboursés pour un tarif fixe correspondant aux actes ou aux médicaments obtenus. Bien que l'incidence de la méthode de paiement à l'acte au Mali n'ait pas été examinée de manière systématique et qu'elle soit encore méconnue des prestataires, la littérature disponible démontre clairement que le paiement à l'acte incite les prestataires à fournir davantage de services que nécessaire, et à privilégier ceux dont ils tirent un profit élevé (Joint Learning Network [JLN], 2015).

En 2018, le Gouvernement malien a voté et promulgué des textes législatifs visant à étendre la couverture des soins de santé aux secteurs informel et agricole, qui représentent 78 % de la population malienne. La mise en place de ce régime d'assurance maladie universelle (RAMU), qui est prévue pour 2022, est l'occasion de mettre en œuvre un mode de paiement des prestataires aligné sur les principes d'achat stratégique, qui réponde aux besoins de la population à tous les niveaux du système de santé. Le système de santé malien est conçu de manière pyramidale. Les centres de santé communautaires (CSCOM) sont gérés par des associations de santé communautaires (ASACO) et servent de points de contact primaires pour les demandeurs de soins. Les centres de santé de référence (CSRef) sont situés au niveau des districts et constituent la première référence. Les hôpitaux de région et certains hôpitaux de la capitale représentent la deuxième référence, et les hôpitaux nationaux constituent la troisième et dernière référence. Actuellement, l'ensemble des prestataires de chaque niveau sont payés à l'acte conformément au référentiel des actes, ou les deux arrêtés¹ fixant la tarification de la CANAM.

¹ Titres complets : Arrêté interministériel fixant la tarification préférentielle des prestations de soins dans le cadre de la mise en œuvre de la convention entre la CANAM et les prestataires de soins. | Arrêté interministériel fixant la codification et la tarification préférentielle des médicaments essentiels et des consommables médicaux dans le cadre de la mise en œuvre de la convention sectorielle entre la CANAM et les pharmacies hospitalières, les

3. Objectifs et approche analytique

L'évaluation du système de paiement des prestataires s'appuie sur les parties prenantes du Gouvernement malien et sur les orientations élaborées par la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé et le *Joint Learning Network for Universal Health Coverage*. HP+ a réuni les parties prenantes du Gouvernement au sein d'une équipe technique chargée de l'examen du paiement des prestataires (ETPP) dans le cadre d'un atelier en juillet 2021, afin de valider le cadre de l'évaluation et de parvenir à un consensus sur les objectifs du système de santé du Mali.

Aligné sur le guide du Réseau d'apprentissage conjoint intitulé *Assessing Health Provider Payment Systems : A Practical Guide for Countries Working toward Universal Health Coverage* (JLN, 2015), HP+ a élaboré un questionnaire qui a permis de répondre aux questions de recherche générales suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre du système de paiement des prestataires de l'AMO ?
- Dans quelle mesure le système actuel de paiement des prestataires est-il performant au regard des objectifs du système de santé du Mali, des objectifs de la CSU et des références internationales en matière de système de paiement des prestataires ?
- Dans quelle mesure le système de paiement des prestataires de l'AMO favorise-t-il la capacité de la CANAM à fonctionner efficacement en tant qu'acheteur et renforce la capacité et l'autonomie des prestataires ?
- Dans quelle mesure la CANAM et ses prestataires conventionnés sont-ils prêts à mettre en œuvre le mode de paiement par capitation une fois que le RAMU sera opérationnel ?

La collecte de données consiste en la réalisation de recherches documentaires sur les politiques et les directives de santé de l'AMO ainsi que d'entretiens avec des informateurs clés, chez les acheteurs de services de soins de santé et chez les prestataires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits.

Tableau 1. Parties prenantes interrogées

| Prestataire/Établissement de santé | Décideur/Acheteur |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 2 CSCOM | CANAM |
| 1 CSRef | Union Technique de la Mutualité |

Cette note d'orientation expose les résultats de l'évaluation et fournit une feuille de route visant à permettre aux décideurs du Mali d'aligner les méthodes actuelles de paiement des prestataires de l'AMO et du futur RAMU sur les principes d'achat stratégique. Les parties prenantes du système de paiement des prestataires pourront se baser sur les recommandations de la feuille de route pour promouvoir les principes d'équité, d'efficacité, de qualité des soins et de viabilité financière.

officines de pharmacie et les dépôts de vente de médicaments et consommables médicaux des centres de santé de référence et des centres de santé communautaire.

4. Limites

L'échantillon des entretiens menés en vue de l'évaluation du paiement des prestataires a permis de fournir des informations importantes sur les défis opérationnels que pose la mise en œuvre du paiement des prestataires et de l'assurance maladie au Mali. Cependant, en raison de la disponibilité limitée de certains informateurs clés au moment de la collecte des données, la tenue d'entretiens au niveau des parties prenantes gouvernementales et des établissements de santé ruraux et urbains n'a pas permis d'obtenir des résultats aussi étendus, ni aussi approfondis. Pour cette raison, l'analyse des données s'appuie sur la littérature et l'opinion d'experts internationaux afin de compléter les résultats liés à l'achat stratégique.

5. Résultats clés

5.1 Aperçu du système de paiement de l'AMO

Le Tableau 2 résume les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre du système actuel de paiement des prestataires dans le cadre de l'AMO.

Tableau 2. Caractéristiques de conception et modalités de mise en œuvre de la méthode de paiement à l'acte

| Caractéristiques de conception | Description/exemples |
|-----------------------------------|--|
| Base de paiement et rajustements | <ul style="list-style-type: none"> Le référentiel des actes et des médicaments établit des tarifs fixes Rajustement des tarifs en fonction du niveau de soins et de la géographie En dehors de ce rajustement, les tarifs ne varient pas en fonction des coûts du service, ni des taux d'utilisation, ni de la capacité des patients à payer. |
| Services inclus | <ul style="list-style-type: none"> Soins ambulatoires Séjours hospitaliers Soins primaires Soins de réhabilitation Soins curatifs Soins préventifs Soins maternels |
| Éléments de coût | <ul style="list-style-type: none"> Médicaments Fournitures Équipement |
| Entités contractantes | <ul style="list-style-type: none"> Tous les prestataires, y compris publics et privés. |
| Modalités de mise en œuvre | Description/exemples |
| Enveloppes budgétaires | <ul style="list-style-type: none"> Les enveloppes budgétaires n'existent pas pour la CANAM. |
| Plafonds de paiement et de volume | <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de plafonds de paiement à l'exception des plafonds ad hoc appliqués par l'INPS aux actes les plus coûteux Il n'existe pas de plafonds de volume |

| Modalités de mise en œuvre | Description/exemples |
|----------------------------|---|
| Surplus et dépassements | <ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe aucun surplus dans ce système de paiement • Dépassements : les prestataires ne sont pas obligés de prendre en charge les reliquats |

Source : JLN, 2015

Caractéristiques de conception

Le référentiel des actes fixe un tarif pour tous les actes et pour tous les médicaments remboursables par la CANAM. La CANAM rembourse 70% du tarif pour les actes ambulatoires et les médicaments, et 80% pour les actes hospitaliers. L'assuré prend en charge les 30% ou les 20% restants sous forme de ticket modérateur. Si le prix facturé est inférieur au tarif, le taux de remboursement de la CANAM et le ticket modérateur sont appliqués au prix facturé.

Les formulaires de factures comprennent les frais de consultation, de laboratoire, de chirurgie et de médicaments prestés lors de chaque visite médicale, mais excluent les frais des fournitures médicales utilisées. Les remboursements ne couvrent pas les chirurgies esthétiques. Les tickets modérateurs ne sont pas répartis entre des groupes de services interdépendants.

Les prestataires soumettent leurs demandes de remboursement à l'INPS ou à la CMSS, qui sont chargés par la CANAM de payer les services offerts dans le cadre de l'AMO. Les remboursements des prestataires sont effectués à partir des ressources mises à disposition auprès de l'Organisme gestionnaire malien (OGD) par la CANAM, qui assure la mise en commun des ressources de l'AMO. Les prestataires ne reçoivent pas de paiement forfaitaire pour les services fournis au cours d'une période déterminée. Toutefois, en raison des délais de traitement au niveau des OGD, les prestataires peuvent recevoir en un seul paiement le remboursement de plusieurs factures précédemment envoyées. Sur le plan contractuel, la durée des remboursements varie de 15 à 30 jours selon le type de prestataire mais, dans la pratique, le traitement peut prendre plusieurs mois. Ces retards affectent considérablement la prévisibilité des revenus chez les prestataires et, par conséquent, la qualité des prestations de l'AMO.

Dispositions de mise en œuvre

Dans les systèmes de paiement à l'acte, les plafonds de paiement permettent généralement de limiter la tendance néfaste des prestataires à surfacturer ou à fournir des services excessifs. Les résultats de l'évaluation ont démontré que dans certains cas ad hoc, des plafonds de consommation ont été appliqués aux demandes soumises à l'INPS pour des services du secteur privé, car ceux-ci ont tendance à être plus coûteux que les services publics.

Le système de référence ne fonctionne pas bien ; les patients sont libres de choisir leur prestataire pour chaque niveau de soins et ne sont pas tenus de suivre la structure pyramidale du système de santé du Mali, où les soins en milieu hospitalier sont plus coûteux et les prescriptions sont plus nombreuses qu'au bas de la pyramide sanitaire.

Les *surplus* – les écarts entre le tarif et le prix facturé – n'existent pas dans ce système de paiement, car la CANAM rembourse le prix facturé dans le cas où celui-ci est inférieur au tarif. La CANAM n'exige pas des prestataires qu'ils prennent en charge le dépassement, soit

le reliquat, dans le cas où le coût de prestation excède le tarif – en pratique, les prestataires facturent le reliquat au patient.

Encadré 1 : Aperçu du système de l'AMO

- Les prestataires sont remboursés pour les actes et les médicaments éligibles conformément aux tarifs fixés dans le référentiel des actes et aux taux fixes de prise en charge de la CANAM.
- Les retards de remboursement affectent considérablement la prévisibilité des revenus chez les prestataires et, par conséquent, la qualité des prestations de l'AMO.
- Les patients sont libres de choisir leur prestataire pour chaque niveau de soins. Ils peuvent par conséquent obtenir des soins primaires aux niveaux plus élevés de la pyramide sanitaire, où les coûts à la CANAM sont plus élevés.

5.2 Performances de la CANAM au regard des références internationales en matière d'achat stratégique

Pour mieux comprendre les performances du système actuel de paiement des prestataires de l'AMO, HP+ a comparé les caractéristiques de conception et les modalités de mise en œuvre du paiement à l'acte au Mali avec les références internationales en matière d'achat stratégique fournies par le guide JLN. Ces références internationales ont servi de critères d'évaluation, et HP+ a classé chaque caractéristique et chaque modalité dans la mesure où celles-ci répondent à la référence correspondante (Tableau 3). À l'issue de cet exercice, les effets bénéfiques et néfastes du système de paiement des prestataires sont devenus plus clairs.

Tableau 3. Grille comparative du paiement à l'acte au Mali au regard des références internationales

Barème des couleurs : Vert (1) = effet bénéfique | Rouge (2) = effet néfaste

| Critères d'évaluation | Caractéristiques de conception | Références internationales en matière d'achat stratégique | Questions pertinentes à poser | Conception et mise en œuvre au Mali |
|-----------------------|--------------------------------|---|---|--|
| Transparence | Base de paiement | Calcul du paiement fondé sur une formule | Ce calcul du paiement est-il fondé sur une formule transparente ? | Oui ¹ |
| | | Paramètres de paiement clairement définis | Les tarifs sont-ils fixés ? | Oui ¹ |
| | | | Les tarifs sont-ils ajustés à la hausse ou à la baisse pour différents types de prestataires (c'est-à-dire pour les hôpitaux par rapport aux CSCOM) ? Dans l'affirmative, la justification est-elle claire et les prestataires comprennent-ils les rajustements ? | Oui, les tarifs pour certains actes sont rajustés en fonction du niveau de soins, mais les prestataires publics n'ont pas connaissance des actes remboursables, et peu de prestataires sont informés à ce sujet ² |

| Critères d'évaluation | Caractéristiques de conception | Références internationales en matière d'achat stratégique | Questions pertinentes à poser | Conception et mise en œuvre au Mali |
|---------------------------------|--|--|---|---|
| Transparence (<i>continu</i>) | Base de paiement (<i>continu</i>) | Compréhension par le prestataire du mode, des paramètres et des calculs du paiement | Les prestataires comprennent-ils la base de leurs paiements, savent-ils quels services et éléments de coût sont couverts, et comment ceux-ci sont payés ? | Bien que certains prestataires disposent de la liste des actes facturables, nombre d'entre eux ne savent même pas que l'AMO existe, ni ne connaissent la base de leurs paiements, etc. ² |
| | | | Les prestataires comprennent-ils comment les services sont attribués aux différents tarifs ? | Non ² |
| Incitations cohérentes | Renforcer les incitations avantageuses | Améliorer la productivité | Les tarifs comprennent-ils des regroupements de services ? | Oui ¹ |
| | | | Certains tarifs sont-ils plus élevés pour les services prioritaires et moins élevés pour les services moins rentables ? | Non ² |
| | Réduire au minimum les mesures d'incitation néfastes | Réduire au minimum l'inefficacité, la surutilisation, les services coûteux | Le paiement à l'acte est-il utilisé comme mesure complémentaire pour minimiser les incitations néfastes d'un autre système de paiement ? | Non ² |
| Remboursement approprié | Tarifs | Les tarifs reflètent le coût moyen de la prestation de services par les prestataires efficaces | Les tarifs sont-ils comparés à l'analyse de coût ? | Non ² |
| | | | Les tarifs reflètent les ressources disponibles pour l'achat de services couverts | Les tarifs et les coûts d'utilisation sont-ils comparés aux ressources disponibles ? |
| | | Les tarifs reflètent des considérations politiques particulières | | Les négociations avec les prestataires entraînent-elles des augmentations ad hoc des tarifs ? |
| | | | Les tarifs sont-ils rajustés à la hausse pour les populations ou les services hautement prioritaires ou à la baisse pour les services peu rentables ? | Non ² |
| | | | Les tarifs fixes tiennent-ils compte d'autres considérations politiques ? | Non ² |

| Critères d'évaluation | Modalités de mise en œuvre | Références internationales en matière d'achat stratégique | Conception et mise en œuvre au Mali |
|---|--|---|--|
| Conditions de fonctionnement et de gestion du système de paiement | Modalités de décaissement, d'utilisation et de suivi des paiements | Les tarifs sont-ils publiés ? | Non ² |
| | | Les prestataires présentent-ils des demandes de paiement (factures) ? | Oui ¹ |
| Capacité du prestataire de répondre aux mesures d'incitation | Modalités de décaissement, d'utilisation et de suivi des paiements | Les tarifs sont-ils stables au cours d'une période appropriée ? | Oui ¹ |
| Risque financier équilibré | Plafonds, surplus, déficits | Y a-t-il des plafonds de volume ou des plafonds de paiement ? | Pas de manière générale, uniquement pour les services privés les plus coûteux dans le secteur privé ² |

Source : JLN, 2015

Caractéristiques de conception

Le système actuel de paiement des prestataires de l'AMO présente de bons résultats en matière de transparence, avec des tarifs fixes et clairement définis. Cependant, les tarifs ne tiennent pas compte des certains critères en matière de santé (tels que le volume, le nombre et la gravité des cas, etc.), ce qui compromet l'équité et la qualité de soins. Selon les meilleures pratiques internationales en matière de systèmes de paiement à l'acte, les tarifs doivent refléter 1) le coût moyen de la prestation efficace de services, 2) les ressources disponibles pour l'achat de services couverts et 3) les priorités inscrites dans les politiques nationales. Les tarifs doivent être financièrement viables pour l'acheteur, et la pression des prestataires ne doit pas avoir d'incidence sur l'augmentation ou la diminution des tarifs. Le système de paiement de la CANAM présente de bons résultats au regard de ce point de référence international ; le calcul des tarifs est transparent dans le référentiel des actes. Toutefois, aucune étude de coûts n'a été effectuée pour établir les tarifs. Deux études examinant les coûts des prestations remboursées par l'AMO ont été effectuées dès le démarrage de l'AMO mais les constats de ces études n'étaient pas encore intégrés dans les grilles tarifaires. Lors de la mise en œuvre de l'AMO, la CANAM avait établi les mêmes tarifs que ceux qui étaient en place chez les mutuelles, lesquels n'avaient pas été fixés en fonction de la durabilité financière de l'AMO.

Dans un système de paiement à l'acte qui fonctionne bien, les acheteurs encouragent généralement la productivité, l'efficacité, et la réactivité des prestataires par l'intermédiaire du remboursement des revenus aux prestataires pour chaque service. Pour le moment, de nombreux prestataires ne connaissent pas la liste des services couverts par l'AMO, ce qui limite les possibilités de la CANAM d'encourager de tels comportements. Chez les prestataires qui ont connaissance de la liste des actes remboursables, le fait qu'ils soient remboursés pour chaque service les incite à fournir les actes et les médicaments dont ils tirent le meilleur profit, au détriment de soins abordables présentant un bon rapport qualité-prix.

Dispositions de mise en œuvre

Le système de paiement des prestataires assume actuellement l'intégralité du risque financier pour les services de santé et les prescriptions de médicaments. Les acheteurs gèrent les coûts en appliquant des plafonds de paiement au cas par cas aux services du secteur privé lorsque ceux-ci dépassent un seuil de coût.

Encadré 2 : Performances de la CANAM au regard des références internationales d'achat stratégique

- Le système actuel de paiement des prestataires de l'AMO présente de bons résultats en matière de transparence, avec des tarifs fixes et clairement définis.
- Selon les meilleures pratiques internationales en matière de systèmes de paiement à l'acte, les tarifs reflètent le coût moyen de la prestation efficace des soins, mais ces taux ne tiennent pas compte des coûts réels des soins couverts.
- En outre, les tarifs ne tiennent pas compte des critères en matière de santé (tels que le volume, le nombre et la gravité des cas, etc.), ce qui compromet l'équité et la qualité des soins.

5.3 Performances de la CANAM au regard des objectifs de la CSU

Les objectifs de la CSU, notamment l'équité et l'accès, l'efficience, la qualité des soins et la viabilité financière, sont largement reconnus par la communauté mondiale du financement de la santé. À l'aide des définitions des objectifs énoncées dans le guide JLN, HP+ a évalué les performances du système actuel au regard de ces objectifs, en se basant sur les résultats des recherches documentaires et sur les entretiens menés avec des parties prenantes clés. Les conclusions sont résumées dans le Tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Perceptions à l'égard de la capacité du système de paiement des prestataires de l'AMO à atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle

Barème des couleurs :

Vert (1) = effet bénéfique | Rouge (2) = effet néfaste | Orange (3) = effet mixte | Gris (4) = effet incertain

| Effets | Réponses connexes | Nature de l'effet (bénéfique, néfaste, mixte, incertain) |
|-----------------|---|--|
| Équité et accès | Population : Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les populations ayant des besoins différents en matière de santé ? | Non, les tarifs ne tiennent pas compte des différences entre les populations. ² |
| | Géographie : Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les régions géographiques (différentes régions, régions rurales/urbaines, régions éloignées) ? | Oui, les tarifs pour les médicaments sont plus élevés à Bamako par rapport au reste du pays, mais il y a des grandes possibilités pour des rajustements entre les zones plus ou moins urbaines, entre différentes régions, etc. ¹ |
| | Prestataires : Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les prestataires ? | C'est incertain, mais il n'y a pas de distinction entre les prestataires conventionnés ; ils sont tous payés selon le tarif ou le prix facturé. ⁴ |

| Effets | Réponses connexes | Nature de l'effet (bénéfice, néfaste, mixte, incertain) |
|---------------------------|---|--|
| Équité et accès (continu) | Répartition des cas : Le système de paiement contribue-t-il à une répartition juste et équitable des ressources entre les cas cliniques de gravité différente ? | Non, les tarifs ne tiennent pas compte des différents cas cliniques, ni de la gravité des cas. ² |
| Efficience | Utilisation efficiente des ressources : Le système de paiement encourage-t-il les prestataires/établissements de santé à gérer les ressources d'une manière plus efficient ? | Incertain. ⁴ |
| | Surutilisation des services : Le système de paiement est-il conçu de manière à ce qu'il soit plus avantageux ou plus rentable pour les prestataires ou les établissements de santé : <ul style="list-style-type: none"> • De fournir trop de services ? • De fournir des services coûteux ? • D'augmenter les références non-nécessaires ? | Il n'existe aucun encouragement dans ce sens pour de nombreux prestataires qui n'ont pas connaissance des services couverts. Pour les prestataires qui ont connaissance des services couverts, le système de paiement incite les prestataires à s'orienter vers la prestation des actes les plus rentables, mais ne favorise aucune augmentation des références non nécessaires. ² |
| | Productivité : Le système de paiement encourage-t-il une productivité plus élevée et/ou une réduction de l'absentéisme chez les personnels de santé ? | Oui, le paiement à l'acte encourage une production plus élevée du prestataire privé, mais a une incidence moindre sur la productivité du prestataire public, car les personnels publics perçoivent le même salaire quel que soit leur niveau de productivité. ¹ |
| | Retards de paiement : Le système de paiement contribue-t-il aux retards de paiement pour les prestataires/établissements de santé ? | Oui, on constate un arriéré généralisé des remboursements des prestataires. ² |
| | Fardeau administratif : Le système de paiement est-il difficile à administrer ? | Oui, les acheteurs constatent que leur capacité d'examiner le volume de remboursement soumis est limitée ; cependant, dans la mesure où le système supporte à présent une méthode de paiement et un acheteur, les procédures administratives sont simplifiées. ² |
| Qualité des soins | Qualité : Le système de paiement est-il conçu de manière à ce qu'il soit plus avantageux ou plus rentable pour les prestataires ou les établissements de santé de fournir des soins de meilleure qualité ? | Il n'existe aucune caractéristique de conception ni aucune modalité de mise en œuvre visant à encourager la prestation de soins de qualité à l'intention du grand public. Le paiement est lié à la prestation de services seulement, et non au comportement du prestataire. ² |
| | Prévention : Le système de paiement est-il conçu de manière à ce qu'il soit plus avantageux ou plus rentable pour les prestataires ou les établissements de santé de se concentrer sur la promotion de la santé, sur la prévention et sur la gestion des maladies chroniques ? | Aucune caractéristique de conception ou modalité de mise en œuvre n'incite à mettre l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention et sur la gestion des maladies chroniques. ² |

| Effets | Réponses connexes | Nature de l'effet (bénéfique, néfaste, mixte, incertain) |
|-----------------------------|---|---|
| Qualité des soins (continu) | Réactivité : Le système de paiement est-il conçu de manière à ce qu'il soit plus avantageux ou plus rentable pour les prestataires ou les établissements de santé d'être plus réactifs à l'égard des patients ? | Il n'existe aucune caractéristique de conception ni aucune modalité de mise en œuvre visant à inciter les prestataires à être plus réactifs à l'égard des patients. Le paiement est lié à la prestation de services seulement, et non au comportement du prestataire. ² |
| | Soins primaires : Le système de paiement est-il conçu de manière à ce que la prestation de soins de base au niveau primaire soit plus avantageuse ou plus rentable ? | Il n'existe aucune caractéristique de conception ni aucune modalité de mise en œuvre visant à accroître la rentabilité de la prestation des services de base au niveau primaire. ² |
| Viabilité financière | Viabilité financière du prestataire : Le système de paiement aide-t-il les prestataires ou les établissements de santé à demeurer viables financièrement et à éviter les déficits ? | Non, les retards significatifs de remboursement compromettent la prévisibilité des fonds provenant de la CANAM. ² |
| | Autonomie du prestataire : Le système de paiement aide-t-il à accroître l'autonomie des prestataires ou des établissements de santé ? | Oui, les prestataires ont l'autonomie nécessaire pour déterminer l'achat d'équipement et de fournitures ainsi que la composition des services. ¹ |
| | Limitation des coûts : Le système de paiement contribue-t-il à ce que les dépenses totales du système de santé soient alignées sur les ressources disponibles ? | Oui, la CANAM effectue des analyses actuarielles annuelles pour garantir que les contributions soutiennent les dépenses. Les tarifs atténuent les éventuelles escalades des coûts. Cependant, aucun plafond officiel n'a été mis en place pour prévenir l'escalade des coûts dans le secteur public. ³ |
| Conséquences imprévues | Le système de paiement encourage-t-il les comportements frauduleux ? | Oui, la présentation de demandes dans un système de paiement à l'acte peut permettre un comportement frauduleux, une surfacturation des services ou une utilisation accrue des services pour les patients dont le coût et le fardeau sont élevés. Cependant, bien que le système de conception ne permette pas de prévenir massivement les comportements frauduleux, la CANAM applique ses mécanismes en place pour détecter et traiter la fraude des prestataires. La CANAM dispose d'un service de contrôle de la qualité qui détecte et sanctionne les fraudes des prestataires. Le contrôle est effectué à priori et à posteriori dans le processus de remboursement. ³ |

Source : JLN, 2015

Compte tenu des performances du système actuel de paiement des prestataires au regard de l'ensemble des objectifs de la CSU et des principes d'achat stratégique (équité, accès, qualité des soins, efficacité et viabilité financière), l'accumulation des effets mixtes et néfastes suggère qu'il existe plusieurs possibilités d'amélioration.

Accès

Le statut socio-économique des patients n'ayant pas été examiné dans le cadre de cette évaluation, les obstacles financiers à l'accès n'ont pas été pris en compte. En matière d'accès, les patients sont libres de choisir leur prestataire pour chaque niveau de soins et ne sont pas tenus de suivre la structure pyramidale du système de santé du Mali ; il est connu que les soins de base sont plus coûteux s'ils sont effectués à partir du sommet de la pyramide. Au bas de la pyramide se trouvent plusieurs CSCOM qui n'ont pas encore mis en place l'AMO, ce qui représente un obstacle évident à l'accès. Par ailleurs, les personnes interrogées ont souligné l'existence de files d'attentes : cela n'est pas dû au système de paiement des prestataires mais plutôt à l'organisation et à l'insuffisance de l'offre.

Qualité

En termes de qualité des soins, le système de paiement des prestataires de l'AMO ne met pas l'accent sur la promotion de la santé ni sur la prévention, mais uniquement sur les services curatifs ; les prestataires notent que les fonds gérés ne sont généralement pas alloués aux soins préventifs. Les conclusions de l'évaluation concernant la qualité des soins fournis sont moins probantes, car le système ne permet pas actuellement de suivre et d'analyser les paramètres de qualité de la prestation de services. Le système vise uniquement à traiter les demandes de remboursement des soins de santé.

Efficiences

À l'heure actuelle, les formules de remboursement ne sont pas liées aux caractéristiques concernant la population, la composition des cas ou la gravité des cas, ce qui permettrait, dans le cas contraire, une utilisation plus efficace et plus équitable des ressources. Les prestataires constatent des retards de paiement de plusieurs mois de la part de la CANAM. Les retards de paiement affaiblissent la motivation des prestataires à fournir des soins de qualité. La charge administrative est plus fréquente en raison des problèmes de capacité des logiciels de gestion de l'information au niveau des établissements.

Viabilité financière

En ce qui concerne la manière dont le système de la CANAM influe sur la viabilité financière, les retards de remboursement compromettent la prévisibilité des fonds à chaque niveau de soins. Les acheteurs interrogés ont noté que les coûts restent limités, car les réserves sont suffisantes pour couvrir les services. Cependant, si elle n'instaure pas de plafonds officiels de paiement ou de volume pour tous les services, la CANAM court le risque que les dépenses totales de santé dépassent les ressources disponibles à mesure que davantage de prestataires auront une bonne connaissance des actes facturables.

Encadré 3 : Performances de la CANAM au regard des objectifs de la CSU

- Un certain nombre de CSCOM n'ont pas encore mis en place l'AMO, ce qui représente un obstacle évident à l'accès.
- En termes de qualité et d'efficiences des soins, le système de paiement des prestataires de l'AMO ne met pas, à l'heure actuelle, l'accent sur la promotion de la santé et la prévention, mais uniquement sur les services curatifs.
- Si elle n'instaure pas de plafonds officiels de paiement ou de volume pour tous les services, la CANAM court le risque que les dépenses totales de santé dépassent les ressources disponibles à mesure que davantage de prestataires auront une bonne connaissance des actes facturables.

5.4 Performances du système de paiement des prestataires de l'AMO au regard des objectifs du système de santé du Mali

Un élément important de l'évaluation du paiement des prestataires consiste à aligner toute nouvelle méthode de paiement sur les objectifs du système de santé. Les objectifs ci-dessous ont été validés par les parties prenantes du Gouvernement faisant partie de l'ETPP et qui participent à la conception et à la mise en œuvre des régimes de couverture sanitaire du Mali. Un débat clé au sein de l'ETPP porte sur le lien entre les performances du prestataire et les résultats et, bien que celui-ci n'ait pas encore été établi, il semble être accepté en tant que perspective en faveur de l'achat stratégique au Mali.

Tableau 5. Alignement de l'AMO sur les objectifs du système de santé du Mali

Barème des couleurs : Orange (1) = effet mixte | Rouge (2) = effet néfaste

| Objectif | Efficacité du système de paiement des prestataires de l'AMO |
|---|--|
| Réduire le paiement direct des ménages en généralisant le système de paiement de tiers qui soutient l'assurance maladie universelle, et augmenter la part de l'État et des collectivités territoriales dans le financement des dépenses de santé. | - La protection financière offerte par l'AMO est assurée par les fonds du régime. Cependant, la tarification favorise, chez les prestataires qui ont connaissance des actes couverts, la prestation des services dont ils peuvent tirer le plus grand parti, ce qui augmente les paiements directs des ménages. ² |
| Promouvoir la transparence au niveau des prestataires de santé publics. | - La CANAM a mis en place des mécanismes de détection des fraudes et de responsabilité dans le cas où les prestataires surfactureraient les services ou soumettraient des factures frauduleuses. - La gestion des processus financiers existe au niveau des prestataires, mais ces processus devraient faire l'objet de davantage de transparence, et la capacité doit être améliorée. ¹ |
| Promouvoir l'efficacité au niveau des prestataires de santé publics. | - La prestation excessive des soins dont les prestataires peuvent tirer le meilleur profit (par exemple, la vente d'un médicament d'une marque donnée dans les cas où un médicament générique existe) constitue une source considérable d'inefficacité au niveau des prestataires de santé. ² |
| Réglementer le système d'allocation des ressources en santé sur la base des contrats de performances. | - Il n'existe actuellement aucun lien entre le paiement des prestataires et leurs performances et résultats dans le cadre du système de paiement des prestataires de l'AMO. ² |

Source : JLN, 2015

5.5 Capacités de la CANAM en tant qu'acheteur

Afin que le Mali puisse améliorer son système de paiement des prestataires actuel ou inclure d'autres méthodes de paiement à l'avenir, il est nécessaire d'évaluer la capacité de l'acheteur en termes de gestion stratégique et institutionnelle, de gestion financière, de gestion des contrats des prestataires, de gestion de l'informatique de santé et de gestion de l'assurance qualité. En utilisant les critères disponibles dans le guide JLN, HP+ a effectué une évaluation notée des capacités de la CANAM sur la base de l'évaluation des réponses des acheteurs interrogés (Tableau 6).

Tableau 6. Capacités de la CANAM en tant qu'acheteur

Barème des résultats : Faible : nécessite une amélioration significative de la capacité
Moyen : la capacité existe mais doit être renforcée
Adéquat : fonctionne suffisamment bien

| Domaine de capacité | Sous-domaine de capacité | Note |
|--|--|---------|
| Planification stratégique, élaboration de politiques et gestion institutionnelle | Leadership fort, doté d'une structure organisationnelle et de lignes de responsabilité claires | Moyen |
| | Expertise en financement des soins de santé au sein du personnel | Moyen |
| | Capacité de calculer l'ajustement au risque pour le mode de paiement par capitation | Moyen |
| | Expertise clinique du personnel | Adéquat |
| Gestion financière | Existence d'un financement pour couvrir les remboursements des prestataires | Adéquat |
| | Capacité de projeter les dépenses futures du personnel | Adéquat |
| Passation de contrats | Contrats clairs et transparents avec les prestataires | Moyen |
| | Conditions de paiement spécifiées | Adéquat |
| | Mesures prises pour lutter contre la fraude | Adéquat |
| Gestion des données et informatique | Automatisation de la facturation et du traitement des réclamations, de la comptabilité et de la gestion financière | Moyenne |
| | Automatisation de l'inscription individuelle des patients et vérification de l'éligibilité | Faible |
| Surveillance des prestataires et assurance de la qualité | Existence d'un service ou d'un poste d'assurance de la qualité | Faible |
| | Existence de systèmes d'assurance de la qualité | Faible |
| | Existence de conséquences en cas de mauvaises performances des prestataires | Faible |

Source : JLN, 2015

Le paiement à l'acte exige davantage de capacités que les autres méthodes de paiement en raison de son rapport avec les demandes de remboursement. Les éléments essentiels comprennent la capacité de traitement des demandes de remboursement, ainsi que la capacité de projeter et de gérer les recettes et les dépenses, afin d'éviter l'escalade des coûts qui accompagne presque toujours les systèmes de paiement à l'acte. En ce qui concerne l'état de préparation du système à d'autres méthodes de paiement des prestataires, comme la capitation, une planification stratégique solide, la gestion des données, le suivi des performances des prestataires et les systèmes d'assurance qualité sont essentiels. Les conclusions de l'évaluation sur les capacités existantes des acheteurs ont donné un aperçu des domaines clés à développer à court et à long terme, afin d'évoluer vers un système de paiement des prestataires stratégiquement aligné.

Planification stratégique, élaboration des politiques, gestion institutionnelle

Les acheteurs doivent posséder à la fois la capacité technique et l'autorité pour planifier stratégiquement, élaborer des politiques et aligner les objectifs et la fonction institutionnelle

sur les objectifs du système de santé (JLN, 2015). Les membres du personnel de la CANAM possèdent une solide expertise en matière de financement de la santé ainsi qu'une expertise clinique, puisque la plupart d'entre eux étaient auparavant des médecins et des gestionnaires et assument actuellement les fonctions de contrôleurs de qualité. La CANAM possède une expertise en financement de la santé pour gérer les caractéristiques de conception actuelles ainsi que les dispositions de mise en œuvre de la méthode de paiement à l'acte du Mali. Cependant, il est important de noter que ces capacités devront être renforcées pour intégrer une analyse financière stratégique, y compris les ajustements des tarifs, la fixation appropriée des tarifs et des taux pour une méthode de la capitation, ainsi que le contrôle des projections financières régulières une fois que ces aspects auront été introduits.

La CANAM a délégué à l'INPS et à la CMSS la collecte des cotisations et le traitement des remboursements. Un obstacle à la réalisation de pratiques de gestion efficaces est que les bases contractuelles liant la CANAM à ses OGD n'ont pas été correctement établies. Avec l'introduction du RAMU, il serait primordial de redéfinir les termes des contrats liant la CANAM à ses OGD.

Gestion financière

Il conviendrait de mettre en place des politiques, des procédures et des systèmes financiers solides, de sorte que les acheteurs puissent prévoir les dépenses de santé dans une perspective annuelle (JLN, 2015). La CANAM dispose de revenus stables, en plus des fonds de réserve, pour financer et rembourser adéquatement les prestataires et les pharmacies. Chaque année, le service actuariel de la CANAM examine les soldes et estime les ressources et les dépenses futures. Le problème majeur est davantage lié à la lourdeur des procédures et au manque d'efficacité opérationnelle, contribuant aux retards de remboursement, qu'à la disponibilité des financements pour les remboursements.

Passation de contrats

La contractualisation est l'instrument le plus important pour l'achat stratégique, où les acheteurs ont l'autorité et la capacité de créer et d'appliquer des accords juridiquement contraignants avec les prestataires (JLN, 2015). Actuellement, la CANAM ne crée pas de conventions avec les prestataires qui établissent des normes concernant leurs performances et leur conformité. Elle ne dispose pas de directives cliniques ; les prestataires suivent uniquement leur protocole de soins. Des mesures sont prévues en cas de fraude, et une direction est dédiée au contrôle. La CANAM examine toutes les demandes individuellement et peut communiquer avec les prestataires lorsque des services ont été incorrectement facturés.

Gestion des données et informatique

Les acheteurs devraient être équipés pour développer, gérer et exploiter efficacement les données pour le paiement (JLN, 2015). Les acheteurs interrogés ont fait remarquer que les ressources humaines sont insuffisantes pour gérer le volume de liquidation des factures, ce qui retarde les remboursements des prestataires. Les acheteurs responsables des demandes de remboursement se familiarisent avec un logiciel de comptabilité qui informe les prestataires lorsque les paiements sont disponibles. Les demandes de remboursement sont soumises sur papier, mais le traitement se fait par voie électronique. La CANAM a récemment acquis un logiciel doté de nombreuses fonctionnalités qui permettront de corriger un certain nombre de problèmes opérationnels ; ainsi, l'automatisation de la gestion des données est en cours mais n'est pas encore achevée.

Surveillance des prestataires et assurance qualité

Les acheteurs doivent être équipés pour analyser l'utilisation appropriée, efficace et efficiente des ressources, pour surveiller et évaluer les performances des prestataires, et pour établir et appliquer les conséquences en cas de mauvaises performances des prestataires.

Actuellement, des pratiques de contrôle et d'assurance sont élaborées et mises en œuvre pour la gestion financière, afin de détecter les demandes frauduleuses, mais les systèmes de suivi et d'assurance qualité ne sont pas actuellement orientés vers l'évaluation de la qualité des services. Les performances des prestataires ne sont pas évaluées, et les prestataires n'envoient pas de données de suivi et d'évaluation de la santé à la CANAM. Les prestataires sont censés fournir des codes de diagnostic, mais cette pratique n'est pas appliquée, ce qui compromet l'établissement d'un lien entre la prescription du prestataire et le diagnostic réel.

Encadré 4 : Capacités de la CANAM en tant qu'acheteur

- L'expertise de la CANAM en matière de financement de la santé suffit pour la méthode actuelle de paiement à l'acte, mais devrait être renforcée pour une méthode de capitation.
- L'insuffisance de personnel, la soumission des demandes de remboursement sur papier, la lourdeur des procédures et le manque d'efficacité opérationnelle en matière de gestion financière contribuent aux retards de remboursement.
- Les conventions avec les prestataires manquent de directives cliniques et n'incitent pas les prestataires à être performants.
- La CANAM applique des pratiques de contrôle et d'assurance qualité mais elle ne dispose ni de systèmes de suivi et d'assurance qualité, ni de codes de diagnostic.

5.6 Capacités et autonomie des prestataires dans le cadre du système de paiement des prestataires de l'AMO

Le tableau ci-dessous (Tableau 7) reprend les réponses des entretiens menés avec les prestataires des CSCOM et des CSRef, ainsi que les recherches et les observations effectuées au niveau des hôpitaux. Selon le guide JLN, les critères qui sont inclus ci-dessous, considérés dans leur ensemble, permettent de déterminer si les prestataires disposent de la flexibilité et de l'autonomie nécessaires pour répondre aux incitations néfastes et bénéfiques. Les réponses aux critères illustrent également la capacité de gestion stratégique au niveau des prestataires, ce qui permet d'établir si un établissement de santé est prêt à fonctionner de manière autonome en tant qu'entreprise. Le Tableau 7 montre que les CSCOM possèdent la capacité la plus faible, et que les CSRef et les hôpitaux présentent des résultats similaires, mais doivent encore bénéficier de formations et faire l'objet d'améliorations.

Tableau 7. Capacités des prestataires de chaque niveau du système de santé

| Capacités | Les CSCOM | Les CSRef | Les hôpitaux |
|---|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Ordinateur fonctionnel doté d'une connexion Internet fiable | La plupart n'en ont pas | Oui | Oui |
| Système informatisé de suivi des revenus et des dépenses de l'établissement | Couverture de 25 % | Couverture de 50 % | Couverture de 75 % |

| Capacités | Les CSCOM | Les CSRef | Les hôpitaux |
|--|---|---|---|
| Capacité de planifier stratégiquement pour l'organisation, d'établir des politiques et de gérer les finances et les systèmes d'information | Très faible | Moyenne | Moyenne |
| Disponibilité d'un professionnel de la gestion financière de base pour effectuer la comptabilité et la gestion financière de base, la planification stratégique et l'évaluation du rendement | Non | Oui | Oui |
| Pouvoir de prendre des décisions concernant les médicaments, les fournitures et l'équipement | Oui (l'ASACO) | Oui | Oui |
| Pouvoir de déterminer les salaires des travailleurs de la santé | Oui, mais pas pour les fonctionnaires, qui représentent environ 10 % des prestataires au niveau des CSCOM | Oui, mais pas pour les fonctionnaires, qui représentent environ 90 % des prestataires au niveau des CSRef | Oui, mais pas pour les fonctionnaires |
| Pouvoir de contrôler le budget et les finances de l'installation | Oui (l'ASACO) | Oui | Oui |
| Pouvoir de déterminer la composition des services | Oui | Oui | Oui |
| Préparation à l'exploitation en tant qu'entité commerciale | Inexistante (même au niveau de l'ASACO) | Faible - nécessite une formation importante | Faible - nécessite une formation importante |

Source : JLN, 2015

6. Solutions éventuelles en faveur de l'achat stratégique

Le Tableau 8 ci-dessous résume les solutions éventuelles à court et à long terme pour avancer sur la voie de l'achat stratégique, sur la base des constatations clés de la présente évaluation. Les solutions éventuelles à court et à long terme correspondent à celles qui peuvent être entièrement mises en œuvre d'ici fin 2023 et de 2024 à 2026, respectivement. Cela veut dire que la mise en place de certaines solutions à long terme peut commencer avant 2023 mais que celles-ci ne pourront être achevées avant la fin de l'année 2023. Par ailleurs, la mise en œuvre de certaines solutions à long terme nécessitera une à deux années, mais celles-ci ne pourront être mises en place qu'une fois que la solution précédente l'aura été. L'équipe de HP+ a décomposé les solutions éventuelles afin de faciliter la planification stratégique.

Tableau 8. Feuille de route

| Court terme : Solutions pouvant être entièrement mises en œuvre d'ici fin 2023 Améliorer le système actuel de paiement de l'AMO et établir une volonté politique en faveur d'un système mixte de paiement |
|--|
| <p>1. Digitaliser le processus de traitement, adopter une gestion de traitement liée aux performances, et explorer la faisabilité de l'ouverture de la liquidation des feuilles de soins à d'autres structures. Selon les constatations de l'évaluation, le traitement des demandes de remboursement prend plusieurs mois, bien que le délai officiel soit de 15 à 30 jours en fonction du type de prestataire. Ces retards affectent considérablement la prévisibilité des revenus chez les prestataires et, par conséquent, la qualité des prestations. Il s'avère donc urgent pour la CANAM de prendre des mesures visant à réduire ces retards. En plus de digitaliser le processus de traitement et l'adoption globale d'une gestion de traitement liée à la performance, la CANAM peut choisir les OGD sur appel d'offre. L'appel d'offre sera ouvert tant aux structures publiques (que la CMSS et l'INPS) que privé et les OGD devraient être sélectionnés sur la base des contrats de performance.</p> |
| <p>2. Effectuer une étude de coûts pour déterminer les coûts moyens des services chez les prestataires efficaces et ajuster les grilles tarifaires afin de promouvoir les principes d'efficacité, de qualité de soins et d'équité. Les tarifs fixés dans les grilles tarifaires du référentiel des actes de la CANAM ne sont pas reliés aux coûts réels de prestation. Les lignes directrices mondiales sur la conception des systèmes de paiement à l'acte recommandent que les tarifs soient conçus en fonction de la prestation efficiente des services couverts, afin de motiver les prestataires moins efficaces à adapter leurs opérations pour offrir ces services avec davantage d'efficacité. L'AMO devrait donc effectuer une étude pour déterminer les coûts moyens des services offerts au niveau des prestataires efficaces afin d'appliquer des tarifs appropriés. Par ailleurs, afin d'optimiser les principes de l'efficacité, de la qualité de soins et de l'équité, la CANAM devrait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer que certains tarifs correspondent à un groupe des services afin de motiver les prestataires à améliorer la combinaison des inputs tout en évitant la sous-prestation des services. 2. Fixer les tarifs de manière à ce que les prestataires soient motivés pour fournir davantage de services privilégiés par le PRODESS, et des services présentant un bon rapport coût-efficacité. 3. Ajuster les tarifs en fonction de la sévérité des cas cliniques, le niveau d'urbanisation de la région ou du cercle/commune donné et des besoins de la population. |
| <p>3. Mettre en place des plafonds de paiement et/ou de volume pour remédier davantage aux pratiques inefficaces de prestation des soins. Si l'existence des tarifs atténue l'escalade des coûts encourus par la CANAM, les remboursements de l'AMO dans le secteur public pour les médicaments ont été de 56 000 CFA par bénéficiaire, bien que les dépenses totales de santé par habitant aient été de 19 204 CFA en 2018 (OMS 2021, CMSS 2021). Cette constatation suggère qu'il existe une inefficience considérable dans la vente des médicaments. En plus de la fixation des tarifs pour les médicaments, la CANAM peut également mettre en place des plafonds de paiement et les plafonds de volume pour contrôler davantage le volume des ressources transférées pour la prise en charge des médicaments. Prenons à titre d'exemple le Marvil, le médicament ayant le plafond de prix le plus élevé de 58 000 CFA, et supposons que le prestataire X facture le prix plafonné pour le Marvil. Si la CANAM mettait en place un plafond de paiement de 58 000 000 CFA au cours d'une période donnée, le prestataire X ne serait plus remboursé après la vente de 1 000 unités de Marvil jusqu'à la fin de la période. Il en serait de même en vertu d'un plafond de volume de 1 000 unités de Marvil. Par ailleurs, en plus des plafonds de volume <i>par période</i>, la CANAM peut mettre en place les plafonds de volume <i>par contact</i>. Par exemple, la CANAM peut restreindre le nombre des prescriptions remboursables ou allouables pour limiter la sur-prescription des médicaments.</p> <p>Dans le cadre de l'AMO, les plafonds de paiement sont imposés ad hoc chez certains prestataires privés mais cette pratique n'est ni systématique, ni réglementée.</p> |

Court terme : Solutions pouvant être entièrement mises en œuvre d'ici fin 2023

Améliorer le système actuel de paiement de l'AMO et établir une volonté politique en faveur d'un système mixte de paiement

4. Établir des mécanismes permettant de contrôler les références et de réduire le risque financier connu de la CANAM dans les niveaux élevés de la pyramide sanitaire. Selon les constatations de l'évaluation, il n'existe aucun mécanisme officiel visant à empêcher les références du niveau primaire aux niveaux secondaire et tertiaire dans les cas où les mêmes soins peuvent être obtenus au niveau primaire. Étant donné que les prix les plus élevés sont facturés aux niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire, l'inexistence de tels mécanismes entraîne une lacune importante en matière d'efficacité. La CANAM devrait appuyer la mise en place de mécanismes visant à (1) réduire la référence non nécessaire des patients aux niveaux plus élevés et (2) augmenter la référence des patients des niveaux plus élevés au niveau primaire dans les cas où la référence originale au niveau élevé n'était pas nécessaire.

5. Ajuster les conventions avec les prestataires pour les inciter à être performants et à favoriser la qualité des soins. Les contrats des prestataires seraient reformulés de manière à présenter trois caractéristiques principales :

1. Une *définition* claire des objectifs et des indicateurs pour la mesure des performances des prestataires ;
2. La *collecte de données* sur les indicateurs de performance, afin de démontrer dans quelle mesure les contractants mettent en œuvre les paramètres définis ;
3. Des *conséquences* qui prendraient effet pour le contractant en fonction de ses performances, telles que des récompenses ou des sanctions. Les récompenses pourraient inclure la poursuite du contrat, des primes ou une reconnaissance ; les sanctions pourraient inclure la résiliation du contrat, des pénalités financières ou l'interdiction de conclure un nouveau contrat (Loevinsohn, 2008 ; Banque Mondiale, 2009).

6. Établir et promouvoir une volonté politique en faveur de la capitation au niveau primaire. La mise en place d'un système mixte de paiement des prestataires, constitué du paiement à l'acte et de la capitation, a suscité un vif intérêt au niveau de l'ETPP. Selon les constatations de la présente étude, l'intégration de la capitation dans un système mixte de paiement des prestataires répondrait à deux grands risques identifiés lors de cette évaluation : (1) les longs délais de traitement des demandes et (2) la motivation des CSCOM et des CSRef à attirer un afflux important de personnes éligibles des secteurs agricole et informel.

Cependant, avant de franchir certaines étapes techniques nécessaires à la mise en place d'un tel système, il convient d'établir la volonté nécessaire chez un grand nombre d'autorités et de parties prenantes. Cette étape implique des efforts de recherche supplémentaires et des activités de plaidoyer pour atteindre le niveau politique souhaité. Les recherches supplémentaires pourraient s'inspirer du modèle du Ghana, qui a effectivement mis en place la capitation au niveau primaire il y a plusieurs années.

7. Mettre en place un processus de dialogue continu entre les différents acteurs (CANAM, prestataires, assurés, ordres professionnels) autour de l'efficacité du système de paiement des prestataires de l'AMO. Cette évaluation a mis en évidence un certain nombre de lacunes en matière d'efficacité dans le système de paiement des prestataires de l'AMO. Face à ces lacunes, l'ETPP et ses partenaires ont souligné le besoin de mettre en place un cadre de dialogue par l'intermédiaire duquel l'ensemble des parties prenantes (CANAM, prestataires, assurés) peuvent identifier conjointement les lacunes en matière d'efficacité et les problèmes qui peuvent menacer la survie de l'assurance afin de trouver des solutions consensuelles.

Long terme : Solutions pouvant être entièrement mises en œuvre de 2024 à 2026

Préparer au système mixte de paiement des prestataires à mesure que le RAMU est établi

1. Renforcer la gestion financière et les capacités des CSCOM et des CSRef afin que ceux-ci attirent davantage de patients pour obtenir plus d'autonomie financière. Afin que la capitation soit effective au niveau primaire, les CSCOM et les CSRef doivent être capable de fonctionner comme les entités commerciales. C'est-à-dire que ces prestataires doivent avoir les compétences nécessaires pour budgétiser rationnellement leurs ressources et utiliser ces dernières pour améliorer la qualité des soins afin d'attirer davantage de patients. À l'heure actuelle, les CSCOM et les CSRef n'ont pas ces capacités et il faudra plusieurs années pour les établir chez un grand nombre de ces prestataires.

2. Effectuer une évaluation exhaustive des capacités au niveau primaire concernant la fourniture des différents services sanitaires de base. Le paquet de soins de base financé au moyen de la capitation doit être conçu en fonction des services que les CSCOM et les CSRef sont réellement capables de fournir.

3. Concevoir un paquet de soins de base, à financer au moyen de la capitation, sur la base d'une série de consultations et d'une évaluation exhaustive effectuée au niveau primaire. Le processus de conception du paquet de soins de base est complexe et itératif, et dépend des capacités des prestataires, des besoins de la population cible, de la viabilité financière et du contexte.

4. Concevoir et mettre en œuvre un système de suivi et d'assurance qualité ainsi qu'un système de codes de diagnostic. En l'absence de mesures correctives, la capitation a tendance à inciter les prestataires à enregistrer davantage de patients tout en fournissant moins de services par patient. Des outils de contrôle de la liste des services utilisés par séjour et des mesures répondant à la sous-prestation des soins par séjour permettraient de garantir le maintien de la qualité des soins à mesure que davantage de patients sont enregistrés. Selon les constatations de l'évaluation, l'AMO ne dispose ni d'un tel système de suivi et d'assurance qualité, ni d'un système de codes de diagnostic, ce qui affecte également la qualité des soins dans le système actuel de paiement à l'acte.

5. Former les CSCOM et les CSRef sur les concepts et les pratiques de la capitation pour les inciter davantage à aligner leur comportement sur les principes de l'achat stratégique. La transition vers un système de paiement mixte représente un changement considérable, qui requerra de soumettre tous les prestataires et organes concernés à une série de formations visant à éclaircir les responsabilités de chaque acteur et à empêcher l'apparition de phénomènes d'incitation néfastes susceptibles de résulter de la capitation.

6. Piloter la capitation à l'intention d'un ensemble de prestataires ayant les capacités et les compétences nécessaires. Une fois qu'un certain nombre de CSCOM et de CSRef auront acquis les capacités nécessaires et seront accrédités pour offrir le paquet de soins de base, le régime de capitation devrait être piloté au niveau de ces prestataires afin d'identifier toute incidence inattendue et de remédier à celle-ci, avant son déploiement à tous les prestataires éligibles.

² Il convient de souligner que, selon les entretiens menés au niveau des CSCOM, plus de cinq années seront probablement nécessaires pour qu'un nombre suffisant de CSCOM disposent des capacités requises afin que la capitation soit la méthode de paiement principale au niveau primaire. Cependant, les problèmes relatifs aux longs délais de demandes et aux incitations à fournir des soins plus coûteux ne feront que s'aggraver, compte tenu de l'immense afflux de personnes immatriculées attendues dans le cadre du RAMU si le paiement à l'acte demeure la méthode de paiement principale à ce niveau. Pour ces raisons, il convient de redoubler d'efforts au plus vite pour renforcer les capacités à ce niveau.

Références

Banque mondiale. 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-to Manuals*. Révisé par John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin et Sheila O'Dougherty. Washington, DC.

Caisse malienne de sécurité sociale (CMSS). 2021. Bases de données partagées par la CMSS.

Joint Learning Network for Universal Health Coverage (JLN). 2015. Révisé par C. Cashin. *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage*.

Loevinsohn, Benjamin. 2008. *Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit*. Disponible sur : <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7536-5>.

Mathauer I., Dkhimi, F. 2021. *Guide analytique pour l'évaluation d'un système mixte de paiement des prestataires*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. 2021. *Global Health Expenditure Database*. Disponible sur : <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>.

Health Policy Plus
Palladium
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
Email: policyinfo@thepalladiumgroup.com
www.healthpolicyplus.com

