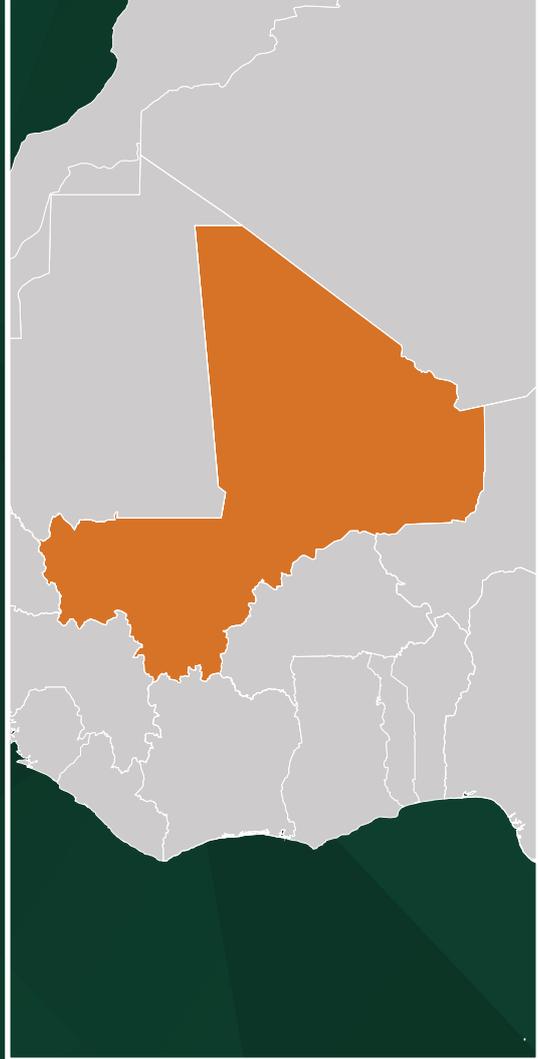


Avril 2022



# SYNTHÈSE D'EXPÉRIENCES INTERNATIONALES DOCUMENTÉES POUR INFORMER LES RÉVISIONS DU SYSTÈME DE TARIFICATION DE LA CANAM AU MALI



---

## AVRIL 2022

Cette publication a été préparée par Marty Makinen et Ousmane Sissoko du projet Health Policy Plus.

Citation suggérée : Makinen, M. et Sissoko, O. 2022. *Synthèse d'expériences internationales documentées pour informer les révisions du système de tarification de la CANAM au Mali*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.

ISBN: 978-1-59560-310-4

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de sept ans financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) dans le cadre de l'Accord n° AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août 2015. 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 de matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abréviations</b> .....	<b>iii</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>1</b>
La pratique actuelle de fixation des tarifs au Mali .....	1
Les études des coûts réalisées au Mali.....	1
Revue de la littérature internationale .....	1
<b>Les leçons tirées de la littérature internationale</b> .....	<b>2</b>
La relation entre les tarifs et les coûts .....	2
Comment calculer les coûts pour la tarification.....	2
Comment négocier les tarifs.....	3
La collecte d'informations sur les coûts .....	3
L'ajustement des tarifs en fonction des coûts .....	5
Comment tenir compte de l'objectif de viabilité financière dans la définition du barème de tarification.....	5
La préparation aux réformes tarifaires .....	6
<b>Propositions pour réviser le système de tarification de la CANAM</b> .....	<b>7</b>
Lier la tarification aux coûts avant de planifier la mise en œuvre .....	7
Investir dans l'infrastructure de données et le renforcement des capacités institutionnelles..	7
Choisir la méthode de définition des coûts et la fréquence de mise à jour des tarifs .....	8
Appliquer une tarification unilatérale avec des consultations de prestataires.....	8
Commencer par une phase pilote ou effectuer une généralisation progressive .....	9
Utiliser les tarifs comme des instruments pour l'atteinte des objectifs de la politique de santé .....	9
Ajuster régulièrement les tarifs .....	9
Prendre en considération la viabilité financière pour le payeur.....	9
Utiliser un instrument lié aux tarifs pour atteindre l'efficacité dans l'utilisation des médicaments .....	10
<b>Conclusion</b> .....	<b>11</b>
<b>Annexe : Étapes de mise en œuvre de la réforme de la tarification basée sur les coûts</b> .12	
Travail préparatoire.....	12
Mise en œuvre .....	12
Institutionnalisation de la tarification basée sur les coûts .....	13
<b>Bibliographie</b> .....	<b>13</b>

## Remerciements

Les auteurs du rapport remercient l'ensemble du personnel de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) pour leur franche collaboration. Nous remercions Sidi Cisse, Nam Modeste Somey et Loriade Akin-Olugbade pour leurs précieux commentaires sur le projet du rapport. Merci aussi aux responsables de la mise en œuvre du projet Health Policy Plus (HP+) au Mali : Seydou Traore, Sara Stratton et Mackenzie Schiff.

## Abréviations

CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSCOM	Centre(s) de Santé Communautaire
CSREF	Centre(s) de Santé de Référence de cercle
HP+	Health Policy Plus
MNT	Maladies non-transmissibles
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
PRFI	Pays à Revenu Faible et Intermédiaire
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Contexte

### La pratique actuelle de fixation des tarifs au Mali

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) rémunère ses prestataires à l'acte selon une grille tarifaire établie. Les usagers paient une quote-part (ticket modérateur) de 20% pour les hospitalisations et de 30% pour les soins ambulatoires et les médicaments. Peu d'études empiriques des coûts expliquent les tarifs qui sont appliqués par la CANAM. Les médicaments de marque sont remboursés de la même manière que les médicaments génériques, c'est-à-dire au même taux sans distinction.

### Les études des coûts réalisées au Mali

Deux études des coûts ont été faites au Mali depuis 2011 : l'étude Audibert et l'étude Balique. L'étude Audibert (Audibert, Duhkan, Grimaldi, Korachais, & Mathonnat, 2011) ayant été réalisée en 2011, les données collectées alors sont aujourd'hui obsolètes. L'étude Balique (Balique, Marquis, Sy, & Sissoko, 2021) a été menée en 2021, et donc les informations sont récentes. L'étude des coûts de Balique a estimé les coûts annuels d'un ensemble de Centre(s) de Santé Communautaire (CSCOM) et de Centre(s) de Santé de Référence de cercle (CSREF). Elle propose des subventions aux CSCOM et CSREF de 2022 à 2026 pour leur permettre d'atteindre l'équilibre. L'étude Balique a estimé les coûts variables (dominés par les médicaments et les consommables) et les coûts fixes (rémunération des ressources humaines, dépenses récurrentes, entretien des équipements et des infrastructures, et amortissement des équipements) des installations. Cependant, aucune étude des coûts n'a constitué la base de la fixation des tarifs de la CANAM. Ce fait a été confirmé par le directeur de l'organisation et du contrôle de la qualité des soins récemment.

### Revue de la littérature internationale

Une revue de la littérature internationale sur la fixation de la tarification pour le remboursement des prestataires de santé a été réalisée pour éclairer les recommandations sur la réforme des tarifications de la CANAM. La liste complète des documents consultés est présentée à la fin du présent rapport. Deux sources revêtent une importance particulière : le manuel d'établissement des coûts du Joint Learning Network (Ozaltin & Cashin, 2014) et le rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). Le manuel d'établissement des coûts du Joint Learning Network présente de nombreux exemples de conseils pratiques, de modèles et d'outils. Le rapport de l'OCDE fournit, quant à lui, des informations et des exemples particulièrement pertinents sur la manière dont les pays de l'OCDE fixent les tarifs et comprend un chapitre sur la manière dont les enseignements tirés de ses pays cibles pourraient être appliqués aux Pays à Revenu Faible et Intermédiaire (PRFI). Les leçons tirées de ces deux documents et d'autres manuels, études et rapports sont synthétisées dans la prochaine section du rapport.

## Les leçons tirées de la littérature internationale

Les leçons tirées de la littérature internationale couvrent les sujets suivants :

- La relation entre les tarifs et les coûts,
- Comment calculer les coûts pour la tarification,
- Comment négocier la tarification,
- La collecte d'informations sur les coûts pour la tarification,
- L'ajustement des tarifs en fonction des coûts,
- Comment tenir compte de l'objectif de viabilité financière dans la définition du barème de tarification, et
- La préparation aux réformes tarifaires.

### La relation entre les tarifs et les coûts

Les acheteurs doivent payer aux prestataires des tarifs en fonction des coûts unitaires des services. Les tarifs liés aux coûts réduisent au minimum les incitations à fournir des services insuffisants ou excessifs. La structure des tarifs doit également soutenir les objectifs du système de santé, tels que la couverture, la qualité, la protection financière et les résultats sanitaires.

### Comment calculer les coûts pour la tarification

Il est difficile d'établir les coûts unitaires véritables car il faut affecter les frais généraux administratifs et autres coûts indirects aux centres de coûts. La méthode des coûts à base d'activités - la méthode ABC (Cokins, 1996) (Waters, 2001) - alloue les frais généraux et indirects aux centres de coûts. L'autre méthode – la méthode « descendante » (top down) - attribue des coûts unitaires moyens aux services.

Selon la littérature internationale, la méthode « descendante » est plus facile à mettre en œuvre et donc plus accessible aux PRFI. En outre, cette méthode fournit des informations adéquates sur les coûts de paiement des prestataires (Ozaltin & Cashin, 2014). Ozaltin et Cashin montrent que de nombreux pays d'Asie centrale, l'Inde, l'Indonésie et la Malaisie appliquent l'estimation de coûts descendante pour la tarification.

Les systèmes à forte intensité d'informations sur les coûts ne sont pas nécessaires pour la fixation des tarifs équitables pour les prestataires ou pour fournir à ces derniers les incitations souhaitées. Les tarifs payés aux prestataires de soins doivent être basés sur les coûts. Ils doivent être régulièrement mis à jour. Mais il est possible de faire des ajustements intermédiaires et de négocier les tarifs avec les prestataires lorsque les informations actualisées sur les coûts ne sont pas encore disponibles. Une fois que l'on dispose de nouvelles informations sur les coûts, de nouveaux ajustements tarifaires peuvent être mis en place (c'est le cas en Allemagne et au Danemark par exemple). Cette approche consistant à baser la tarification sur des estimations de coûts, puis à effectuer des ajustements intermédiaires lorsqu'aucune nouvelle information sur les coûts n'est disponible, et à faire des ajustements à nouveau lorsque de nouvelles informations sur les coûts sont disponibles peut produire des résultats satisfaisants.

Les Manuels « How To » sur les systèmes de paiement des prestataires de Langenbrunner et ses collègues (Langenbrunner, Cashin, & O'Daugherty, 2009) expliquent comment utiliser

les informations sur les coûts pour définir des tarifs ou des taux de paiement par capitation, au cas par cas, et par budget global.

## Comment négocier les tarifs

La plupart des pays utilise l'une des méthodes suivantes pour négocier les tarifs :

- **Négociations avec chaque prestataire de soins.** Dans ce système il faut mener de nombreuses négociations. Il y a peu de transparence avec les consommateurs et le grand public en ce qui concerne les tarifs. Les coûts administratifs à engager pour la négociation et le paiement sont élevés. Le pouvoir de négociation relatif du payeur et du prestataire peut produire des résultats biaisés.
- **Négociations collectives.** Un système dans lequel les prestataires négocient ensemble avec le payeur. Ce système aboutit à ce que tous les prestataires d'un type similaire (par exemple les services ambulatoires, les hôpitaux ou les hôpitaux spécialisés) reçoivent les mêmes tarifs. Les négociations collectives ont des coûts de négociation et de paiement relativement faibles.
- **Fixation unilatérale des tarifs.** Un système dans lequel le payeur fixe unilatéralement les tarifs. Dans ce système, les tarifs fixés reflètent les coûts des prestations (ce qui nécessite de recueillir des informations sur les coûts) et il peut y avoir des ajustements spécifiques pour tenir compte des caractéristiques du prestataire telles que le type, la taille, l'emplacement (par exemple, rural ou urbain), la complexité des soins fournis aux patients et le service en tant que centre d'enseignement (hôpital universitaire). Ce système permet aussi de mettre en place des incitations pour améliorer la qualité et l'efficacité des services fournis (si le prestataire peut profiter des excédents gagnés grâce à l'efficacité). Les systèmes unilatéraux qui fonctionnent bien incluent généralement un système de consultation avec les prestataires de soins de santé pour leur donner l'impression que le système est transparent et équitable.

Le **Tableau 1** ci-dessous présente les résultats d'une évaluation de Barber, Lorenzoni, & Ong (2019) des différentes façons de contribuer aux objectifs du système de santé en utilisant les méthodes décrites ci-dessus.

**Tableau 1 : Méthodes pour déterminer les tarifs des prestataires et les objectifs du système de santé**

Méthode pour déterminer les niveaux de tarifs	Contrôle des niveaux de tarifs	Amélioration de la qualité	Augmentation de la transparence/ information sur les tarifs	Réduction des coûts administratifs
Négociations individuelles	0	?	0	0
Négociations collectives	+	?	+	+
Négociations unilatérales	++	?	+	+

Adapté de Barber, Lorenzoni & Ong, 2019

Légende : 0 = peu/pas d'impact ; + = impact positif, ++ = impact positif fort, ? = preuves incohérentes

## La collecte d'informations sur les coûts

Le **Tableau 2** ci-dessous illustre les différentes façons de collecter des informations sur les coûts dans des pays différents. Tous les pays examinés par Barber et ses collègues (2019)

exigent soit que les établissements qui participent à leur système d'assurance maladie fournissent des informations sur les coûts, soit que ces informations soient fournies volontairement par les établissements. Parfois, les informations sur les coûts sont collectées auprès d'un échantillon d'établissements, ou auprès de tous les participants à l'assurance maladie. Lorsqu'elles ont commencé à estimer les coûts à utiliser pour fixer les tarifs, la France et la Thaïlande ont collecté les informations sur les coûts auprès d'un sous-ensemble d'établissements (35 hôpitaux en France et 20 hôpitaux en Thaïlande). Plus tard, les deux pays ont collecté les informations sur les coûts auprès de nombreux autres établissements (135 hôpitaux en France et 900 hôpitaux en Thaïlande). Les coûts utilisés dans la tarification sont estimés annuellement, tous les deux ans ou « périodiquement ». L'estimation prend du temps, de sorte que les estimations datent souvent de 2 à 3 ans avant qu'elles soient appliquées à la tarification.

**Tableau 2 : Collecte d'informations sur les coûts pour fixer les tarifs dans d'autres pays**

Pays	Portée	Source	Fréquence
Allemagne	Soins médicaux, soins infirmiers, produits pharmaceutiques et dispositifs thérapeutiques	Environ 300 hôpitaux (participation volontaire)	Annuelle
Australie	Soins hospitaliers, soins subaigus, services d'urgence et ambulatoires	Tous les hôpitaux publics participent. Collecte de données auprès de 91 (sur 630) hôpitaux privés sur une base volontaire	Tous les 1-2 ans
Angleterre	Soins intensifs hospitaliers et ambulatoires	Tous les 232 prestataires de services de santé nationaux	Annuelle
République de Corée	Hospitalisations et services ambulatoires	Prestataires participants	Annuelle
États-Unis (Medicare)	Hospitalisations et services ambulatoires	Prestataires participants	Annuelle
France	Soins aigus hospitaliers et ambulatoires	135 hôpitaux (participation volontaire)	Annuelle
Japon	Hospitalisation et services ambulatoires, produits pharmaceutiques, et dispositifs médicaux	Les revenus et les dépenses sont collectés à travers une enquête économique des installations sanitaires. Le volume de services fournis est collecté à partir de la base de données des réclamations de paiement par les prestataires.	Tous les 2 ans pour les frais de service ; Annuellement pour les produits pharmaceutiques
Thaïlande (système de couverture universelle)	Tous les frais de fonctionnement des hospitalisations et services ambulatoires	Au début 20, maintenant 900 hôpitaux publics	Périodiquement
Ghana*	Les soins chirurgicaux, médicaux & ambulatoires	Collecte de données auprès de 192 hôpitaux (participation volontaire)	Irrégulièrement
Tunisie**	Consultation (externe et urgences), hospitalisation et actes complémentaires (chirurgie, radiologie, laboratoire, etc.)	Secteur privé : convention sectorielle sur la base de la négociation ; Secteur publique : fixation par arrêté ministériel	Périodiquement

Adapté de : Barber, Lorenzoni & Ong, 2019

\* Références : Mathauer & Wittenbecher, 2012 et Kipp & Baveja, 2013

\*\* Référence : Chen, 2016

Un complément à la collecte d'informations sur les coûts est que les prestataires soient en mesure de maîtriser et de prendre des décisions en fonction du flux de revenus qu'ils reçoivent (y compris les remboursements d'assurance, les budgets gouvernementaux ou les apports en nature). Au Kenya, Vilcu (Vilcu, Mbuthia, & Ravishankar, 2020) demande que des outils soient développés ou adaptés à partir d'outils existants pour les prestataires afin de remédier au manque d'informations complètes et exploitables sur la gestion des revenus pour ces derniers.

## L'ajustement des tarifs en fonction des coûts

Plusieurs pays ajustent les tarifs en fonction des coûts et des circonstances spécifiques des prestataires. En Thaïlande, en Australie, en Angleterre, en Allemagne et aux États-Unis, le gouvernement effectue des ajustements géographiques (prenant en compte la localisation dans les zones rurales). Des ajustements spécifiques sont apportés à la tarification des prestataires qui mènent des recherches et servent d'hôpitaux d'enseignement et de ceux qui desservent des populations défavorisées.

## Comment tenir compte de l'objectif de viabilité financière dans la définition du barème de tarification

Les payeurs qui fixent les tarifs et remboursent ensuite des services illimités aux prestataires courent un risque financier car ce type d'arrangement met en péril leur propre viabilité financière. La viabilité financière du payeur est souvent un objectif majeur dans la prise de décision (voir l'**Encadré 1** ci-dessous d'Ozaltin et Cashin). Ainsi, la tarification basée sur les coûts est complétée par des mesures visant à atténuer le risque de viabilité financière. De nombreux systèmes utilisent des plafonds ou des mesures dissuasives pour le montant total à payer à un prestataire spécifique au cours d'une année. En France, en Allemagne et au Japon les tarifs sont ajustés pour contenir les dépenses du payeur lorsqu'un prestataire dépasse la somme totale qui a été convenue. La Corée du Sud facture des tickets modérateurs plus élevés aux utilisateurs des établissements de niveau supérieur afin d'orienter ceux-ci vers des soins appropriés et moins coûteux. L'État du Maryland aux États-Unis fixe les budgets globaux des hôpitaux et garantit de payer le montant global convenu si les hôpitaux remplissent les conditions liées à la satisfaction des besoins des communautés desservies et à la qualité des services fournis.

### Encadré 1 : Importance de la viabilité financière

Le facteur dominant [dans la fixation des tarifs des prestataires] est presque toujours la contrainte de ressources. Tous les acheteurs publics dans les exemples de cas étudiés avaient pour mandat de fonctionner dans les limites budgétaires des fonds publics dont ils disposaient. Leur tâche principale était d'allouer les ressources disponibles pour atteindre les objectifs du système de santé. Bien que les systèmes de santé dépendent de la satisfaction et de la coopération des prestataires et de tarifs adéquats pour financer des soins de bonne qualité, la viabilité financière reste en définitive une contrainte.

*Ozaltin et Cashin, 2014*

## La préparation aux réformes tarifaires

Mettre en place des nouveaux systèmes de tarification basés sur les coûts ou apporter des réformes majeures à un système existant demande du temps et des efforts de préparation. Des données sur les coûts doivent être collectées et analysées. Les données doivent être converties en tarifs intégrant des ajustements pour les circonstances spécifiques des prestataires et des incitations pour l'atteinte des objectifs du système de santé. Les tarifs doivent être négociés avec les prestataires. Si le payeur fixe unilatéralement les tarifs, il faut donner la possibilité aux prestataires d'apporter des contributions en commentaires. Des systèmes efficaces et efficaces doivent être mis en place pour permettre aux prestataires de faire des demandes de paiement et permettre au payeur d'évaluer les demandes avant de les payer. Enfin, des systèmes de suivi et d'évaluation doivent être conçus et déployés pour détecter et corriger les défauts du système et apporter des modifications au modèle de tarification et à la conception du modèle si nécessaire. De plus, le payeur et le prestataire doivent posséder la capacité institutionnelle (en particulier les ressources humaines, les systèmes, et les logiciels) pour mettre en œuvre le système de tarification. Tout ce processus nécessite de la planification, du temps et des ressources. Ozaltin et Cashin suggèrent de procéder à une phase pilote du système avant de le déployer à l'échelle nationale (voir l'**Encadré 2** sur le pilotage des systèmes de tarification).

### Encadré 2 : Pilotage des Systèmes de Tarification

Le pilotage ou la mise en œuvre progressive peut être utile pour tester les modèles de paiement et définir les attentes des prestataires avant un déploiement à l'échelle nationale. Au Vietnam, une évaluation approfondie du système de paiement existant a montré la nécessité d'en améliorer la conception. Les prestataires qui reconnaissaient la nécessité d'un changement mais n'avaient aucun moyen d'en connaître toutes les implications, ont soutenu la nécessité de réaliser une phase pilote du nouveau système et se sont même portés volontaires pour y participer. Ce compromis a permis au Vietnam de tester la nouvelle conception et de préparer le pays à des changements futurs plus importants du système de paiement.

*Ozaltin et Cashin, 2014*

## **Propositions pour réviser le système de tarification de la CANAM**

Les leçons tirées de la littérature internationale peuvent accompagner le Mali dans le processus de révision du système de tarification du Régime d'Assurance Maladie Universelle.

### **Lier la tarification aux coûts avant de planifier la mise en œuvre**

La première leçon à tirer est que la CANAM devrait mettre en place un système de tarification qui relie les tarifs aux coûts. Ceci, bien sûr, est une décision stratégique qui est assez simple en soi, mais qui entraîne des implications complexes. Selon la littérature internationale, la mise en place ou la réforme d'un système de tarification nécessite du temps et des efforts de préparation importants. Une fois la décision prise de lier la tarification aux coûts, une mise en œuvre planifiée et soigneusement séquencée sera nécessaire. Dans ce cas, la réforme de la tarification prendrait plusieurs années pour être pleinement mise en œuvre, en tirant des leçons et en s'ajustant progressivement (voir une représentation du processus en annexe).

### **Investir dans l'infrastructure de données et le renforcement des capacités institutionnelles**

Une étape cruciale du processus vers l'institutionnalisation de la tarification liée aux coûts consiste à créer l'infrastructure des données et la capacité institutionnelle correspondantes. Cette infrastructure et capacité servira à soutenir la mise à jour régulière et continue des informations sur les coûts et les tarifs que la CANAM utilise pour le paiement des prestataires. Cette étape implique la mise en place de systèmes pour collecter et analyser régulièrement les données sur les coûts des établissements plutôt que de recourir à des études de coûts « ponctuelles » (voir Ozaltin et Cashin, partie 2 pour plus de détails sur la démarche à suivre). Dans ce cas, la CANAM devrait exiger que les prestataires participant à la réforme de la tarification (voir ci-dessous) soumettent régulièrement (par exemple tous les trimestres) des rapports sur leurs coûts. Il serait important de développer et de tester un logiciel qui est facile à utiliser tel que basé sur Excel ou un logiciel accessible similaire pour faciliter et standardiser la rédaction des rapports sur les coûts (voir un exemple de formulaire de suivi des données aux pages 54-55 de Ozaltin et Cashin, 2014).

En parallèle, il faut développer la capacité des prestataires à produire, rapporter et analyser les données sur les coûts. Cela signifie qu'au moins certains prestataires devraient embaucher du nouveau personnel doté de cette capacité (en admettant que le personnel pourrait avoir besoin d'une formation spécifique sur les outils de rapportage des coûts). Dans d'autres cas, le personnel administratif et financier existant pourrait être formé à l'utilisation des données sur les coûts et les logiciels de collecte et de rapportage.

Ce personnel administratif et financier devrait également avoir la capacité d'effectuer des analyses pour la gestion des prestataires, telles que l'estimation des coûts annuels en fonction du volume prévu, de la composition des cas et des tarifs, y compris les coûts administratifs et les frais généraux - le logiciel à développer pour les rapports à la CANAM devrait également inclure des modules pour faciliter des analyses par les prestataires. En parallèle, les responsables des prestataires doivent être formés à l'interprétation et à l'utilisation des données financières pour la prise de décision dans leur contexte.

La CANAM devra pouvoir produire des rapports de coûts standards à l'aide de modèles automatisés et effectuer des analyses supplémentaires spécifiques sur les données de coûts.

Par exemple, s'il y a des prestataires avec des coûts « aberrants », la CANAM devra pouvoir obtenir des explications sur les coûts et analyser de façon globale les tendances des coûts et les inducteurs de coûts. Cette approche obligera la CANAM à embaucher du personnel ou renforcer les capacités du personnel existant. Les gestionnaires de la CANAM peuvent également avoir besoin de renforcement de capacités sur l'interprétation et l'utilisation des rapports standards et des analyses supplémentaires pour la prise de décision.

## **Choisir la méthode de définition des coûts et la fréquence de mise à jour des tarifs**

La littérature internationale semble être relativement claire sur le fait que la meilleure approche pour établir les coûts à utiliser au Mali est la méthode standard « descendante » qui consiste à répartir les coûts administratifs et les frais généraux. Selon Ozaltin et Cashin, l'approche « descendante » est plus facile à appliquer que l'ABC, et est en plus suffisante pour la tarification. Les données sur les demandes de remboursement devraient être une source supplémentaire d'informations pour l'estimation des coûts et la tarification car ces demandes fournissent des informations sur le volume historique et la composition des cas de santé dans les établissements qui peuvent être utilisées pour des projections. La CANAM devrait décider de la fréquence des mises à jour des tarifs à l'aide de nouvelles données sur les coûts. Un bon point de départ, selon la littérature internationale (voir plus d'informations à ce sujet ci-dessous) serait de mandater la mise à jour des informations sur les coûts tous les deux ans.

## **Appliquer une tarification unilatérale avec des consultations de prestataires**

Un système de tarification unilatéral semble être le plus approprié pour la CANAM. Ce système devrait inclure des ajustements spécifiques pour les prestataires dans différentes circonstances et - en particulier dans les phases initiales de mise en œuvre -- prévoir un dispositif spécifique d'appel de la tarification proposée. La négociation individuelle avec chaque prestataire serait coûteuse et administrativement difficile à mettre en œuvre. Les négociations collectives seraient également coûteuses et difficiles sur le plan administratif, mais constitueraient l'alternative à la tarification unilatérale. Le système de tarification doit tenir compte des coûts unitaires estimés, des volumes estimés et des circonstances spécifiques à l'établissement (enseignement, recherche, situation géographique rurale/urbaine, population dans l'aire de santé, conditions épidémiologiques (par exemple, le paludisme, le VIH, la tuberculose, les accidents de la route, les maladies non-transmissibles (MNT)). Les méthodes utilisées pour fixer les tarifs (y compris les ajustements apportés aux circonstances propres aux prestataires) et les tarifs applicables devraient être rendus publics sur le site web de la CANAM pour garantir la transparence.

La tarification unilatérale bénéficierait d'une consultation avec les prestataires en particulier pendant une phase pilote ou une phase de mise en œuvre précoce (voir ci-dessous). Cela pourrait prendre la forme d'un partage informel des projets de tarifs avec un sous-ensemble de prestataires pour commentaires ou d'une consultation formelle avec les représentants des prestataires pour commenter les projets de tarifs et/ou les méthodes utilisées pour fixer les tarifs en fonction des coûts. Obtenir l'avis des prestataires, mais se réserver le pouvoir unilatéral de fixer les tarifs, aiderait à éviter que les tarifs fixés au cours d'une phase pilote ou précoce ne suscitent des critiques et de la controverse. Cela permettrait également de tester, d'affiner et de déterminer si et comment les commentaires des prestataires devraient être obtenus une fois que la tarification basée sur les coûts est appliquée, et si des ajustements réguliers réalisés régulièrement.

## **Commencer par une phase pilote ou effectuer une généralisation progressive**

La CANAM pourrait suivre la suggestion d'Ozaltin et de Cashin en mettant en œuvre d'abord une tarification basée sur les coûts dans une phase pilote impliquant quelques prestataires de soins pour tirer des enseignements et être en mesure d'opérer des adaptations avant d'étendre le système à l'ensemble des prestataires. Par exemple, la CANAM pourrait entamer une réforme de la tarification basée sur les coûts avec l'ensemble des CSCOM et des CSREF couverts par l'étude des coûts de Balique. Les résultats de l'étude Balique peuvent être adaptés à une approche descendante, et ils sont suffisamment récents. Le projet pilote permettrait à la CANAM de tirer des leçons, d'ajuster et d'appliquer le système révisé à d'autres CSCOM et CSREF et de continuer à tirer des enseignements de l'expérience, puis de concevoir et mettre en œuvre une réforme de la tarification basée sur les coûts pour les hôpitaux.

Une alternative serait de commencer une réforme de la tarification basée sur les coûts avec quelques hôpitaux (car ce sont les établissements les plus coûteux), en tirant les leçons, en opérant des adaptations, puis en l'élargissant à d'autres hôpitaux et éventuellement aux CSCOM et CSREF. Cependant, cela nécessiterait de faire des analyses de coûts dans les premiers hôpitaux ayant participé à la phase pilote avant toute généralisation.

## **Utiliser les tarifs comme des instruments pour l'atteinte des objectifs de la politique de santé**

À terme, le système de tarification pourrait tenir compte des priorités du système de santé telles que la priorité de fournir des services aux personnes défavorisées et la promotion de la qualité. Par exemple, la tarification pourrait être fixée pour fournir le paiement d'un bonus (par exemple 5% en sus du tarif ordinaire applicable) pour les services fournis aux groupes défavorisés prioritaires. Pour promouvoir la qualité, des primes pourraient être offertes pour répondre à une liste de contrôle d'indicateurs de qualité ou à une autre méthode (peu coûteuse et facile à mettre en œuvre, mais pertinente) d'évaluation de la qualité.

Pour que les incitations à servir les couches défavorisées et à atteindre une bonne qualité soient efficaces, les prestataires qui bénéficient des incitations devraient pouvoir conserver l'argent des bonus gagnés et avoir un degré de liberté pour décider de l'utilisation de l'argent du bonus (par exemple, allocation sous forme de primes au personnel, investissements en équipements ou réparations nécessaires au maintien de la qualité).

## **Ajuster régulièrement les tarifs**

Une fois qu'un système de tarification et les processus et capacités pour le soutenir sont mis en place, il faudrait ajuster les tarifs chaque année en fonction du taux d'inflation (augmentation standard des tarifs pour tenir compte de l'inflation). Ensuite, il faudrait ajuster les tarifs tous les deux ou trois ans en fonction des nouvelles informations sur les coûts et la quantité de soins fournis. Cela nécessitera une nouvelle analyse des coûts tous les deux ou trois ans, ce qui est moins exigeant que d'essayer de modifier les tarifs chaque année. La CANAM et les prestataires peuvent ainsi instaurer une routine d'analyse des coûts et d'ajustement des tarifs à l'aide d'un bon logiciel et d'un programme de renforcement des capacités adaptés.

## **Prendre en considération la viabilité financière pour le payeur**

Comme indiqué dans la littérature internationale, il existe un risque de viabilité financière pour le payeur de fixer des tarifs basés sur les coûts sans contrôle sur la quantité de services

à payer. Comme c'est le cas dans d'autres pays, la CANAM pourrait appliquer des plafonds ou des limites au total des paiements annuels à chaque prestataire. Par exemple, la CANAM peut prévoir le remboursement total pour un prestataire en fonction des tarifs et des volumes prévus et de la composition des cas plus une marge (peut-être 10%), puis informer le prestataire (au début de l'année) que c'est le montant maximum qu'il pourrait espérer recevoir de la CANAM. Cela donnerait à la CANAM une certaine maîtrise de son risque financier. Un système pourrait être mis en place pour suivre les demandes de remboursements afin que des projections de remboursements totaux puissent être faites périodiquement (trimestriellement) pour voir quels prestataires sont sur la bonne trajectoire et lesquels sont en avance ou en retard par rapport aux remboursements totaux attendus. Lorsqu'il est prévu qu'un prestataire ne soit pas sur la bonne trajectoire (ses demandes de remboursements pour un trimestre sont plus élevées qu'un quart du plafond pour l'année), le prestataire pourrait être informé qu'il pourrait s'attendre à atteindre son plafond avant la fin de l'année (et de ne pas recevoir plus de fonds à ce moment), ou un autre ajustement (par exemple, une réduction de la tarification) pourrait être négocié.

La CANAM pourrait aussi appliquer la méthode du budget global qui est utilisée dans le Maryland aux États-Unis. La CANAM pourrait réaliser un pilote et/ou simuler (et ensuite l'appliquer si la période de pilotage est prometteuse) un régime de budget global dans lequel un montant de remboursement total annuel (le budget global) est calculé et convenu avec le prestataire (hôpital) avant le début de l'année. Ainsi, la CANAM paierait le montant global au prestataire si le prestataire respecte certaines conditions telles que la fourniture d'une quantité de service minimale, la fourniture d'une proportion de services aux personnes défavorisées, ou le respect des normes de qualité. Dans ce cas, le prestataire aura le droit de conserver et d'utiliser tout excédent comme bon lui semble. Le prestataire devra aussi accepter entièrement le risque de pertes financières. La CANAM pourrait tirer deux avantages importants d'une telle approche : (1) il ne sera pas nécessaire de passer par l'étape administrative qui consiste à payer les tarifs pour chaque service fourni et (2) il est certain que le montant total payé au prestataire ne sera jamais supérieur au budget global convenu.

## **Utiliser un instrument lié aux tarifs pour atteindre l'efficacité dans l'utilisation des médicaments**

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une politique liée aux tarifs payés aux prestataires, un instrument similaire de tarifs pourrait être utilisé pour contrôler les coûts et atteindre une efficacité importante. La CANAM facture déjà des co-paiements différenciés aux usagers pour influencer le niveau de prestation dans les établissements de santé : les usagers sont facturés 30% pour les soins ambulatoires contre 20% pour les soins hospitaliers. Pour promouvoir l'utilisation de médicaments génériques équivalents moins chers lorsque ces derniers peuvent être substitués à un médicament de marque, le Bureau Régional Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (Regional Office for Africa, 2016) recommande : « Les patients devraient avoir la possibilité d'obtenir un médicament de marque mais à condition qu'ils paient la différence de prix avec l'équivalent générique » (p. 34). Cependant, l'asymétrie d'information fait que ce choix revient généralement au prescripteur. Une variation sur le paiement de la différence de prix entre un médicament générique et un médicament de marque serait un ticket modérateur différencié pour les médicaments génériques et de marque. La politique actuelle de facturation d'un ticket modérateur de 30% pour les médicaments pourrait être modifiée pour facturer les médicaments génériques à 20% et les médicaments de marque à 40% lorsqu'il existe un équivalent générique. Cette approche inciterait les utilisateurs à choisir les génériques les moins chers plus fréquemment. Ceci générerait d'éventuelles économies pour la CANAM sans aucun impact sur la qualité des soins.

## Conclusion

La littérature internationale contient plusieurs enseignements que la CANAM peut adapter et appliquer. L'application des enseignements prendra du temps. Cependant, pour réussir, il est important de mettre en place les éléments constitutifs des systèmes, des processus et des capacités institutionnelles. Il est également important de ne pas essayer d'appliquer une tarification basée sur les coûts en une seule fois pour tous les prestataires. Il faut adopter une approche pilote ou une mise en œuvre progressive afin de tirer des leçons spécifiques et d'opérer des adaptations en cas de besoin avant la généralisation à l'échelle nationale. Éventuellement, l'utilisation de l'information sur les coûts pour établir les tarifs pourrait et devrait constituer une routine pour la CANAM.

## Annexe : Étapes de mise en œuvre de la réforme de la tarification basée sur les coûts

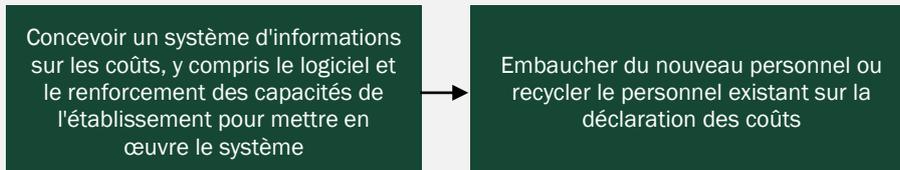
### Travail préparatoire

Trois pistes de travail préparatoire sont nécessaires. Chaque piste est représentée par une couleur différente dans l'image ci-dessous. La première est la piste de planification globale et d'estimation des coûts de base. Elle est représentée en bleu. La seconde piste est la conception et le renforcement des capacités nécessaires pour collecter régulièrement et systématiquement des informations sur les coûts et mettre à jour les tarifs de façon continue. Cette piste est représentée en vert. La troisième piste est la conception et la mise en place des systèmes de collecte des données de suivi et d'évaluation. Cette piste est en violet.

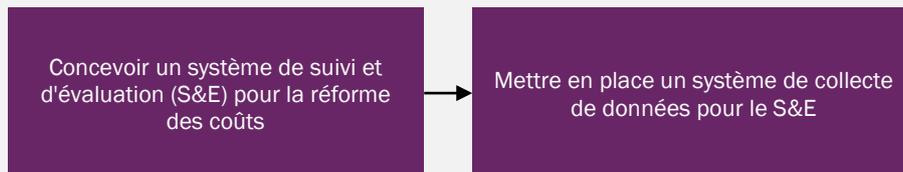
#### La piste de planification globale et d'estimation des coûts de base



#### La conception et le renforcement des capacités

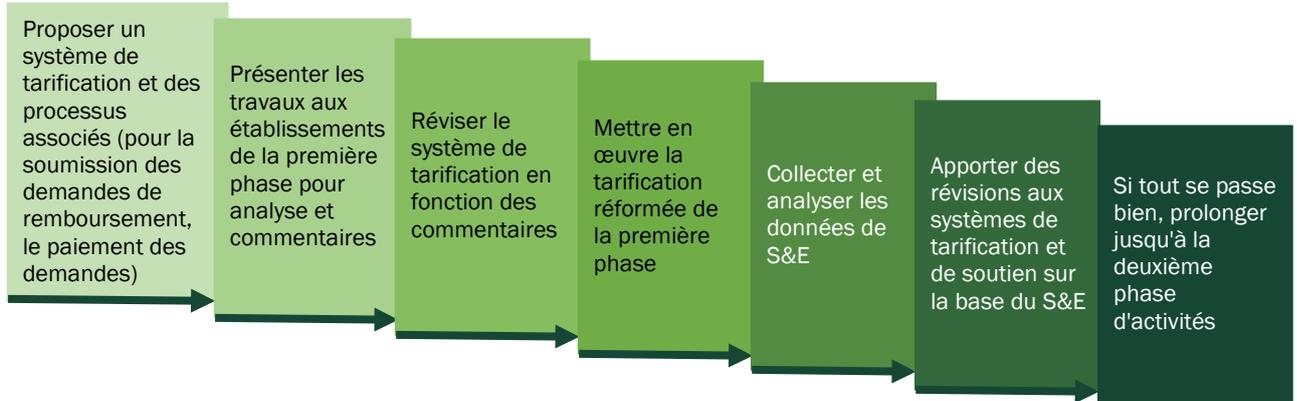


#### La conception et la mise en place des systèmes de collecte des données de suivi et d'évaluation



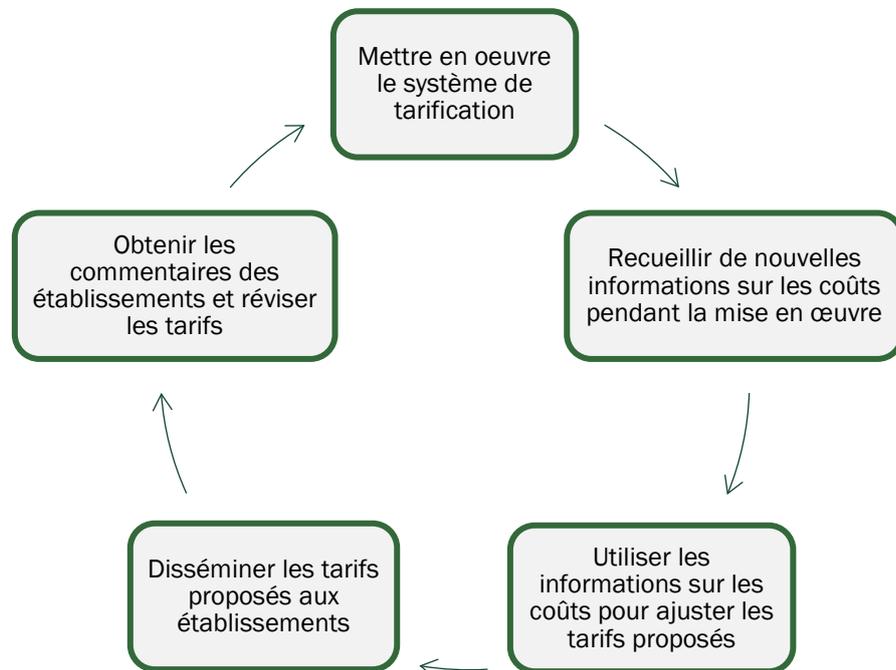
## Mise en œuvre

La mise en œuvre peut commencer après les travaux préparatoires. Les encadrés en verts ci-dessous représentent les étapes de mise en œuvre depuis la proposition de tarification jusqu'à la généralisation du système à un plus grand nombre d'établissements.



## Institutionnalisation de la tarification basée sur les coûts

Après la mise en place du système de tarification, y compris le système de collecte régulière de nouvelles informations sur les coûts, il faudrait déclencher le cycle indiqué ci-dessous tous les deux ou trois ans. Dans l'intervalle, un simple ajustement standard de l'inflation peut être apporté aux tarifs.



## Bibliographie

- Audibert, M., Y. Duhkan, C. Grimaldi, C. Korachais, and J. Mathonnat. 2011. *Amélioration de l'accessibilité financière aux soins et orientations pour des stratégies de financement de la gratuité au MALI*. Clermont-Ferrand: Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International, Université d'Auvergne.
- Balique, H., M. Marquis, M. Sy, and O. Sissoko. 2021. *Détermination du coût des soins dans le cadre du projet de financement basé sur les résultats (PACSU) au Mali - Rapport Provisoire*. Bamako: Ministère de la Santé et du Développement Social, Banque Mondiale, PACSU.
- Barber, S., L. Lorenzoni, and P. Ong. 2019. *Price setting and price regulation in health care: Lessons for advancing universal health coverage*. Geneva: World Health Organization and Organization for Economic Cooperation and Development.
- Chen, D. 2016. Assistance technique de la Banque Mondiale sur le financement de la santé en Tunisie : Etude sur l'assistance médicale gratuite (No. 106474, pp. 1-1). The World Bank.
- Cokins, G. 1996. *Activity Based Costing Making It Work*. McGraw Hill.
- Kipp, R. and L. Baveja. 2013. Developing nations can gain from better bundled-payment information: Revamped pricing standards lead to improved delivery of healthcare.
- Langenbrunner, J., C. Cashin, and S. O'Daugherty. 2009. *How-to Manuals Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC: World Bank.
- Mathauer, I., and F. Wittenbecher. 2012. *DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges*. Geneva : World Health Organization.
- Mathauer, I., and F. Dkhimi. 2021. *Guide analytique pour l'évaluation d'un système mixte de paiements des prestataires*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Ozaltin, A., and C. Cashin. 2014. *Costing of health services for provider payment*. Washington, DC: Joint Learning Network.
- Regional Office for Africa. 2016. *Assessment of Medicine Pricing and Reimbursement Systems in Health Insurance Schemes*. Brazzaville: World Health Organization.
- Vilcu, I., B. Mbuthia, and N. Ravishankar. 2020. Purchasing reforms and tracking health resources, Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 126-131.
- Waters, H. 2001. Application of activity-based costing (ABC) for a Peruvian NGO healthcare provider. *International Journal of Health Planning and Management*.

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](mailto:policyinfo@thepalladiumgroup.com)  
[www.healthpolicyplus.com](http://www.healthpolicyplus.com)

