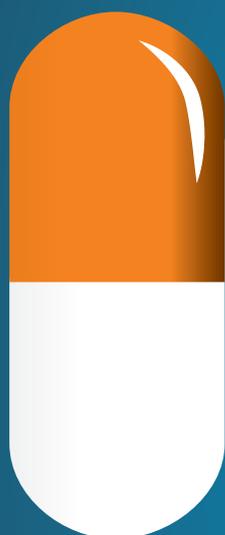


Améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé en Afrique



Achat de services hospitaliers en Afrique du Sud



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé en Afrique

Achat de services hospitaliers en Afrique du Sud



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	iv
Acronymes et abréviations	v
Remerciements	vi
1. Introduction	1
2. Financement des hôpitaux en Afrique du Sud : une vue d'ensemble	2
2.1 Élaboration du budget	2
2.2 Affectations aux provinces	2
2.3 Financement des services de santé publique	3
3. (In)efficiences des dépenses de santé	5
4. La solution : établir des mécanismes de financement de la santé appropriés	8
4.1 Détermination réaliste des coûts et affectation des ressources	8
4.2 Mettre en place un acheteur actif des services	8
4.3 Gouvernance des prestataires	8
4.4 Remboursement des prestataires	9
5. Discussion	10
6. Travail en groupes	11
Références	12

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 :	Parts équitables en matière de santé (système actuel et exemple de scénarios)	3
-------------	---	---

Figures

Figure 1 :	Flux financiers publics destinés à la santé (2015/16)	4
Figure 2 :	Dépenses publiques de santé par niveau et par province (2015/16)	4
Figure 3 :	Évolution des dépenses par niveau de soins et par province	5
Figure 4 :	Diagramme du lasso de la productivité des hôpitaux de district	6
Figure 5 :	Diagramme du lasso de la productivité des hôpitaux provinciaux	7
Figure 6 :	Diagramme du lasso et implications pour les hôpitaux	7

Acronymes et abréviations

AMN	Assurance maladie nationale (NHI)
CRL	Coefficient de rotation des lits
DMS	Durée moyenne de séjour
GFP	Gestion des finances publiques
JO	Journée d'hospitalisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONG	Organisation non gouvernementale
PE	Part équitable
IGFR	Relations fiscales intergouvernementales
SFDPM	Subvention octroyée à la formation et au développement des professions médicales
SNST	Subvention nationale octroyée aux services tertiaires
SRH	Subvention octroyée à la revitalisation des hôpitaux
TMS	Taux de mortalité standardisé
TOL	Taux d'occupation des lits

Remerciements

Les documents de référence du Dialogue politique de CABRI « Efficience des dépenses de santé » ont été préparés par Oxford Policy Management : Adrian Gheorghe, Nouria Brikci, Tafara Ngwaru, Tomas Lievens, Vimal Kumar, Alex Murray-Zmijewski et Sophie Witter. Nous tenons également à remercier Nana A Boateng (CABRI), Aarti Shah (CABRI) et Thomas Wilkinson (PRICELESS SA) pour leurs commentaires et leurs conseils fort appréciés. Auteur principal : tomas.lievens@opml.co.uk

Cette publication s'appuie sur des recherches financées en partie par la Fondation Bill & Melinda Gates et le Fonds mondial. Les constatations et les conclusions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques de la Fondation Bill & Melinda Gates ou du Fonds mondial. Les rapports de CABRI, qui décrivent les recherches effectuées par les auteurs, sont publiés pour susciter un dialogue plus approfondi.

1. Introduction

Le Gouvernement de l'Afrique du Sud consacre des dépenses considérables à la santé, en termes tant absolus que relatifs par rapport aux dépenses publiques totales. Cependant, comparés à des pays disposant de niveaux semblables de dépenses de santé par habitant, les résultats obtenus déçoivent souvent. Ce constat est dû en partie aux différences de la charge de morbidité, notamment de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud. Cependant, les inefficiences des dépenses de santé y contribuent également.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, classe les inefficiences liées aux hôpitaux parmi les dix principales causes de l'inefficience du système de la santé (OMS, 2010). Cette étude de cas examine en détail le financement des hôpitaux en Afrique du Sud et les performances en termes d'efficience ; plus particulièrement, elle propose et développe des éléments de réponse à trois questions :

1. Combien dépense réellement l'Afrique du Sud en soins hospitaliers, et quels sont les mécanismes de financement ?
2. Quelles sont les principales causes de l'inefficience des services hospitaliers ?
3. Quelles sont les solutions appropriées à mettre en œuvre pour remédier à ces inefficiences ?

Le principe essentiel de l'étude de cas concerne le rattachement du financement aux extrants hospitaliers. Dans la Partie 2, nous examinons comment l'Afrique du Sud finance les provinces, un système dans lequel la part équitable (PE) et les subventions conditionnelles jouent un rôle central. Nous montrons que, bien qu'elles permettent dans une certaine mesure un lien entre le financement et les extrants, les affectations restent largement déterminées par la population. Le système implique également que le financement hospitalier est délégué de fait aux provinces, qui fournissent aux hôpitaux des budgets globaux fixes qui ne récompensent pas l'amélioration de la productivité et de l'efficience. Dans la Partie 3, nous discutons des défis d'efficience auxquels sont confrontés les hôpitaux sud-africains et montrons des niveaux variables d'efficience parmi les hôpitaux publics. Puis, la Partie 4, aborde les moyens d'améliorer l'efficience des hôpitaux, qui sont axés sur le rattachement des paiements hospitaliers aux extrants hospitaliers, et d'accorder aux hôpitaux un plus grand degré d'autonomie. Bien que ces solutions soient en grande partie conçues indépendamment du système de gestion des finances publiques (GFP), il faut pour qu'elles réussissent que le système de GFP soit réformé.

2. Financement des hôpitaux en Afrique du Sud : une vue d'ensemble

Le système de santé sud-africain se compose principalement de composantes publiques et privées toutes aussi importantes, qui constituent environ 90 % du secteur, et d'un secteur d'ONG petit mais croissant, qui représente les 10 % restants. La majorité des groupes à faible revenu est servie par le secteur public, tandis que les salariés à revenu élevé sont servis par le secteur privé. Cette étude de cas porte sur la fourniture des soins de santé publics, en particulier des soins offerts par les services hospitaliers.

2.1 Élaboration du budget

Les allocations du budget national destinées aux provinces se composent essentiellement de deux composantes : une PE et des subventions conditionnelles. Le gouvernement national définit l'enveloppe globale pour l'affectation des fonds aux provinces et établit les dotations indicatives par secteur (santé, éducation, etc.) et par province (la PE). Il fixe également le montant des subventions conditionnelles – autrement dit, les crédits budgétaires prévus à des fins spécifiques, y compris la santé.

Puis, les provinces décident de la part de leur enveloppe de PE (complétée par des recettes relativement faibles d'origine locale) à utiliser pour la santé. À partir de ce budget provincial total de la santé, sera déterminée la part des ressources affectées aux hôpitaux et la part des ressources affectées aux soins de santé primaires.

Les budgets des hôpitaux publics ne sont pas déterminés par les ajustements annuels effectués par rapport aux niveaux historiques des dépenses pour tenir compte, par exemple, des augmentations de salaires du secteur public ou de l'inflation générale. Ils peuvent incorporer des réponses budgétaires à des besoins spécifiques qui se produisent de temps à autre, bien que les hôpitaux se plaignent fréquemment qu'ils sont tenus de mettre en œuvre des nouvelles politiques et priorités sans aucun financement supplémentaire (des mandats non financés). Cette situation implique que le financement des hôpitaux est en grande partie dissocié des extrants et de l'efficacité des hôpitaux.

2.2 Affectations aux provinces

Le principe qui est à l'origine d'une formule d'allocation géographique des ressources consiste au fait que les crédits

doivent être alloués à une région en fonction des besoins en service de santé de la population résidente. Le besoin se distingue en général de l'utilisation réelle, afin de refléter les besoins non satisfaits résultant de l'accès différentiel aux services. L'allocation de fonds peut également refléter des décisions politiques, de privilégier les besoins de certains groupes afin de promouvoir une répartition équitable de la santé dans l'ensemble de la population. La plupart des formules commencent habituellement par tenir compte de la taille de la population cible, puis introduisent les autres facteurs qui représentent les besoins différentiels de services entre toutes les populations de même importance.

En Afrique du Sud, le principal mode de répartition des ressources, axé sur les besoins, est la formule PE utilisée pour affecter les ressources aux services fournis par les provinces. La formule détermine d'abord quelle part est affectée à chaque secteur puis comment cette enveloppe sectorielle sera répartie entre les provinces. En 2016, la formule a alloué 48 pour cent à l'éducation, 27 pour cent à la santé, 116 pour cent aux services de base, 5 pour cent aux exigences institutionnelles, 3 pour cent à la lutte contre la pauvreté et 1 % à l'activité économique. Une fois que l'enveloppe sectorielle a été déterminée sur la base de cette dotation, l'allocation à la province par secteur se conforme au calcul de la formule de chaque secteur.

2.2.1 Part équitable

La composante santé de la formule utilise un indice de pondération par capitation (ou indice de dotation par tête à risque pondéré), ainsi que les données d'extrants des hôpitaux publics pour déterminer le montant que chaque province reçoit. En théorie, ces deux composantes s'associent bien pour équilibrer les besoins et les demandes.

Une fois que les PE sont établies, les provinces, par l'intermédiaire de leur conseil exécutif provincial, déterminent l'allocation pour chacune des fonctions ministérielles provinciales, en tenant compte des priorités qui sous-tendent la répartition des recettes, à conditions qu'elles remplissent leurs obligations de fournir les services dont elles sont responsables.

À la suite de plusieurs révisions de la formule PE, la formule actuelle tient compte de la population non couverte par

1 Une augmentation, comparée à 18 pour cent en 1998/99.

Tableau 2 : Parts équitables en matière de santé (système actuel et exemple de scénarios)

	Population uniquement (1)	Pondération de la population sans régime d'assurance maladie (2)	Part à risque pondéré (3)	Système actuel (4)	TMS pondéré (5)
Eastern Cape	12.6%	13.3%	13.4%	13.5%	13.5%
Free State	5.1%	5.3%	5.4%	5.4%	8.1%
Gauteng	24.0%	22.2%	21.9%	21.4%	20.4%
KwaZulu-Natal	19.9%	20.9%	20.8%	21.8%	23.7%
Limpopo	10.4%	10.7%	10.7%	10.4%	8.1%
Mpumalanga	7.8%	7.7%	7.8%	7.3%	8.7%
Northern Cape	2.2%	2.1%	2.1%	2.1%	2.5%
North West	6.7%	7.2%	7.2%	6.7%	7.2%
Western Cape	11.3%	10.6%	10.7%	11.3%	7.8%

Source : 2015/16 données budgétaires et calculs de l'auteur

l'assurance maladie privée et du niveau d'extrants des hôpitaux de district, et rectifie la part provinciale par les estimations de structure de la population brute pour représenter les risques sanitaires différentiels entre toutes les différentes cohortes de population.

Le Tableau 2 présente plusieurs scénarios indiquant comment différents coefficients pondérateurs affecteraient la dotation aux provinces. La colonne 1 indique une affectation hypothétique fondée sur la population provinciale uniquement (estimations en milieu d'exercice 2015/16). La colonne suivante (pondération de la population sans régime d'assurance maladie) base l'affectation sur la population non couverte par l'assurance maladie, qui utilisera probablement les établissements de santé publique. La colonne 3 ajuste la population non couverte par l'assurance maladie en fonction de la structure de la population brute (à risque pondéré) pour refléter les niveaux variables de risques sanitaires entre l'ensemble des tranches d'âge. En principe, l'âge et le sexe ont un impact sur les besoins, puisque généralement les très jeunes (les moins de 5 ans, en particulier les moins d'1 an), les femmes en âge de procréer et les personnes âgées ont des exigences relatives plus élevées pour les soins de santé. Pourtant, à un niveau de population importante, les répartitions souvent ne varient pas énormément. La part actuelle (Colonne 4) ajoute à la part à risque pondéré une pondération pour les extrants au niveau des hôpitaux, en partie pour ajuster les données en fonction des hôpitaux qui peuvent recevoir des patients provenant d'autres régions. Enfin, une allocation fondée sur les taux de mortalité standardisés (TMS) 2 est présentée dans la colonne 5.

La population de la province demeure le principal facteur de la part de chaque province, mais des différences notables peuvent être discernées lorsque l'on compare les parts de la population avec la part actuelle. Des provinces comme Gauteng et le KwaZulu-Natal qui historiquement disposent de bonnes infrastructures de santé reçoivent proportionnellement des parts inférieures à leur part de population.

2.2.2 Subventions conditionnelles³

Les subventions conditionnelles sont reçues par les provinces en plus des PE pour être dépensées selon l'objectif mandaté par le gouvernement national. Ces subventions conditionnelles sont le principal mécanisme par lequel les provinces sont responsables devant le gouvernement national de la réalisation des priorités nationales. Actuellement, les subventions conditionnelles de santé sont destinées à la lutte contre le VIH/SIDA, à la formation des professions de santé, à la revitalisation des hôpitaux et aux services tertiaires. Les trois derniers domaines profitent tous au secteur hospitalier, mais aucun n'est rattaché aux extrants.

- *La subvention nationale octroyée aux services tertiaires (SNST) (10,31 milliards de rands).* Cette subvention a pour but de compenser les provinces pour la nature supra-provinciale de la prestation des services tertiaires et de l'externalité ou des effets d'entraînement (retombées) et de fournir un financement stratégique afin de permettre aux provinces de planifier, de moderniser, de rationaliser et de transformer la plateforme de prestation des services hospitaliers tertiaires conformément aux objectifs de la politique nationale de santé, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'accès et de l'équité. Elle a donc, une fonction de compensation pour les provinces dans le cadre des dépenses (ordinaires et en capital) de services actuels fournis (y compris les flux transfrontaliers) et une fonction d'investissements pour aider les provinces ayant peu de capacités à développer leurs propres services.
- *La subvention octroyée à la revitalisation des hôpitaux (SRH) (5,4 milliards de rands).* Cette subvention est destinée à la remise en état ou au remplacement d'hôpitaux dans leur intégralité et comprend les sous-composantes de matériel médical, de la gestion hospitalière et de l'amélioration de la qualité. L'accès à cette subvention est basée sur des offres faites par les provinces au ministère de la Santé. Bien que la soumission

2 Données de 2009.

3 Les montants de subventions cités sont pour l'exercice 2015/16.

doive être accompagnée de plans, il ne semble pas qu'il existe un processus particulièrement solide pour évaluer l'option ou pour comparer les besoins relatifs entre les provinces afin de déterminer la priorité des affectations.

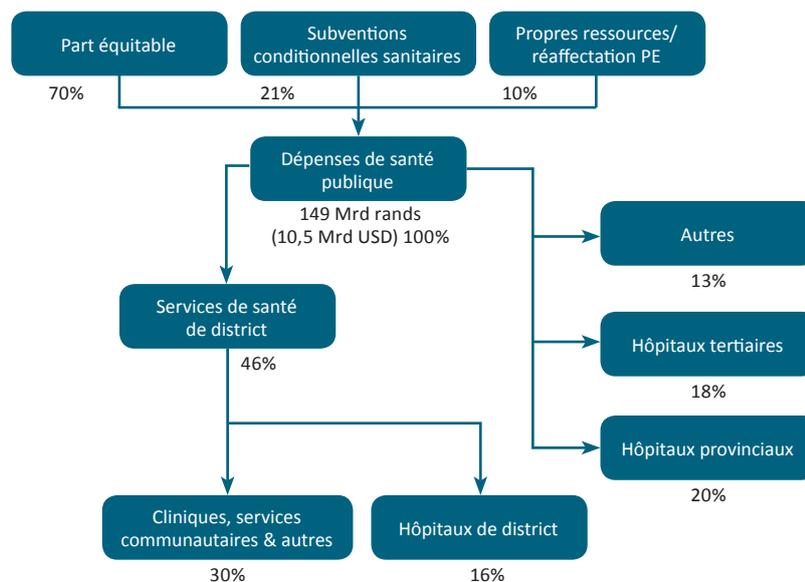
- *La subvention octroyée à la formation et au développement des professions médicales (SFDPM) (2,4 milliards de rands).* Les principaux objectifs de cette subvention visent à compenser les provinces pour les surcoûts des étudiants en médecine dans les établissements provinciaux, à compenser le temps de service réduit du personnel qualifié qui participe à des cours de formation, à compenser aussi le temps de service réduit du personnel qualifié du fait de son implication dans des activités de recherche prévues dans le cadre de leurs activités normales (s'applique exclusivement aux spécialistes) et à fournir un volet redistributif qui pourrait servir à développer la capacité de formation.

- *La subvention globale accordée à la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose (13,67 milliards de rands).* Pour cette subvention, il a été accordé une somme considérable aux provinces en 2015 pour des activités spécifiques au VIH, y compris pour les activités de dépistage, de conseils, de multithérapie, de circoncision masculine, de prophylaxie post-exposition, de prévention de la transmission mère-enfant (périnatale) et de l'intégration de la prise en charge de la tuberculose et du VIH.

2.2.3 Recettes propres

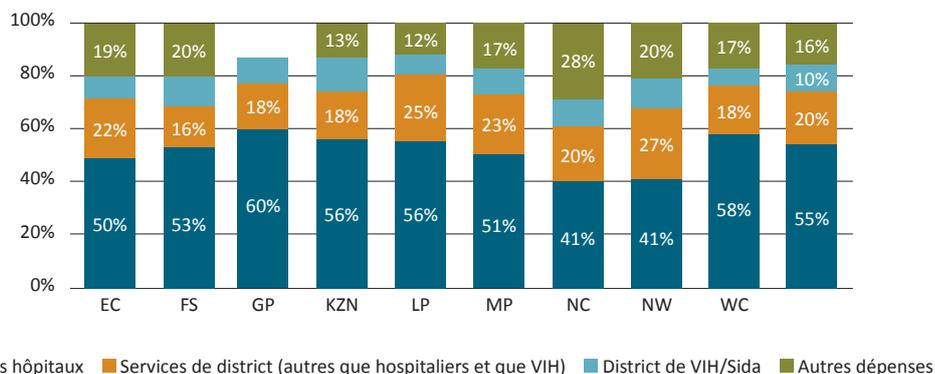
Comme troisième source de recettes, les provinces lèvent également leurs propres finances grâce à l'immatriculation des véhicules, les licences de jeu et les redevances de prestation de services. Il s'agit d'une source croissante de recettes, qui, entre 2010 et 2015 a augmenté annuellement de 13,4 % en moyenne.

Figure 1: Flux financiers publics destinés à la santé (2015/16)



Source : Dossiers de dépenses de l'IGFR, 2016 (<http://www.treasury.gov.za/publications/igfr/default.aspx>)

Figure 2 : Dépenses de santé publique par niveau et par province (2015/16)



Source : Dossiers de dépenses de l'IGFR, 2016 (<http://www.treasury.gov.za/publications/igfr/default.aspx>)

2.3 Financement des services de santé publique

En 2015/16, les fonds publics destinés aux services de santé s'élevaient à 149,45 milliards de rands (soit 10,5 milliards USD) (voir la Figure 1). La PE a contribué à 70 pour cent du financement, et les subventions conditionnelles complétées par les ressources propres composaient le reliquat.⁴ Les services de santé de district ont représenté 46 % du financement, dont 30 pour cent ont été consacrés aux cliniques, et aux services communautaires et autres services non hospitaliers. Ces derniers peuvent être considérés comme les dépenses au niveau de soins primaires, même si, il est suggéré que de nombreuses personnes obtiennent des services primaires lorsqu'elles se rendent dans des hôpitaux de district ou de niveau supérieur. Il n'y a aucun chiffre international cohérent sur la part allouée aux soins primaires, mais Saltman, Rico et Boerma (2006) suggèrent qu'un peu moins 25 pour cent des dépenses sont généralement alloués à travers l'Europe, ce qui est comparable au chiffre enregistré en Afrique du Sud.

2.3.1 Comportements de dépenses par province

Les provinces se divisent en groupes distincts en ce qui concerne les dépenses hospitalières, avec celles disposant de bonnes infrastructures hospitalières (Le Cap, Gauteng, KwaZulu-Natal et Free State) qui consacrent près de 60 % de leurs dépenses publiques aux hôpitaux.

Les hôpitaux sont financés en utilisant des budgets globaux fixes, qui sont principalement déterminés de manière historique et qui ne sont pas rattachés à des niveaux variables d'extrants au cours de l'année.

Les provinces du *Northern Cap* et du *North West* sont celles qui consacrent le moins de fonds aux hôpitaux, soit un peu plus de 40 pour cent ; au cours des cinq dernières années, les améliorations apportées aux infrastructures hospitalières dans les provinces de *Mpumalanga*, du *Limpopo* et du *Free State*, se sont traduites par des dépenses consacrées aux hôpitaux, lesquelles, dépassent un peu plus de la moitié des fonds publics alloués.

⁴ Les provinces peuvent compléter les crédits de santé soit à partir de leurs ressources propres, soit par une affectation disproportionnée à la santé à partir de la PE, et ce, au détriment d'autres secteurs.

3. (In)efficacités des dépenses de santé

À l’instar de nombreux autres pays, l’efficacité des dépenses de santé en Afrique du sud a fait l’objet d’un examen approfondi, qui a établi l’inefficacités du secteur, en général, mais aussi des hôpitaux, en particulier. Dans la province de Gauteng, la trésorerie provinciale (en collaboration avec la trésorerie nationale et le ministère de la Santé) a entrepris une étude détaillée des causes de déséquilibre financier (GDHSD, 2009), s’est traduite par un rapport détaillant les domaines où des insuffisances managériales étaient à l’origine de gaspillages. Un certain nombre d’inefficacités, notamment celles qui suivent, ont été identifiées :

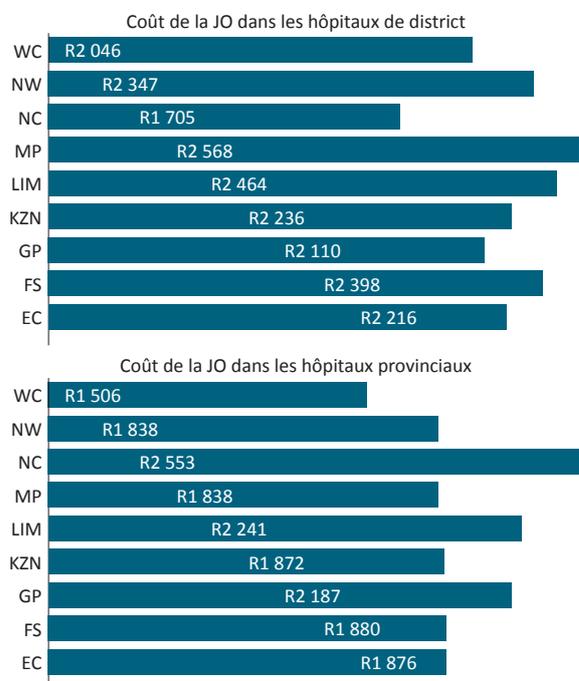
- La gestion de la passation des marchés publics (ou achats publics) et des marchés (contrats) publics qui entraîne une mauvaise optimisation des ressources, avec des prix supérieurs à ceux payés dans le secteur privé, malgré l’avantage supposé des achats publics en vrac ;⁵
- Les faiblesses de gestion de la chaîne d’approvisionnement, qui se traduisent par la non-distribution des stocks d’approvisionnement des dépôts centraux, et donc au recours par les établissements de santé à des achats d’urgence localement des mêmes produits ;
- Les fuites (résultantes d’actes de corruption) de médicaments et autres fournitures ;
- Un système d’orientation (d’aiguillage) inapproprié qui fait que des patients qui auraient pu être traités aux niveaux inférieurs et moins chers du système ont été prématurément hospitalisés ou se sont faits admettre à l’hôpital ;
- Une mauvaise administration de la paie, la présence de travailleurs fantômes et la non-utilisation de registres de présence pour attester que le personnel a vraiment travaillé au cours des heures pour lesquelles il a été rémunéré ;
- L’utilisation excessive et incontrôlée des heures supplémentaires et de travailleurs intérimaires (les salariés permanents s’attendent bien souvent à des niveaux d’heures supplémentaires dans leurs contrats qui ne peuvent pas être contrôlés par la direction de l’hôpital) ; et,

⁵ Une mauvaise planification, peut-être fondée sur le manque d’informations concernant les besoins locaux, semble expliquer au moins quelques-unes de ces pertes. Le rapport de Gauteng, cite par exemple, le cas d’un hôpital ayant autorisé un contrat de sous-traitance de restauration qui a incorporé une dépense de gestion basée sur 350 malades par jour, alors que le nombre maximum de malades à avoir été admis était de 289.

- L’utilisation des ambulances privées malgré la proximité des ambulances publiques (qui se trouvent souvent dans le périmètre de l’hôpital).

Bien qu’une analyse détaillée de l’efficacité n’ait pas été effectuée, une évaluation rapide du coût des soins par niveau fait apparaître les degrés de variation d’efficacité des dépenses, tels que mesurés en journée d’hospitalisation (JO). L’indicateur d’efficacité lie les informations financières aux données se rapportant au service d’admissions à l’hôpital et aux consultations externes.⁶

Figure 3 : Évolutions des dépenses par niveau de soins et par province



Source : Ministère de la Santé

⁶ La valeur de l’indicateur est calculée en divisant les dépenses totales de l’hôpital par le nombre de journées d’hospitalisation (JO). La valeur JO, quant à elle, est calculée en ajoutant le nombre de patients hospitalisés, plus une ½ journée de malade en traitement de jour plus 1/3 de journée de patient externe et de consultation en services d’urgence. Les résultats sont alors agrégés entre toutes les provinces pour les données de districts et provinciales.

Comme illustré à la Figure 3, le coût médian par JO dans les hôpitaux de district est de l'ordre de 1 800 rands, et cinq des neuf provinces avoisinent ce chiffre. Cependant, la province de *Western Cape* indique un coût moyen par JO qui est près de 17 pour cent inférieur à la médiane. D'autres provinces (*Northern Cape*, *Limpopo* et *Gauteng*) ont des coûts beaucoup plus élevés par JP, près de 40 pour cent plus élevés que la médiane. En supposant qu'en moyenne les mêmes éventails des cas traités (ou ensemble des soins effectués) et les mêmes prix de base, cette gamme de prix indique que certains hôpitaux de district sont beaucoup plus efficaces que d'autres. Des déductions analogues peuvent être faites à partir des données juxtaposées des hôpitaux provinciaux.

La performance relative des établissements (ou centres) de santé peut aussi être évaluée en utilisant un diagramme du lasso (une méthode de contraction des coefficients de la régression), qui compare la productivité des centres fondée à la fois sur le taux d'occupation des lits (TOL) (axe horizontal) et le coefficient de rotation des lits (CRL).

Le taux d'occupation des lits représente l'utilisation en pourcentage des lits dont dispose un hôpital sur une période d'un an. Il est calculé selon la formule suivante : *taux d'occupation des lits = journées d'hospitalisation / nombre total de lits disponibles/jour*. C'est le taux le plus couramment utilisé pour évaluer l'efficacité des hôpitaux. En général, un hôpital ayant un taux d'occupation plus élevé utilise de manière plus efficace ses ressources que ceux qui affichent un taux d'occupation inférieur. Le coefficient de rotation des lits mesure la productivité des lits d'hôpitaux et représente le nombre de patients traités par lit au cours d'une période déterminée (habituellement une année). Il est calculé comme suit : *coefficient de rotation des lits = total des admissions / nombre de lits*. En général, plus le coefficient de rotation des lits est élevé, plus l'hôpital est efficace.

Le diagramme du lasso (Figure 4, Figure 6) est divisé en quatre quadrants, basés sur des valeurs moyennes d'occupation et de rotation des lits. Le premier quadrant (I) regroupe les

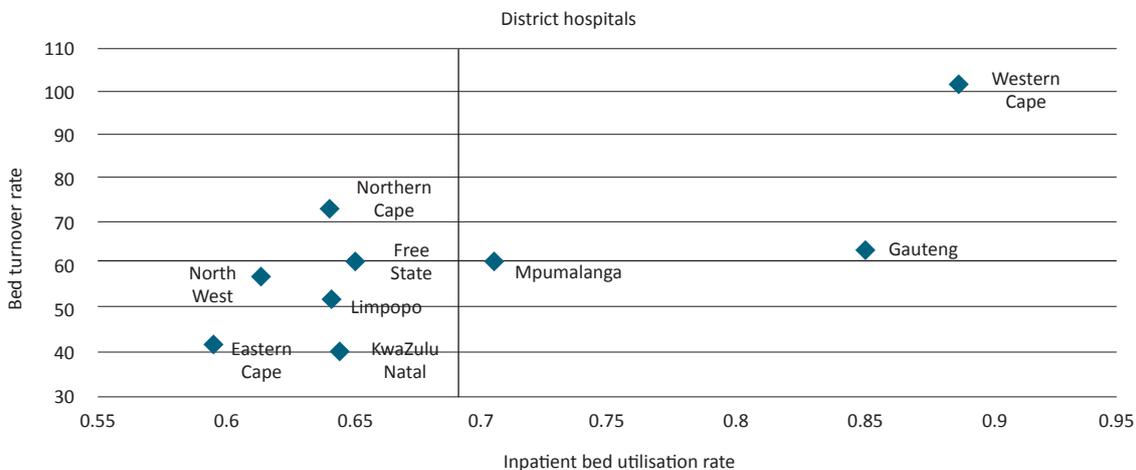
hôpitaux de district avec un taux d'occupation des lits et un coefficient de rotation des lits inférieurs à la moyenne. La plupart des hôpitaux de district sont dans ce quadrant. Ces hôpitaux ont la capacité d'admettre plus de patients. Le deuxième quadrant (II) comprend les hôpitaux de district ayant un taux d'occupation des lits inférieur à la moyenne, mais un coefficient de rotation des lits au-dessus de la moyenne. Le troisième quadrant (III) représente les hôpitaux de district ayant un taux d'occupation des lits et un coefficient de rotation des lits supérieurs à la moyenne, ce qui indique une surpopulation. Près d'un tiers des établissements se trouvent dans ce quadrant, et la plupart d'entre eux ont une durée moyenne de séjour (DMS) inférieures à la moyenne, ce qui indique que les malades y sont traités rapidement. Toutefois, cela ne garantit pas l'efficacité, car de nombreux patients ont pu être admis inutilement. Le Quadrant IV contient des hôpitaux de district affichant un taux d'occupation des lits supérieur à la moyenne mais un coefficient de rotation des lits inférieur à la moyenne. La DMS est plus longue dans ces hôpitaux.

Les provinces de *Western Cape* et de *Gauteng* sont les plus performantes au niveau des districts, tandis que celles de *l'Eastern Cape* et du *KwaZulu-Natal* n'obtiennent pas de bons résultats.

Les hôpitaux provinciaux (voir Figure 5 et Figure 6) sont en général plus performants que les hôpitaux de district, avec un plus grand nombre d'hôpitaux figurant dans la fourchette d'efficacité acceptable (*Western Cape*, *Northern Cape* et *Gauteng*) et un nombre de provinces affichant une performance moyenne (comparée à une mauvaise performance) qui se trouve au-dessus du niveau « mauvaise performance ».

Une occupation plus élevée pour une rotation analogue implique de plus longues durées de séjour à l'hôpital. On pourrait faire valoir de façon plausible que les plus longues durées de séjour sont révélatrices d'un éventail de cas traités plus complexe. La complexité croissante peut aussi représenter l'augmentation du coût réel par patient comme susmentionné.

Figure 4: Diagramme du lasso de la productivité des hôpitaux de district⁷



Source: IFGR (2014), calculs de la trésorerie nationale et les propres calculs de l'auteur (voir <http://www.treasury.gov.za/publications/igfr/default.aspx>)

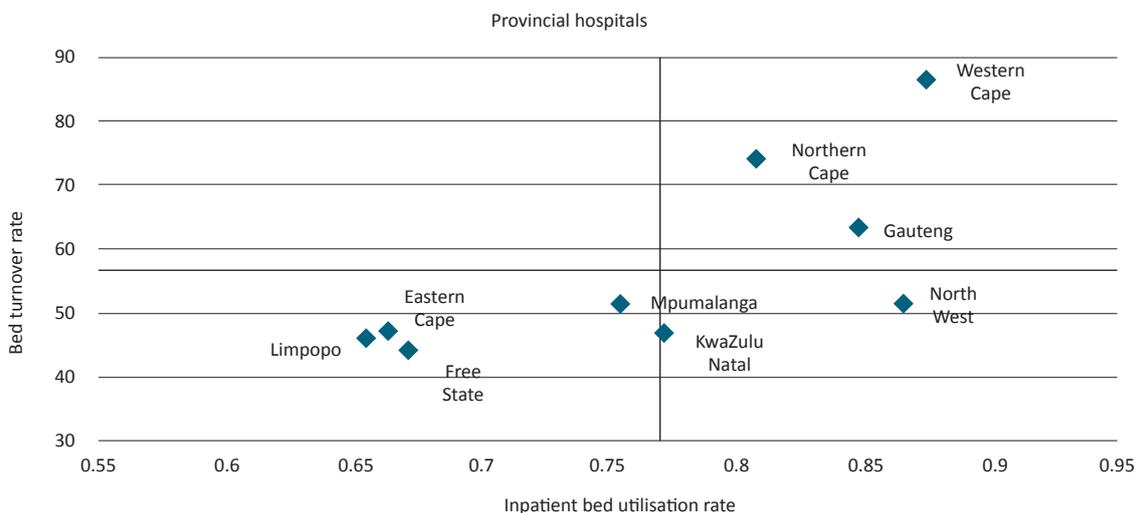
⁷ Calculée comme, (taux d'occupation*nombre de jours par an)/DMS

Il est également possible, toutefois, que des malades sont gardés à l'hôpital inutilement ou que leur autorisation de sortie soit retardée en raison de dispositions communautaires non satisfaisantes pour les soins de suivi.

Il existe quelques implications diagnostiques pour améliorer l'efficacité, fondées sur le diagramme du lasso.

L'analyse d'efficacité sommaire ci-dessus montre des niveaux différentiels d'efficacité entre les hôpitaux. Dans cette partie, nous avons constaté que le financement des hôpitaux ne fournit pas forcément un cadre incitatif pour améliorer les niveaux d'efficacité. Dans la prochaine section, nous allons aborder certaines des solutions possibles.

Figure 5 : Diagramme du lasso de la productivité des hôpitaux provinciaux



Source : IFGR (2014), calculs de la trésorerie nationale et les propres calculs de l'auteur (voir <http://www.treasury.gov.za/publications/igfr/default.aspx>)

Figure 6 : Diagramme du lasso et implications pour les hôpitaux

<p>Quadrant II : faible TOL, CRL élevé</p> <p>Excédent de lits disponibles, hospitalisation inutile ou utilisation des lits à des fins de suivi des patients a pour résultat des durées d'hospitalisation prolongée et un taux élevé 'd'accouchements normaux'.</p> <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des cliniques spécialisées ou ambulatoires (cliniques de jour) pour les hôpitaux • Améliorer les techniques de gestion hospitalière 	<p>Quadrant III : TOL élevé, CRL élevé</p> <p>Performance d'efficacité acceptable avec un faible taux de capacités non utilisées</p> <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gestionnaires doivent continuer à améliorer l'efficacité car l'efficacité ne connaît pas de limite (plafond) • Se conforme aux normes actuelles d'admission et de séjour hospitalier
<p>Quadrant I : faible TOL, faible CRL</p> <p>Pléthore de lits, faible demande par rapport à la capacité approuvée et à la demande potentielle et besoin moindre d'hospitalisation</p> <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusionner des services (unités) hospitaliers ou transférer des services aux cliniques associées • Améliorer la qualité des services et du système d'orientation • Limiter les services d'hospitalisation par la réduction de services proposés • Cesser toute expansion de l'hôpital entre-temps • Effectuer des diagnostics pour identifier et corriger les facteurs entraînant l'inefficacité 	<p>Quadrant IV : TOL élevé, faible CRL</p> <p>Peut correspondre à un taux élevé de prestations aux maladies, d'admission des maladies chroniques et de longues durées de séjour inutiles</p> <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier de manière appropriée et utiliser des techniques de gestion moderne, ou fournir de nouveaux services et utiliser des technologies et du matériel médicaux de pointe

4. La solution : établir des mécanismes de financement de la santé appropriés

Ces causes d'inefficience identifiées suggèrent un certain nombre de prérequis pour le changement. L'expérience de la réforme du système de santé dans le monde suggère que la réforme du financement des hôpitaux doit se concentrer sur quatre grands domaines interdépendants (Ensor, Kruger & Lievens 2009) :

1. Détermination réaliste des coûts des services hospitaliers et affectation des ressources entre toutes les régions géographiques, en fonction des besoins et des capacités de prestation de services ;
2. Achat actif des services auprès des prestataires ;
3. Gestion décentralisée des centres de santé ; et,
4. Paiement du prestataire sur la base de l'activité.

4.1 Détermination réaliste des coûts et affectation des ressources

Au niveau national, les deux principales préoccupations politiques de financement sont la part de crédits budgétaires à affecter aux services des hôpitaux publics (et aux autres) et la façon de distribuer les fonds.

- *Emplacement géographique.* La formule de PE actuelle est une façon relativement simple de cibler les ressources selon une estimation, et la formule a été révisée récemment pour rectifier les affectations par âge, pendant que la SNST a été revue pour mieux traiter les flux transfrontaliers.
- *Coûts des soins.* Bien que les comparaisons effectuées avec des exigences de financement de systèmes publics dans d'autres pays aient donné des arguments convaincants en faveur de l'affectation de fonds supplémentaires au secteur public, bon nombre de personnes s'inquiètent du fait que les inefficiences systémiques de l'utilisation des ressources pourraient impliquer le gaspillage des fonds supplémentaires affectés. Il faut adopter une approche qui assure une affectation bien chiffrée du secteur, tout en mettant en place, concomitamment, des mécanismes qui aident le système à utiliser les fonds actuels et supplémentaires de manière plus efficace.

4.2 Mettre en place un acheteur actif des services

La gouvernance décentralisée des prestataires et le remboursement déterminé par l'activité (extrants hospitaliers) nécessitent différentes fonctions d'acheteur. Dans un système du planificateur-prestataire verticalement intégré, l'« acheteur » est responsable des unités constituantes de performance et de gestion en utilisant des contrôles bureaucratiques (Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005). Deux aspects de la conversion du planificateur-prestataire intégré à l'acheteur sont importants.

En premier lieu, il faut des compétences techniques afin de pouvoir gérer le processus d'achat, qui comprend des méthodes plus sophistiquées de passation des marchés en rassemblant les informations sur les pratiques actuelles de prestation de services figurant dans l'éventail de cas traités et les coûts des budgets de développement des services et les régimes de paiement fondés sur la charge de travail réelle, ainsi que sur les détails contractuels qui spécifient les indicateurs de volumes et de qualité.

Le deuxième aspect concerne le processus réel de transformer un administrateur public en un acheteur actif de services. Il s'agit potentiellement là de l'aspect le plus difficile du processus. Il existe relativement peu de directives internationales ou nationales précises sur la façon de mettre en place ce processus, bien que plusieurs pays aient réalisé une transformation des fonctions. Le processus nécessite une transformation du mode de fonctionnement du ministère provincial de la santé, avec des implications sur les types de compétences du personnel requises (Light 1998).

4.3 Gouvernance des prestataires

La gouvernance décentralisée des prestataires est considérée de plus en plus comme une étape indispensable vers l'amélioration de la prestation des services publics. Les gestionnaires locaux ont de plus fortes chances de comprendre le contexte local et de répondre de manière appropriée et ponctuelle que ne pourraient le faire les décideurs à un niveau supérieur. Toutefois, la gestion locale ne peut s'avérer avantageuse que si les gestionnaires locaux ont suffisamment de liberté pour prendre des décisions. (Holt & Murphy 2007). Même si le fait d'accorder une certaine liberté d'utilisation des

budgets hors personnel de manière flexible présente quelques avantages, ce n'est qu'en donnant le contrôle du budget du personnel qu'une telle liberté peut être pleinement réalisée/concrétisée.⁸

L'alignement des incitations pour encourager l'amélioration de la productivité est un élément important qui coïncide avec ces libertés. Si les centres de santé continuent de recevoir des budgets globaux fixes, les gestionnaires motivés peuvent peut-être utiliser leurs nouvelles libertés pour obtenir une meilleure productivité. De nouveaux systèmes de remboursements qui relient l'activité au paiement peut contribuer à clarifier ces éléments indicateurs.⁹ Dans la pratique, quatre formes principales de gouvernance du secteur public peuvent être utilisées pour permettre des degrés différents d'autonomie de gestion en Afrique du Sud : les agences gouvernementales, les entités publiques, les entreprises d'État et les sociétés commerciales publiques.

4.4 Remboursement des prestataires

Créer un lien entre l'affectation des fonds aux activités est une partie importante du processus de fourniture au niveau local d'un contrôle et d'une autonomie sur les services. Cette démarche permet aux prestataires de bénéficier de l'amélioration de la productivité, et constitue un levier important qui permet à l'acheteur d'influer sur les pratiques du prestataire. Deux tendances importantes de pratiques de remboursement sont constatées dans les pays de l'OCDE.

Premièrement, la plupart des pays ont adopté ou sont en train d'adopter des systèmes de paiement des prestataires qui sont fondés sur l'activité ajustée à l'éventail des cas traités. Deuxièmement, les budgets limités par la trésorerie restent une dimension importante de contrôle, même lorsque les systèmes fondés sur l'activité sont introduits (Hurst 1991). Les budgets globaux des établissements de santé doivent incorporer de manière réaliste à la fois les coûts de services et le niveau de l'activité qui peut être fournie.

⁸ Il convient de noter que la « Stratégie hospitalière » (*Hospital Strategy*) élaborée en 1996 a formulé des recommandations analogues pour la décentralisation de l'autorité aux établissements de santé (Monitor Company et al. 1997).

⁹ La question ici n'est pas que les fournisseurs demandent toujours des incitations financières pour améliorer la productivité. Des motivations intrinsèques pour obtenir de bons résultats, associées à des incitations non financières extrinsèques, telles qu'un environnement de travail plus agréable et dynamique, peuvent s'avérer suffisantes pour encourager les améliorations. Des incitations financières peuvent contribuer au renforcement des comportements du personnel motivé intrinsèquement en fournissant des indications claires sur le type de service qui doit être prioritaire, tout en aidant le personnel qui est plus dépendant de motivations financières pour être efficacement plus performant.

5. Discussion

Accroître l'autonomie des hôpitaux est une réforme nécessaire à l'amélioration des avantages de paiement sur la base de l'activité et de budgétisation, et le ministère des Finances doit jouer un rôle central dans la facilitation de cette réforme. L'autonomie peut prendre un certain nombre de formes possibles ; soit en adoptant une entité publique de niveau 1/ sous composante publique qui offre une autonomie limitée aux prestataires en ce qui concerne les effectifs, la passation des marchés et la gestion des ressources ; soit une organisation semi-privatisée de niveau-2 qui place la gouvernance de l'établissement entre les mains d'un conseil d'administration qui détermine aussi bien la gestion quotidienne que la stratégie organisationnelle. La réglementation relative à la GFP devra incorporer ces entités par le biais d'une révision des dispositions de gouvernance en vigueur et de modifications appropriées.

Si les hôpitaux devaient devenir entièrement autonomes, avec la responsabilité d'affecter les ressources, la GFP sera alors tenue de resserrer le lien entre les ressources et les résultats pour tous les hôpitaux, en accordant une importance croissante aux résultats et en demandant une plus grande efficacité. La réglementation relative à la GFP devra également permettre aux gestionnaires du budget de redéployer les économies liées au gain d'efficacité.

Des mesures de réforme possibles pouvant être suivies au travers du processus du cycle budgétaire, pourraient comprendre :

- un examen des outils d'évaluation de performance au niveau des hôpitaux afin de s'assurer qu'ils soient liés aux extrants ;
- l'élaboration d'accords de services standardisés avec tous les hôpitaux, avec un alignement clair entre les ressources et les résultats attendus ; et,
- une amélioration de l'appropriation du budget en permettant une plus grande souplesse dans le cadre de l'affectation des ressources dans les limites budgétaires.

La réforme du financement des hôpitaux doit aussi être alignée sur les efforts en cours pour mettre en place un régime d'assurance maladie nationale (AMN) en Afrique du Sud. Il existe plusieurs défis liés à la mise en œuvre de l'AMN. Le premier d'entre eux, la nature à long terme des réformes de l'AMN, surtout lorsque mis en œuvre dans un climat de mécontentement public croissant concernant la prestation des services de base, rend des choix d'investissement sur certains changements importants politiquement impopulaires parce qu'ils sont coûteux, et qu'ils ne montrent aucun résultat immédiatement observable à l'électorat. Le défi consiste alors, à maintenir l'élan et l'investissement dans toutes les domaines clés qui nécessitent d'être débloqués afin que l'AMN puisse progresser, alors qu'il existe des demandes plus urgentes qui lui font concurrence.

Deuxièmement, l'AMN est une réforme de l'intégralité du secteur, ce qui implique une rationalisation de tout le système de santé, en ce qui concerne la disponibilité des services fondés sur les besoins. Toutefois, certaines populations risquent de se voir offrir par le système de santé des services médiocres, tant que l'AMN n'est pas entièrement déployé, en attendant des analyses détaillées et le déploiement des services qui ont maintenant besoin d'être généralisés au niveau national.

Troisièmement, l'appropriation du processus de réforme est difficile à gérer, car l'AMN exige une coordination plus importante entre les ministères de la Santé et des Finances, ainsi qu'avec le secteur privé et les ONG. Des questions de « territoire » sont souvent évoquées, et les acteurs ont peut-être tendance à demander des budgets plus conséquents pour mettre en œuvre les réformes alors qu'ils n'ont pas les capacités suffisantes pour le faire.

6. Travail en groupes

Question de discussion 1 : Pouvez-vous identifier les manières dont le système de financement actuel relie le financement des hôpitaux aux extrants/activités ? Pensez-vous que les incitations incorporées dans le système de financement en vigueur sont assez solides pour améliorer l'efficacité hospitalière ?

Question de discussion 2 : Pensez-vous que la réglementation relative à la GFP en Afrique du Sud doit être modifiée pour que les réformes décrites à la Partie 4 puissent être mises en œuvre ? Quels seraient les principales modifications à apporter ?

Jeu de rôle

les participants seront répartis en 4 groupes et prépareront des arguments en faveur des énoncés suivants :

- Groupe 1 : « La budgétisation fondée sur les postes budgétaires historiques pour les hôpitaux est préférable à l'achat actif en Afrique du Sud. »

- Groupe 2 : « L'achat actif pour les hôpitaux est préférable à la budgétisation fondée sur les postes budgétaires historiques en Afrique du Sud. »
- Groupe 3 : « La réforme du financement des hôpitaux vers l'achat stratégique est notoirement complexe, pourtant la mise en œuvre complète peut être réalisée d'ici trois ans, s'il existe un leadership fort et une volonté politique affirmée. »
- Groupe 4 : « La réforme du financement des hôpitaux vers l'achat stratégique est notoirement complexe, et mis à part quelques exceptions, il faudra beaucoup plus de temps pour accomplir des progrès importants dans ce domaine, qu'une durée de trois. »

Les arguments seront présentés en séance plénière, à l'issue de laquelle, un vote anonyme aura lieu pour choisir le vainqueur du débat entre le Groupe 1 et le Groupe 2 et, aussi, entre le Groupe 3 et le Groupe 4.

Références

- Ensor T, Kruger J & Lievens T (2009) *Note on international experience of financing hospitals*. Oxford: Oxford Policy Management, préparée pour la Trésorerie nationale sud-africaine, RSA.
- Figueras J, Robinson R & Jakubowski E (2005) *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead: Open University Press.
- GDHSD (Ministère de la santé et du développement social de la province de Gauteng) (2009). *Report on cost-cutting and reprioritisation of the 2009/10 Gauteng department of health budget*. Johannesburg : GDHSD.
- Holt KV & Murphy M (2007) Public hospitals in South Africa: Stressed Institutions, disempowered management. In Buhlungu S (ed.) *State of the nation: South Africa 2007*. Pretoria: HSRC Press.
- Hurst J (1991) Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, Fall 1991: 7-21.
- Light DW (1998) Is NHS purchasing serious? An American perspective. *BMJ* 316(7126): 217–220.
- Monitor Company, HPI, Centre for Health Policy, & NALEDI (1997) *Hospital strategy project*. Johannesburg: Funded by the European Union through the Department for Health.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2010) *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*. Genève : OMS.
- Saltman RB, Rico A & Boerma W (2006) *Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care*. Maidenhead : Open University Press.

