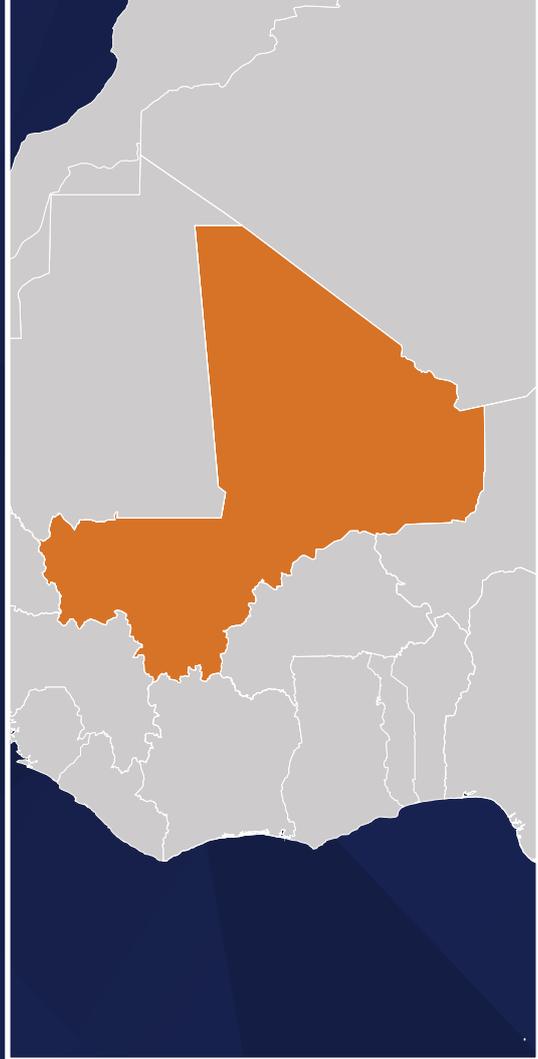


Mai 2022



RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME MIXTE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES AU MALI



MAI 2022

Cette publication a été préparée par Loriade Akin-Olugbade et Marty Makinen du projet Health Policy Plus.

Citation suggérée : Akin-Olugbade, L. et Makinen, M. 2022. *Recommandations pour la mise en place d'un système mixte de paiement des prestataires au Mali*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.

ISBN : 978-1-59560-313-5

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 des matières

Abréviations	ii
Remerciements.....	iii
Introduction	1
Méthodologie	1
Approche.....	1
Paramètres de la revue d'expériences internationales.....	1
Résultats de la revue documentaire et de l'entretien	2
Introduction au système mixte de paiement des prestataires	2
Méthodes de paiement des prestataires.....	2
Raisons de l'adoption des systèmes mixtes dans plusieurs pays	3
Les options de création d'un système de paiement mixte au Mali	4
Étude de cas : Le système de paiement des prestataires au Ghana	5
Avantages et inconvénients du système mixte de paiement des prestataires	6
Recommandations pour concevoir et mettre en place un système mixte de paiement des prestataires	7
Facteurs d'attention pendant la conception du système.....	7
Étapes de mise en place du système	7
Aperçu des étapes.....	8
La feuille de route pour la mise en place du système mixte de paiement.....	8
Conclusion.....	10
Bibliographie	11

Abréviations

CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CSCOM	Centre(s) de santé communautaire
CSREF	Centre(s) de santé de référence de cercle
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
FBF	Financement basé sur la performance
GHM	Groupes homogènes de malades (méthode de paiement de prestataires)
HP+	Health Policy Plus
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
JLN	Réseau d'apprentissage conjoint pour la CSU
MSDS	Ministère de la Santé et du Développement Social
NHIA	Autorité nationale de l'assurance maladie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

Remerciements

Les auteurs remercient Anthony Gingong, expert en financement de la santé et ancien Directeur du Département de Paiement des Prestataires du National Health Insurance Authority (NHIA) au Ghana, pour l'entretien qu'il leur a accordé dans le cadre de la rédaction de ce rapport. Leurs remerciements vont également à l'endroit de l'ensemble du personnel de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) pour leur franche collaboration. Ils remercient Nam Modeste Somey, Sidi Yeya Cisse du bureau de l'USAID au Mali, et Ousmane Sissoko, Conseiller en Financement de la Santé, pour leurs commentaires sur le projet du rapport. Merci aussi aux responsables de la mise en œuvre du projet Health Policy Plus (HP+) au Mali : le Directeur Seydou Traore, Sara Stratton et Mackenzie Schiff.

Introduction

En 2018, le gouvernement du Mali a adopté une loi pour consolider les différents régimes d'assurance sanitaire sous un seul régime – le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Le RAMU est établi pour couvrir tous les Malien(ne)s en leur apportant un paquet de soins de base défini par le Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS) dans son Plan National pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Le RAMU doit être administré par une agence semi-autonome publique, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). À ce jour, le Mali continue d'enregistrer des progrès vers la CSU. L'un des défis à relever est le recours à des approches non passives c'est dire stratégiques en matière d'achat de services de santé, notamment le recours à la méthode de paiement des prestataires à l'acte.

Le projet Health Policy Plus (HP+), financé par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (*United States Agency for International Development*, USAID), a évalué les forces et les faiblesses du système de paiement actuel des prestataires par la CANAM à la lumière des opportunités présentées par l'introduction du RAMU pour harmoniser les différents régimes d'assurance sanitaire consolidés sous ce régime d'assurance. L'évaluation a révélé que le système en cours incite les prestataires à fournir plus de services que nécessaires par patient, en particulier les services qui sont plus rentables pour les prestataires. Sur la base des preuves recueillies, la mise en œuvre d'un système de paiement mixte est susceptible d'atténuer ce problème et d'encourager une plus grande concentration sur la qualité des services.

Ainsi, HP+ a entrepris une analyse d'expériences internationales pour identifier les paramètres, les avantages et les désavantages d'un système mixte de paiement des prestataires de santé afin d'informer et d'appuyer la CANAM dans la conception d'un tel système. Ce rapport contient les résultats de l'analyse et des recommandations pour la mise en œuvre de ce système au Mali.

Méthodologie

Approche

L'analyse a commencé par une revue d'expériences documentées afin d'examiner les éléments du système mixte de paiement des prestataires, ses avantages, ses inconvénients, et les étapes du processus de sa mise en place dudit système. Un entretien avec Dr. Anthony Gingong, Expert en financement de la santé et Spécialiste du système mixte de paiement des prestataires au Ghana, a livré plus d'informations.

Paramètres de la revue d'expériences internationales

Les expériences internationales ont été recueillies dans des rapports, des articles, et des études sur les méthodes des systèmes mixtes de paiement des prestataires à travers le monde, en particulier en Afrique, qui ont été identifiés à partir de recherches sur Google et Google Scholar. Les mots clés des recherches étaient les suivants : « transition », « paiement des prestataires de santé », « système de paiement », « système mixte de paiement » et « mécanismes de paiement des prestataires. »

Résultats de la revue documentaire et de l'entretien

Introduction au système mixte de paiement des prestataires

Méthodes de paiement des prestataires

Langenbrunner, Cashin et O'Daugherty (2009) disent que trois caractéristiques permettent de définir et de différencier les méthodes de paiement des prestataires :

- Le montant à payer aux prestataires est **décidé** de manière prospective (à l'avance) ou rétrospective (après la prestation des services)
- Le paiement des prestataires est **effectué** de manière prospective ou rétrospective
- Le paiement aux prestataires est lié aux intrants utilisés (ex. les salaires des prestataires ou les coûts pharmaceutiques) ou aux extrants produits (ex. les services de santé).

Les méthodes prospectives de paiement de prestataires sont les lignes budgétaires, le budget global, et la capitation tandis que les méthodes rétrospectives sont le paiement à l'acte, le paiement au cas par cas, et les per diem (Mathauer et Dkhimi, 2018). Les définitions des méthodes de paiement des prestataires sont inscrites dans l'**Encadré 1** ci-dessous.

Encadré 1 : Définitions des méthodes de paiement des prestataires de santé

Le paiement à l'acte (*fee-for-service*) : « Revenu égal à la multiplication du nombre d'actes réalisés par le prix de chaque prestation (fixé par négociation entre les organismes payeurs et les professionnels de santé) »

Le paiement au cas par cas : « Taux fixe prédéterminé pour chaque cas traité. »

Le paiement par groupes homogènes de malades (GHM) : Classification par groupes des types de cas hospitaliers cliniquement similaires et qui utilisent une quantité similaire de ressources hospitalières. Le regroupement est basé sur les diagnostics mais peut aussi être basé sur les procédures médicales, l'âge, le sexe, et la présence de complications ou de comorbidités chez le patient.

Le paiement par budget global : Rémunération des coûts d'un ensemble de services de santé fournis pendant une période donnée. Cette méthode de paiement peut être basée sur les intrants, les extrants, ou une combinaison des deux.

Le paiement par capitation : Paiement à l'avance pour une période déterminée, d'un tarif fixe prédéterminé pour un ensemble de services de santé fournis pour chaque patient inscrit auprès du prestataire de santé.

Le paiement par ligne budgétaire : Montant fixe payé à un prestataire pour couvrir les coûts d'intrants spécifiques (ex. le personnel, les services publics, les médicaments) pendant une période donnée

Adapté de : Franc, 2001 et Langenbrunner et al., 2009

Bien que la méthode de paiement par capitation soit très controversée, selon Langenbrunner et al. (2009), elle est efficace (tout comme le paiement au cas par cas et le paiement par budget global). Les expériences internationales documentées démontrent que la capitation, le paiement par groupes homogènes de malades (GHM), et le paiement par budget global peuvent aider à maîtriser les coûts des soins de santé en incitant les prestataires à réduire le volume des services fournis. En particulier, le paiement par budget global et la capitation ont des coûts administratifs inférieurs à ceux de la rémunération à l'acte. En effet, les prestataires ne sont pas payés en fonction du volume de services qu'ils fournissent ou du nombre des intrants qu'ils utilisent pour fournir les soins de santé (Alshreef, 2019). Dans certains pays, l'adoption d'une politique de paiement au cas par cas a réduit la durée de traitement des clients hospitalisés (Alshreef, 2019).

Le **Tableau 1** ci-dessous est l'adaptation d'un tableau qui figure dans le Rapport sur la santé dans le monde de l'année 2000 (p. 106). Il présente les spécificités de quatre méthodes de paiement : la ligne budgétaire, le budget global, la capitation, et le paiement par groupes homogènes de malades (GHM).

Tableau 1. Les effets de quatre méthodes de paiement sur le comportement des prestataires

Méthodes de paiement	Prévention des problèmes de santé	Prestation de services de santé	Réponse aux attentes légitimes	Maîtrise des coûts
Ligne budgétaire	+/-	--	+/-	+++
Budget global	++	--	+/-	+++
Capitation (avec compétition)	+++	--	++	+++
Groupes homogènes de malades (GHM)	+/-	++	++	++

Adapté de Rapport sur la santé dans le monde, 2000

Légende : +++ effet très positif ; ++ quelques effets positifs ; +/- peu ou pas d'effet variable ; -- quelque effet négatif ; --- effet très négatif

Ce tableau indique que les méthodes de paiement qui permettent de maîtriser au mieux les coûts des services de santé sont les lignes budgétaires, le budget global, et la capitation. Comparée aux autres méthodes, la capitation a un effet plus positif sur le comportement des prestataires en termes de prévention des problèmes de santé. Aussi, la méthode de paiement au cas par cas est la seule à avoir un effet positif sur le comportement des prestataires en ce qui concerne la prestation de services de santé. Ces informations confirment l'utilité de combiner différentes méthodes de paiement de prestataires pour améliorer le comportement des prestataires et éventuellement améliorer le système de santé et les résultats de santé.

Raisons de l'adoption des systèmes mixtes dans plusieurs pays

Depuis quelques années, les experts en financement de la santé encouragent les pays à évoluer vers la politique de l'achat stratégique des services de santé afin de réaliser des progrès significatifs vers la CSU. L'achat stratégique offre un point d'entrée pour l'opérationnalisation de la stratégie de financement de la santé du pays et, selon l'OMS : « L'achat stratégique concerne le pouvoir et les relations de pouvoir, et dans notre travail, nous ne devons pas hésiter à aborder les questions d'économie politique » (Rapport sur la

santé dans le monde, 2017). Mathauer et Dkhimi (2018) ont énoncé les questions suivantes comme étant les éléments clés de l'achat stratégique :

1. **La spécificité du paquet de services** : Quels services sont couverts et par quels prestataires ? Quels sont les droits des prestataires ? Quelles sont les obligations des prestataires ? Quel est le processus de détermination du, de révision, et de mise à jour du contenu du paquet de services ?
2. **Modes de paiement du prestataire** : Comment les prestataires sont-ils payés ? Quelles sont les méthodes de paiement offertes ? Ces méthodes sont-elles alignées les unes avec les autres et avec les objectifs du secteur de la santé ? Comment les prestataires sont-ils incités à améliorer leurs performances ?
3. **Données et gestion des informations** : Comment les informations pertinentes sont-elles générées, gérées, et analysées pour informer les décisions d'achat (par ex. les décisions sur l'allocation des ressources, la conception du système de paiement, le suivi, etc.) ?
4. **Modalités de gouvernance** : Comment l'agence de paiement (la CANAM) est-elle supervisée ? Quelles sont les procédures pour coordonner et harmoniser les différents acheteurs ? Comment les aligner avec les autres mécanismes de soutien pour renforcer la performance du système ?

La création d'un système mixte de paiement des prestataires, en particulier un système avec des objectifs clairs et alignés, peut enclencher la transition vers l'achat stratégique et même modifier l'architecture du financement de la santé dans le pays (Rapport sur la santé dans le monde, 2017).

Les options de création d'un système de paiement mixte au Mali

Les systèmes de paiement des prestataires qui sont intentionnellement alignés peuvent être classés en quatre catégories selon Feldhaus et Mathauer (2018) : (i) les modèles de paiement mixtes, (ii) les modèles de paiement groupés, (iii) des récompenses pour maîtriser les coûts des services (généralement ajoutées à un système de paiement de base), et (iv) les mécanismes de partage des coûts alignés sur les différentes méthodes de paiement (Feldhaus et Mathauer, 2018). Ce rapport fait des recommandations pour instaurer un modèle de paiement mixte au Mali. Le modèle se caractérise par une superposition des différents modèles de paiements et/ou des types d'incitations pour les prestataires qui sont complémentaires (Feldhaus et Mathauer, 2018).

Il existe plusieurs exemples de systèmes mixtes de paiement des prestataires. Le Guide Analytique de l'OMS contient l'exemple d'un pays où « le Ministère des finances paie les salaires, [tandis] qu'une caisse d'assurance maladie paie les services, tous les paiements allant au même prestataire » (Mathauer et Dkhimi, 2018). Dans un autre exemple, il est indiqué que « le Ministère des finances paie directement les salaires ; les autres lignes budgétaires sont payées par le Ministère de la santé ; [et] une autre agence fournit les paiements supplémentaires liés à la performance (financement basé sur la performance) - le tout au même prestataire » (Mathauer et Dkhimi, 2018). (Le financement basé sur la performance est un système incitatif qui peut être utilisé pour pousser les prestataires à améliorer la qualité des services fournis vers l'atteinte d'un objectif voulu). Dans ces deux exemples, plusieurs acheteurs, dont le Ministère des finances, paient le même prestataire de santé.

Le choix des méthodes de paiement à inclure dans le système mixte dépend de la méthode de paiement de base ainsi que des capacités et des ressources de l'acheteur. Par exemple, lorsque la méthode de base est le paiement à l'acte, plusieurs transactions sont requises pour effectuer la transmission, la réception et la validation d'une grande quantité de données

entre les prestataires et les payeurs. Aussi, un système de paiement mixte crée plusieurs types de paiements et plusieurs types d'incitations pour les prestataires. Les incitations peuvent modifier les services que les prestataires fournissent et la façon dont ils les fournissent. Si les prestataires ne peuvent pas répondre aux incitations comme ils veulent, il est possible que les résultats soient diminués ou contradictoires (Cashin et al., 2015). Mathauer et Dkhimi (2018) expliquent que le système idéal incite les prestataires à :

- Fournir le traitement requis au juste niveau de prestation en se conformant aux directives cliniques et aux bonnes pratiques
- Offrir la même qualité de traitement à tous les patients en fonction de leurs besoins
- Fournir les services au bon moment, au juste niveau de soins requis pour assurer un continuum de soins avec une orientation et une contre-orientation appropriées
- Allouer et affecter les ressources au sein de l'établissement en fonction des priorités et des besoins de santé à partir de données probantes.

Étude de cas : Le système de paiement des prestataires au Ghana

Le Ghana a effectué plusieurs réformes du système de paiement des prestataires au cours des 20 dernières années pour remédier aux inconvénients et aux inefficacités de chaque méthode. Tout a commencé quand le gouvernement du Ghana a créé le régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme, NHIS) en 2003 avec le paiement à l'acte comme modèle de paiement des prestataires. En 2008, le gouvernement a introduit la méthode du paiement par groupes homogènes de malades (GHM) (paiement au cas par cas) à tous les niveaux du système de santé. Cette réforme a créé un système mixte de paiement des prestataires et engendré des effets négatifs : il y a eu une « escalade des coûts » d'utilisation des services et de soumission des demandes de remboursement des frais des services de santé fournis (Andoh-Adjei et al., 2019). Par conséquent, le gouvernement a introduit un nouveau mécanisme en 2012 : le paiement par capitation.

Le mécanisme de paiement par capitation a été piloté dans la région Ashanti et n'a pas été bien accueilli. Les prestataires de santé et les organisations de société civile ont protesté à cause du manque de transparence et de leur non-implication dans la conception et dans la mise en œuvre du mécanisme (Andoh-Adjei et al., 2019). Néanmoins, en 2015, la politique de paiement par capitation a été appliquée dans trois autres régions (Upper West, Upper East, et Volta). Les résultats étaient similaires à ceux de la région Ashanti. En 2017, le gouvernement du Ghana a suspendu la mise en œuvre de la politique de capitation pour une période indéfinie.

En 2019, un sondage de 173 prestataires de santé, dont 72 prestataires qui exercent dans la région Ashanti, a révélé que la majorité des prestataires préfère la méthode de paiement par groupes homogènes de malades (GHM) (Andoh-Adjei et al., 2019). Plusieurs participants à l'étude d'Andoh-Adjei (2019) se sont faiblement identifiés à la phrase : « Le taux de capitation est suffisant pour couvrir les frais du service ambulatoire des clients assurés » dans le sondage indiquant ainsi leur désaccord avec cette assertion. Les prestataires préfèrent la méthode GHM et le paiement à l'acte pour le paiement des services ambulatoires primaires (Andoh-Adjei et al., 2019).

En tant qu'ancien Directeur du Département de Paiement des Prestataires de la NHIA au Ghana, Dr. Anthony Gingong pense que le paiement par capitation est toutefois une bonne méthode qui permet de contrôler le nombre de demandes de remboursements et les coûts de

prestation des services. Selon lui, la méthode n'a pas eu les résultats escomptés parce qu'elle a été introduite :

- Au mauvais moment politiquement (le parti de l'opposition politique était au pouvoir)
- Dans un contexte où les prestataires privés représentaient la majorité des prestataires de santé et ne voulaient pas de ce système de paiement
- Sans identification et implication appropriées de toutes les parties prenantes au système
- Sans sensibilisation adéquate de la population (à travers les acteurs clés)

L'expérience ghanéenne démontre l'importance de connaître et de tenir compte des facteurs clés de la mise en place d'un système de paiement des prestataires. Ce n'est pas surprenant que les prestataires n'aiment pas le système de paiement qui limite leur capacité à fournir plus de services pour gagner plus d'argent. Ainsi, le payeur doit trouver un système qui permette une maîtrise globale des coûts tout en satisfaisant les prestataires. C'est pourquoi il est recommandé d'avoir une phase de concertation, de discussion, et de négociation entre le payeur et les prestataires avant de mettre en place un nouveau système de paiement. Il faut aussi communiquer au grand public l'évolution des modes de paiement des prestataires et leurs implications pour les patients.

Avantages et inconvénients du système mixte de paiement des prestataires

Quand il est bien conçu et mis en œuvre, le système mixte de paiement présente plusieurs avantages. Le système génère plusieurs types d'incitations pour influencer le comportement des prestataires, notamment le comportement par rapport au volume et à la qualité des services de santé que les prestataires fournissent (Mathauer et Dkhimi, 2018). Le système mixte de paiement aide à atteindre les objectifs de la politique de santé du pays en améliorant l'accès aux services de haute qualité, l'équité, et l'utilisation efficace et efficiente des ressources dans le but de maîtriser les coûts des prestations de santé (Langenbrunner et al., 2009). Néanmoins, parfois les modes de paiement et/ou les tarifs ne sont pas alignés et ils créent un financement fragmenté (Mathauer et Dkhimi, 2018). Si les méthodes de paiement ne sont pas bien alignées, le système mixte peut avoir des effets néfastes sur la stratégie de maîtrise des coûts des services, l'efficacité, l'équité, la qualité des prestations de santé et la protection financière selon Mathauer (2017).

Recommandations pour concevoir et mettre en place un système mixte de paiement des prestataires

Facteurs d'attention pendant la conception du système

Sur la base de son expérience au Ghana, Dr. Gingong suggère de considérer les facteurs suivants dans la conception du système mixte de paiement des prestataires au Mali :

- Les différents types de prestataires dans le pays
- Les niveaux de prestation de services (il faut tenir compte des variations du coût des services fournis aux différents niveaux du système de santé)
- Les types de services fournis dans chaque établissement de santé
- Le rôle de l'État vis-à-vis de chaque prestataire (est-ce qu'il paie pour tous les prestataires ?)
- Les tarifs qui seront appliqués pour les services de santé
- Le paquet de services qui seront payés
- Le calendrier ou l'échéancier de paiement des prestataires
- Comment les prestataires seront-ils payés
- Les méthodes pour évaluer la performance des prestataires¹
- Les tests d'assurance qualité
- Les systèmes informatiques nécessaires pour gérer le système
- La bonne gouvernance et la responsabilisation de toutes les parties prenantes au système
- L'inflation
- Le cadre juridique du système.

Un système de paiement qui tient compte de ces facteurs aidera le Mali à progresser vers la CSU.

Étapes de mise en place du système

Les documents que nous avons consultés ne présentent pas une liste des étapes de la mise en œuvre du système mixte de paiement des prestataires. Toutefois, l'exploitation de certains documents et les informations que Dr. Gingong a partagées ont permis de concevoir un aperçu des étapes de mise en place du système et d'obtenir un modèle de feuille de route pour mettre en œuvre un système mixte de paiement au Mali.

¹ La CANAM peut réaliser des entrevues avec les prestataires, des sondages auprès des clients ou encore des inspections des établissements de santé pour évaluer la performance des prestataires. Les indicateurs suivants peuvent aussi faciliter l'évaluation des performances : le nombre de consultations effectuées par habitant, le taux de vaccination (par exemple le nombre de doses de DTC3 administrées par habitant pour les nouveau-nés de moins de 12 mois dans la population du bassin versant), le taux d'accouchements qui assistés par un prestataire qualifié (par rapport au nombre estimé de grossesses dans une zone de chalandise), ou le nombre de contraceptions délivrées en couple-années de protection (dans la population cible des femmes en âge de procréer).

Aperçu des étapes

Mathauer et Dkhimi (2018) expliquent comment analyser un système mixte de paiement des prestataires dans le Guide Analytique de l'OMS. Cette description des étapes d'analyse du système mixte permet de proposer des étapes de mise en place de ce système (voir le Tableau 2).

Tableau 2. Aperçu des étapes de mise en place du système mixte de paiement des prestataires

N°	Objectif de l'étape	Activités
1	Cartographier le contexte global, les acheteurs, les prestataires et les méthodes de paiement	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographier et évaluer comment les récentes réformes clés du système de santé et du financement de la santé peuvent avoir un impact sur le système de paiement à court ou à moyen terme • Cartographier les différents types d'acheteurs • Cartographier les différents types de prestataires de santé • Cartographier les différentes méthodes de paiement, y compris les mécanismes de partage des coûts, en tenant compte de leur fonctionnement dans la pratique
2	Choisir un système de paiement en fonction des incitations qui seront créées pour les prestataires et leur influence sur le comportement des prestataires et les objectifs de la CSU	<ul style="list-style-type: none"> • Penser au niveau d'autonomie des prestataires pour l'utilisation des différentes sources de revenus • Penser aux incitations de chaque méthode de paiement pour chaque catégorie de prestataire • Penser aux effets potentiels du système mixte de paiement sur le comportement de chaque catégorie de prestataire • Penser aux effets du système de paiement sur les objectifs de la CSU pour toutes les catégories de prestataires et pour la population
3	Évaluer les effets potentiels du système de paiement sur le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les effets et impacts du système mixte de paiement
4	Développer des dispositifs de gouvernance et évaluer leurs effets sur le paiement des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des dispositifs pour améliorer le fonctionnement du système de paiement des prestataires et aligner les différentes méthodes de paiement • S'assurer que les facteurs liés à la gouvernance ne conduisent pas à une divergence entre la conception et le fonctionnement du système de paiement des prestataires
5	Développer des politiques	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la politique du système mixte de paiement des prestataires contribue à atteindre les objectifs de la CSU • Aligner les modes de paiement chez chaque acheteur (c'est-à-dire que les incitations doivent être cohérentes) • Aligner la combinaison des méthodes de paiement entre les acheteurs (c'est-à-dire qu'il faut harmoniser les méthodes et les taux de paiement, et harmoniser la gestion des réclamations, des rapports et des autres procédures administratives) • Identifier des mesures simultanées portant sur les facteurs de gouvernance qui affectent le fonctionnement du système mixte de paiement des prestataires

Adapté de Mathauer et Dkhimi, 2018, p.17

La feuille de route pour la mise en place du système mixte de paiement

D'une manière spécifique, une expérience de réforme du système de paiement des prestataires en Mongolie peut orienter la feuille de route de mise en place du système au Mali. La feuille de route a été développée dans le cadre du programme *Joint Learning Network for Universal Health Coverage* (JLN). La Figure 1 ci-dessous est adaptée de la version originale (voir Cashin et al., 2015).

Figure 1 : Feuille de route pour la mise en place du système mixte de paiement des prestataires en Mongolie

DANS LE COURT TERME : 6 MOIS (AJUSTEMENTS URGENTS)

Ligne budgétaire : Faire une proposition au Ministère des Finances pour commencer progressivement à consolider et à réduire les lignes budgétaires (dans le cadre de la Loi de finances actuelle)

Plafonds budgétaires basés sur le volume/la demande des services : Effectuer une analyse du volume, du besoin/de l'utilisation et de la géographie/de l'accès pour tous les prestataires

Paiement hospitalier basé sur les GHM : Effectuer une analyse pour examiner les groupes de cas actuels et les distributions des coûts par cas dans chaque groupe

Paiement par capitation des soins de santé primaire : Utiliser les projections démographiques de l'Office National des Statistiques. Analyser le statut juridique et réglementaire des pratiques de groupe pour assurer la flexibilité. Effectuer une analyse des coûts du paquet de soins primaires pour créer le taux de base et développer des coefficients d'ajustement géographique.

Paiement des services ambulatoires spécialisés : Effectuer une analyse du volume et de la prestation des services de chirurgie, de réadaptation, de cancérologie, de soins de longue durée, de soins d'urgence et de dialyse.

DANS LE MOYEN TERME : 18 MOIS (REVISIONS FONDAMENTALES)

Ligne budgétaire : Commencer à consolider et à réduire les différents éléments de la ligne budgétaire pour former, exécuter et rapporter sur le budget

Plafonds budgétaires basés sur le volume/la demande des services : Envisager la création d'une formule pour fixer les plafonds budgétaires qui introduit progressivement un élément de volume sur plusieurs années

Incitations à l'efficacité et à la qualité : Evaluer les options pour disposer des excédents et les utiliser plus efficacement pour améliorer le secteur de la santé

Paiement hospitalier basé sur les GHM : Développer des scénarios pour les nouveaux groupes de cas et un taux de base ajustable pour maintenir la neutralité budgétaire. Effectuer une analyse de simulation.

Paiement par capitation des soins de santé primaire : Créer une nouvelle formule de calcul du taux de base, ajouter des coefficients d'ajustement géographique, introduire un mécanisme pour tenir compte des populations mobiles et migrantes, et introduire le choix de la population là où un choix efficace est possible.

Paiement des services ambulatoires spécialisés : Evaluer les options de paiements groupés, y compris le paiement pour la gestion de cas pour les maladies chroniques

DANS LE LONG TERME : 3-5 ANS (REALIGNEMENT DES SYSTEMES DE PAIEMENT)

Combinaison de systèmes de paiement avec un plafond global au niveau du prestataire

Services hospitaliers : (1) budget global, (2) paiement basé sur les GHM, (3) rémunération à l'acte limitée

Soins de santé primaire : capitation avec une incitation à offrir des soins de qualité

Services spécialisés ambulatoires : (1) budget limité ou inexistant, (2) paiement groupé basé sur l'activité avec un plafond et des incitations pour la gestion de la maladie, et (3) paiement à l'acte limité

Plafonds budgétaires basés sur les activités et les besoins de la population

Plus de flexibilité pour que les prestataires puissent réorganiser les dépenses des lignes budgétaires entre les différents postes

Des incitations supplémentaires à l'efficacité et à la qualité – par exemple, renforcer le rôle des contrats de performance, certains réinvestissements des excédents

Paiement hospitalier basé sur les GHM : Augmenter le nombre de groupes de GHM et tenir compte de la gravité des maladies et des comorbidités ; utiliser un taux de base ajustable pour maintenir la neutralité budgétaire

Paiement par capitation des soins de santé primaire : Développer les incitations à la promotion de la santé et à la prévention ; utiliser la base de données d'enregistrement électronique de la population pour la capitation.

Paiement des services ambulatoires spécialisés : Introduire un paiement groupé basé sur l'activité avec un plafond et des incitations pour la gestion des maladies chroniques.

Conclusion

Dans le cadre du projet HP+, ce rapport a été rédigé pour appuyer la CANAM dans la conception d'un système mixte de paiement des prestataires de santé qui les incite à fournir des services rentables et de bonne qualité. L'équipe du projet HP+ a parcouru des rapports, des articles, et des études sur diverses expériences internationales et s'est entretenue avec un informateur clé ghanéen afin de proposer à la CANAM : (1) une liste de questions à se poser avant et pendant la conception du système, (2) une liste de facteurs dont il faut tenir compte pendant la conception et la mise en place du système, (3) un aperçu des étapes de mise œuvre du système, et (4) une feuille de route contenant des activités à effectuer dans le court, moyen, et long terme. Ce rapport aidera la CANAM à faciliter des discussions importantes pour reformer le système de paiement des prestataires au Mali.

Bibliographie

Alshreef, A. (2019). Provider Payment Mechanisms: Effective Policy Tools for Achieving Universal and Sustainable Healthcare Coverage, dans Taveres, A.I., ed, *Universal Health Coverage*, IntechOpen.

Andoh-Adjei, F.-X., Nsiah-Boateng, E., Asante, F. A., Velden, K. v. d., et Spaan, E. (2019). Provider preference for payment method under a national health insurance scheme: A survey of health insurance-credentialed health care providers in Ghana. *PLoS ONE* 14(8): e0221195.

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

Feldhaus, I., et Mathauer, I. (2018). Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: A Structured review of the literature. *BMC Health Services Research* 18(996).

Franc, C. (2001). Mécanismes de rémunération et incitations des médecins. *Économie publique/Public economics [En ligne]*, 09(3).

<http://journals.openedition.org/economiepublique/553>

Langenbrunner, J.C., Cashin, C., et O'Dougherty, S. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-to Manuals*. Washington, DC: World Bank.

Mathauer, I. (2017, Avril 25). Mixed provider payment systems: What are the issues? [diapositives PowerPoint]. World Health Organization Department of Health Systems Governance and Financing. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/strategic-purchasing/d1-s2-mathauer-who.pdf?sfvrsn=75e9cb0f_2

Mathauer, I. et Dkhimi, F. (2018). *Analytical Guide to Assess a Mixed Provider Payment System. A Guidance Document*, Department of Health Systems Governance and Financing. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2000). *World Health Report: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Strategic Purchasing for UHC: Unlocking the Potential - Global Meeting Summary and Key Messages*. 25-27 April. Geneva: World Health Organization.

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

