



World Health Organization
Geneva

EIP/FER/DP.F.02.1



**ANALYSE DE L'ALLOCATION DES
RESSOURCES FINANCIÈRES AU SEIN
D'UN SYSTÈME DE SANTÉ**

DISCUSSION PAPER

NUMBER 1 - 2002

Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER)
Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP)

World Health Organization 2002

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

**ANALYSE DE L'ALLOCATION
DES RESSOURCES
FINANCIÈRES AU SEIN
D'UN SYSTÈME DE SANTÉ**

JEAN PERROT

*WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
2002*

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE I: LA FONCTION DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

- 1. Les relations entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé**
 - 1.1. L'approche par les modèles de demande de soins de santé**
 - 1.2. Le cadre d'analyse de la demande de santé**
 - 1.3. Les relations contractuelles entre les détenteurs de fonds et les prestataires**
- 2. Les modalités de production des prestataires de services de santé**

PARTIE II: LA FONCTION D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE

CONCLUSION

ANNEXE: ÉLÉMENTS POUR ÉVALUER LA PLACE DE LA CONTRACTUALISATION

INTRODUCTION

Les systèmes de santé ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Ce n'est réellement qu'à partir du XX^{ème} siècle que l'on peut véritablement parler de systèmes de santé au sens moderne du terme, c'est-à-dire d'un ensemble articulé de pratiques, de méthodes et d'institutions qui concourent à un même objectif. Au fil du temps, les systèmes de santé se sont complexifiés et l'on observe des recompositions en profondeur qui s'inscrivent dans deux directions. D'un côté, on observe une multiplication et une diversification des acteurs impliqués dans le champ de la santé sous l'effet conjugué du développement du secteur privé, des processus de démocratisation et de décentralisation favorisant l'émergence d'une société civile et d'entités territoriales organisées et responsables. D'un autre côté, cette évolution va de pair avec une plus grande séparation des fonctions; les acteurs se spécialisent de plus en plus dans une fonction particulière du système de santé: la prestation de services, l'achat de service, la gestion de formations sanitaires, le financement de la santé, la régulation du système de santé¹.

Cette complexification des systèmes de santé, couplée à une demande accrue de services de santé de la part des populations, a pour conséquence une augmentation des ressources financières consacrées à la santé. Aujourd'hui la dépense totale de santé, en pourcentage du PIB, avoisine les 10% dans les pays développés, alors que ce chiffre n'était qu'aux environs de 5% il y a encore cinquante années mais n'atteint cependant pas ce niveau dans de nombreux pays en développement. Cette forte augmentation des dépenses de santé pose néanmoins problème et de plus en plus les responsables des systèmes de santé cherchent à mieux analyser le financement de la santé de sorte à mieux apprécier la performance du système de santé.

L'analyse du financement de la santé consiste tout d'abord à appréhender l'ensemble des ressources financières qui sont consacrées à la santé, à l'instar des comptes nationaux de la santé. Mais elle cherche également, après avoir identifié les récipiendaires, à comprendre la manière par laquelle les détenteurs de fonds allouent leurs ressources financières.

On peut présenter un système de santé comme un ensemble de deux fonctions principales. La première est la plus connue et la plus ancienne: les interventions sanitaires ou services de santé. Leur prestation existe depuis que les gens se soucient de protéger leur santé et de soigner leurs maladies. Cette prestation nécessite des ressources financières qu'il faut être capable de mobiliser mais également d'utiliser efficacement. Mais un système de santé ne pourra pas être performant s'il n'est que la simple juxtaposition de prestataires. Un système de santé est donc un ensemble dont la cohérence visera l'amélioration continue de la performance; l'administration générale en est la cheville ouvrière. Comme le souligne le Rapport sur la santé dans le monde 2000, "l'administration générale englobe la définition des finalités et de l'orientation de la politique sanitaire, l'exercice d'une influence par la voie d'une réglementation et d'un plaidoyer, et, enfin, la collecte et l'exploitation de l'information". L'administration générale est donc déterminante et demande des ressources financières importantes qu'il convient là encore d'utiliser efficacement. Ces deux fonctions pourront ensuite être examinées à l'aune de leur influence sur les objectifs de ce système (améliorer la santé de la population desservie, répondre aux attentes des gens, assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé). Deux questions se posent alors:

- comment ceux qui ont en charge la production de ces deux fonctions obtiennent-ils les ressources financières qui leur sont nécessaire pour assurer leur fonction? Il s'agit d'analyser les mécanismes par lesquels ces producteurs obtiennent leurs ressources financières; on est ici dans le sens de la collecte des fonds. Mais cette question peut également être envisagée dans l'autre sens, à savoir comment ceux qui détiennent des ressources financières les allouent à ceux qui sont chargés d'assurer ces fonctions. L'allocation des ressources financières des détenteurs de fonds aux producteurs est dont l'objet de cette première question;
- la deuxième question a trait à l'acte de production lui-même, à savoir comment un producteur, avec les moyens financiers dont il dispose, c'est-à-dire ceux qui lui ont été alloués

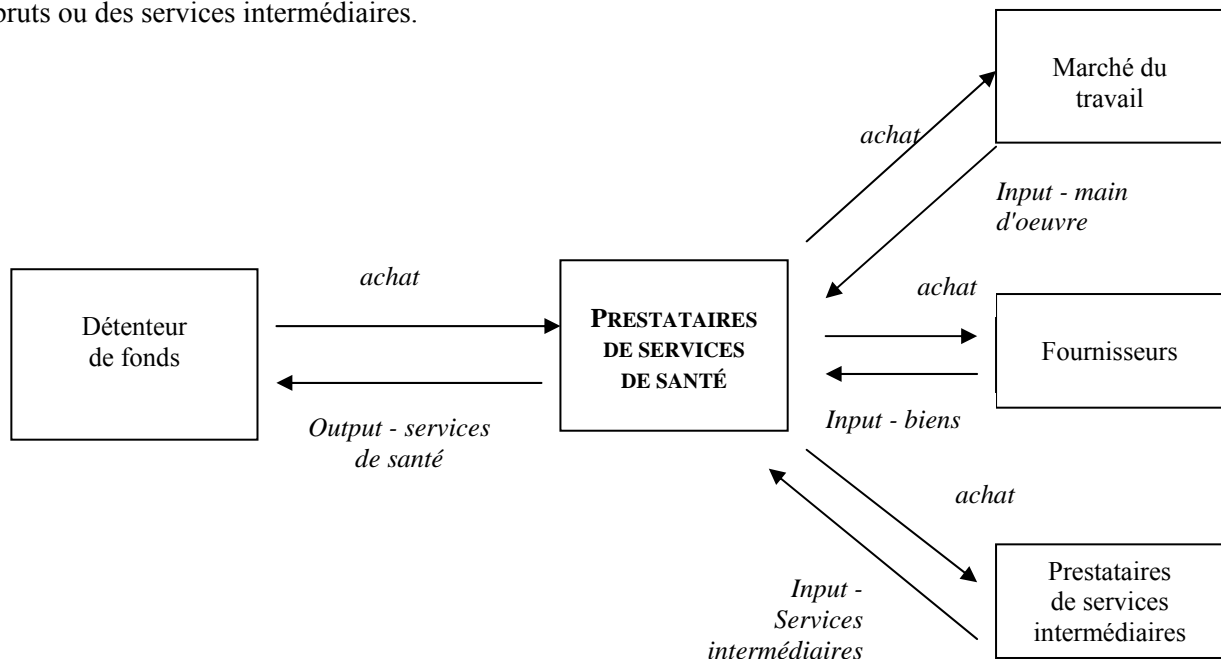
ou qu'il a collecté aux sens donnés ci-dessus, s'organise pour assurer efficacement cette fonction?

Pour répondre à ces questions, le document comporte deux parties; l'une porte sur la prestation des services de santé et l'autre sur l'administration générale du système de santé. Une annexe complète cette analyse en proposant des éléments pour évaluer plus spécifiquement la place de la contractualisation dans un système de santé.

PARTIE I: LA FONCTION DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ

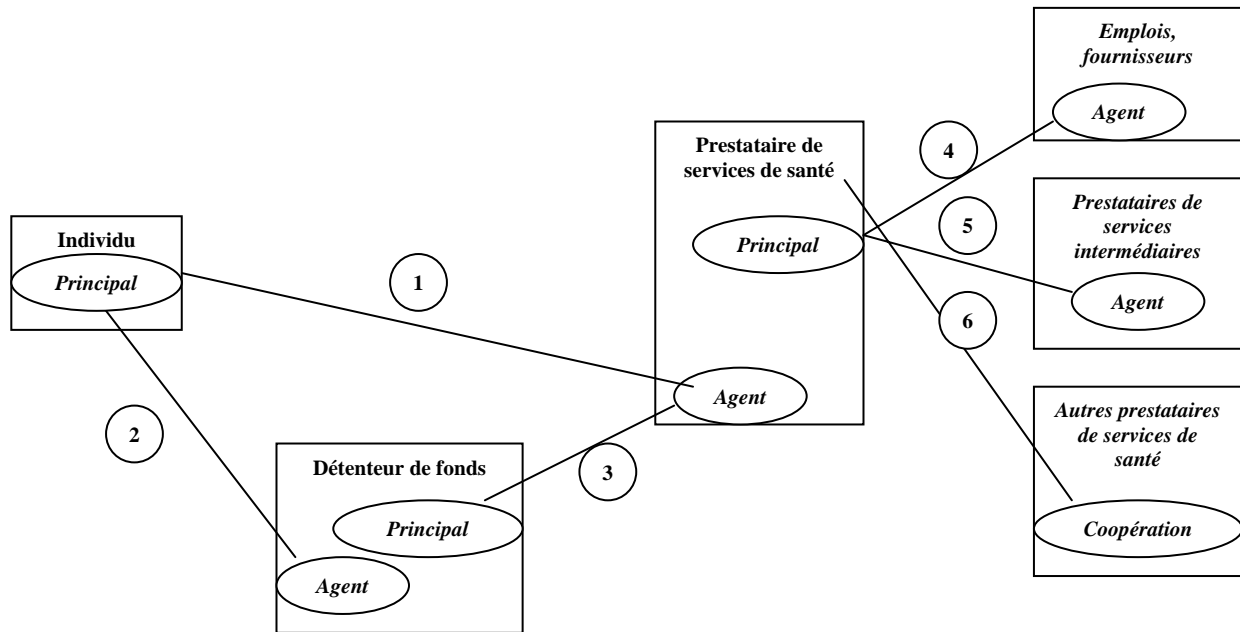
Au centre de cette analyse se trouve le service de santé dont la production est assurée par un prestataire. D'une part, ce service aura été acheté par un utilisateur, c'est-à-dire un individu; celui-ci achètera directement au prestataire de services ou agira au travers de son représentant, le détenteur de fonds. D'autre part, pour assurer cette production, le prestataire de services peut décider d'acheter certains services intermédiaires plutôt que d'en assurer lui-même la production.

Un individu (ou son représentant) ACHÈTE un service de santé à un prestataire de services de santé qui, dans l'organisation de sa production, peut ACHETER des services intermédiaires à des prestataires spécifiques. En contrepartie de l'argent qu'il mobilise, l'individu (ou son représentant) obtient un service de santé; de même, pour le prestataire qui obtient de la main d'œuvre, des inputs bruts ou des services intermédiaires.



Graphique 1

L'analyse doit par conséquent clairement différencier les relations selon leur objet: à savoir, est-ce que la relation a pour objet l'obtention d'un output, c'est-à-dire un service de santé, ou au contraire l'obtention d'un input, c'est-à-dire des facteurs de production. Le prestataire de services de santé est donc au cœur de l'analyse; soit il est en relation avec les détenteurs de fonds pour leur fournir un service de santé soit il est en relation avec des fournisseurs pour l'organisation de sa production. Si l'on se place dans le cadre de la théorie de l'agence, le prestataire de services de santé occupe une position d'*agent* dans ses relations avec les détenteurs de fonds et une position de *principal* avec ses fournisseurs. Mais ce prestataire de services de santé peut également être en relation avec d'autres prestataires de services de santé: dans ce cas, on sort d'une relation d'agence pour se placer dans une relation de coopération entre des acteurs remplissant des tâches semblables et qui s'entendent pour réaliser ensemble des activités spécifiques.



Graphique 2

1. Les relations entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé

1.1 Approche par les modèles de la demande de santé

A la base de tout système de santé, il y a des individus qui, pour assurer leur état de santé, ont besoin de services de santé. La production de ces services de santé a un coût pour ceux -les prestataires- qui ont la charge de les produire. Or les individus qui souhaitent obtenir ces services ont des ressources financières limitées et inégales.

Dans la théorie néoclassique de la demande de soins, dans laquelle s'inscrit l'approche des Comptes nationaux de la santé, les patients sont avant tout des consommateurs qui acquièrent des biens et des services médicaux produits par des prestataires de santé (établissements ou praticiens indépendants). Ils expriment une demande de soins. En s'appuyant sur le postulat de rationalité, le patient est capable d'établir un classement rationnel de ses préférences entre les utilités qu'il attribue aux différents biens et services médicaux M , et non médicaux Z . Il maximise sa fonction d'utilité $U[Z, M]$ en fonction du prix P de ces biens et services, et en fonction de sa contrainte de revenus Y , soit:

$$(1) \quad \text{Max } U[Z, M]$$

$$(2) \quad P_Z \cdot Z + P_M \cdot M \leq Y$$

Dans ce cadre, il sera nécessaire d'évaluer les dépenses consacrées à toutes les activités dont on pense *a priori* qu'elles ont une influence sur la santé (classification selon la nature déclarée de la dépense). Ce cadre comptable est intéressant pour analyser les dépenses de santé et, par conséquent, les politiques qui en découlent. Mais il ne permet pas réellement de comprendre les comportements économiques des agents.

Dans les années soixante, les théoriciens de la nouvelle économie domestique ou de ce que l'on appelle encore la nouvelle théorie du consommateur proposent une approche radicalement différente. Selon Becker (1964)² et Lancaster (1966)³, consommer est un acte productif. L'individu n'est plus un consommateur de biens et de services mais un producteur de ses satisfactions. En 1972, Grossman⁴ applique cette approche à la santé. L'individu est alors considéré comme le producteur de son état de santé. Le modèle proposé permet de formaliser les choix qu'un individu effectue pour fixer

le temps qu'il consacre à ses soins, déterminer le montant des biens et services médicaux et non médicaux qu'il achète, ceci selon toute une série de variables, telles que son âge et le taux de dépréciation de son capital santé, son revenu, sa richesse initiale, son temps de travail et le temps qu'il peut perdre en raison de la maladie.

"Consumers produce gross investments in health and other commodities in the utility function according to a set of household production functions:

$$I_t = I_t(M_t, TH_t; E_t)$$

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t; E_t)$$

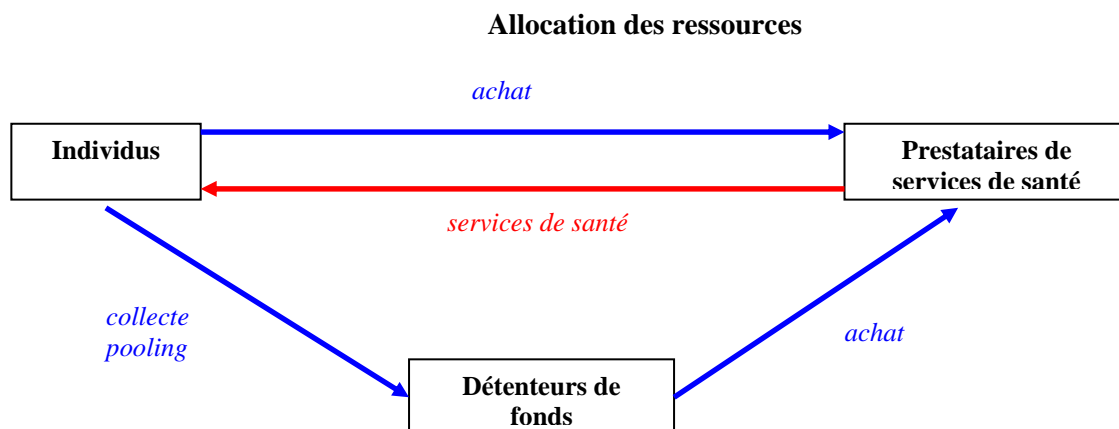
In the equations, M_t is medical care, X_t is the goods input in the production of commodity Z_t , T_t and TH_t are time inputs, and E_t is the stock of human capital".

Dans cette approche, les consommations de biens et de services médicaux n'ont plus qu'un rôle instrumental. L'acte de production amène l'individu à prendre une série de décisions qui sont importantes pour comprendre comment les produits d'un système de santé sont obtenus.

La première de ces questions vise à savoir si l'individu achète des intrants (fournitures ou services intermédiaires) ou achète des services de santé. En d'autres termes, dans le premier cas, l'individu achète des biens tels que des médicaments, des plantes, ou des services intermédiaires tels que des examens de laboratoire, ou des séances de musculation; il devient ainsi un prestataire de services de santé qu'il va combiner avec son temps pour produire son état de santé. Dans le second cas au contraire, il considère qu'il ne peut pas être un bon prestataire de services de santé et il va acheter ces services de santé.

1.2. Le cadre d'analyse de la demande de santé

Dans cette analyse, l'individu⁵ est toujours le détenteur initial des fonds. Lorsqu'il a pris la décision d'acheter les services de santé, l'individu est amené à s'interroger pour savoir comment il va utiliser ses fonds pour cet achat. L'alternative qui se présente à lui est alors la suivante: va-t-il garder ses fonds ou les confier à une entité qui en fera usage selon les mandats qu'il lui aura donnée? Dans ce dernier cas, cette entité devient le détenteur de fonds sur ordre du détenteur initial qu'est l'individu.



Dans les deux cas, l'individu agit comme un *principal*. En décidant de garder ses fonds, l'*agent* sera directement le prestataire de services de santé; en les confiant à un détenteur de fonds, celui-ci sera son *agent*. La décision de confier ses fonds à une entité peut cependant être:

- volontaire: l'individu dispose de l'entière discrétion de sa décision. Qu'il s'agisse d'une assurance "santé" volontaire à part entière ou une assurance "santé" complémentaire, l'individu est totalement libre de son adhésion;

- indirecte: dans ce cas, l'individu est obligé de confier ses fonds à une entité: il s'agira soit d'une assurance "santé" obligatoire (comme c'est généralement le cas notamment dans les pays développés qui ont adopté le système d'assurance) soit d'une contribution à la couverture sanitaire à travers le système d'impôts et de taxes. La décision de l'individu est indirecte: en effet, il n'a alors pas la liberté de se soustraire à cette contribution mais il peut, au travers de son vote, indiquer ses préférences et son soutien à un tel système. Ainsi, lorsqu'une majorité d'individus n'est pas satisfaite par le système proposé, ils peuvent exiger des changements, voire son remplacement.

En contrepartie de l'argent qu'il lui a confiée, l'individu obtiendra un service de cette entité. L'échange "monnaie - services" est déterminé par le mandat que l'individu donne, directement ou indirectement, aux détenteurs de fonds. En effet, ces détenteurs de fonds agissent en son nom, que l'individu ait volontairement et explicitement donné ce mandat par contrat individuel ou qu'il y ait été conduit par contrat social⁶. Cinq mandats distincts peuvent leur être donnés:

- **Mandat d'assureur/ payeur:** l'individu exerce son droit de s'adresser à un prestataire de services de santé pour obtenir les services qu'il juge utile pour améliorer ou recouvrer son état de santé. Mais il demande au détenteur de fonds de se substituer à lui pour payer le prestataire de services de santé. Cela peut prendre des formes diverses: le détenteur de fonds rembourse à l'individu tout ou partie des dépenses que celui-ci a engagées ou paie directement le prestataire (tiers payant). Dans tous ces cas cependant, l'individu conserve la décision quant à l'achat du service de santé. Ce mandat peut simplement consister à puiser dans l'épargne accumulée par l'individu dans un compte spécifique auprès du détenteur de fonds: compte épargne-santé⁷. Il peut aussi donner à ce détenteur de fonds le mandat de répartir les risques entre malades et non malades, entre gros risques et petits risques et d'exercer la fonction classique d'assurance qui, pour l'assuré, casse la logique de l'échange direct d'une prestation de santé contre sa rémunération immédiate et entière⁸;

- **Mandat de prestation:** dans ce cas, le détenteur de fonds, à la demande de l'individu, exerce également la fonction de prestation de services de santé. Cette logique est celle de l'État qui collecte les fonds au travers du système fiscal et qui assure la prestation au travers de ses formations sanitaires. Le système national de santé anglais (NHS) avant 1990, et plus généralement tous les systèmes d'inspiration Beveridge, s'inscrivent dans cette logique. Par ailleurs, de nombreux pays en développement, notamment au lendemain des indépendances, ont mis en place des systèmes de santé où le Ministère de la Santé, sur fonds publics, gère directement la majorité des services de santé du pays. Mais c'est également le cas, de systèmes d'assurances qui mettent sur pied leurs propres formations sanitaires tels que les Health Maintenance Organization (HMO) aux États-Unis ou le centre de santé de la Mutuelle des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture (MUTEC) au Mali. Cela peut également être l'inverse, à savoir un prestataire de services qui met sur pied un système d'assurance: cas de Bwamanda au Zaïre⁹. Cette intégration verticale présente avantages et inconvénients. La différence entre ces deux cas renvoie à la mise en œuvre d'une solidarité; les formations sanitaires publiques devront accueillir tout le monde, que l'individu ait contribué financièrement ou non dans la phase de collecte de fonds, alors que les formations sanitaires appartenant à un système d'assurance ne donneront en général accès qu'aux individus ayant financièrement contribué.

Lorsque l'intégration entre les deux fonctions est entière, les responsables de la collecte des fonds et de leur utilisation sont les mêmes: tout au plus, va-t-on chercher, en interne, à mettre en place des mécanismes qui améliorent l'utilisation des dotations budgétaires. Cependant, de plus en plus fréquemment, le détenteur de fonds et le prestataire, tout en appartenant au même propriétaire, deviennent des entités séparées. Ainsi en est-il au sein de l'État lorsque les hôpitaux publics acquièrent un statut leur conférant une autonomie.

- **Mandat d'encadrement:** l'individu conserve son droit de s'adresser à un prestataire mais les conditions de l'exercice de ce droit vont être encadrées. Le détenteur de fonds reçoit le mandat de négocier les conditions de l'achat qui sera réalisé par l'individu. Les négociations peuvent

porter sur des éléments tels que: 1) l'accréditation des prestataires auxquels le membre doit s'adresser s'il veut être pris en charge par le détenteur de fonds, 2) les prix: le détenteur, au nom de l'individu, aura négocié les tarifs que les prestataires doivent appliquer aux membres (France: la sécurité sociale négocie les tarifs que les médecins conventionnés doivent appliquer pour les consultations), 3) les services pris en charge: le détenteur de fonds ne prend pas nécessairement en charge tous les services de santé (il pourra prendre en charge les soins de santé primaires mais exclure les médicaments de confort ou trop coûteux (par exemple, prise en charge de la Tri thérapie dans les pays en développement)), 4) la qualité des services: par exemple, le détenteur de fonds aura négocié l'accueil et l'accès auprès du prestataire: par exemple, sur présentation de sa carte de membre, l'individu n'aura pas à faire d'avance pour être accueilli dans un hôpital (Australie);

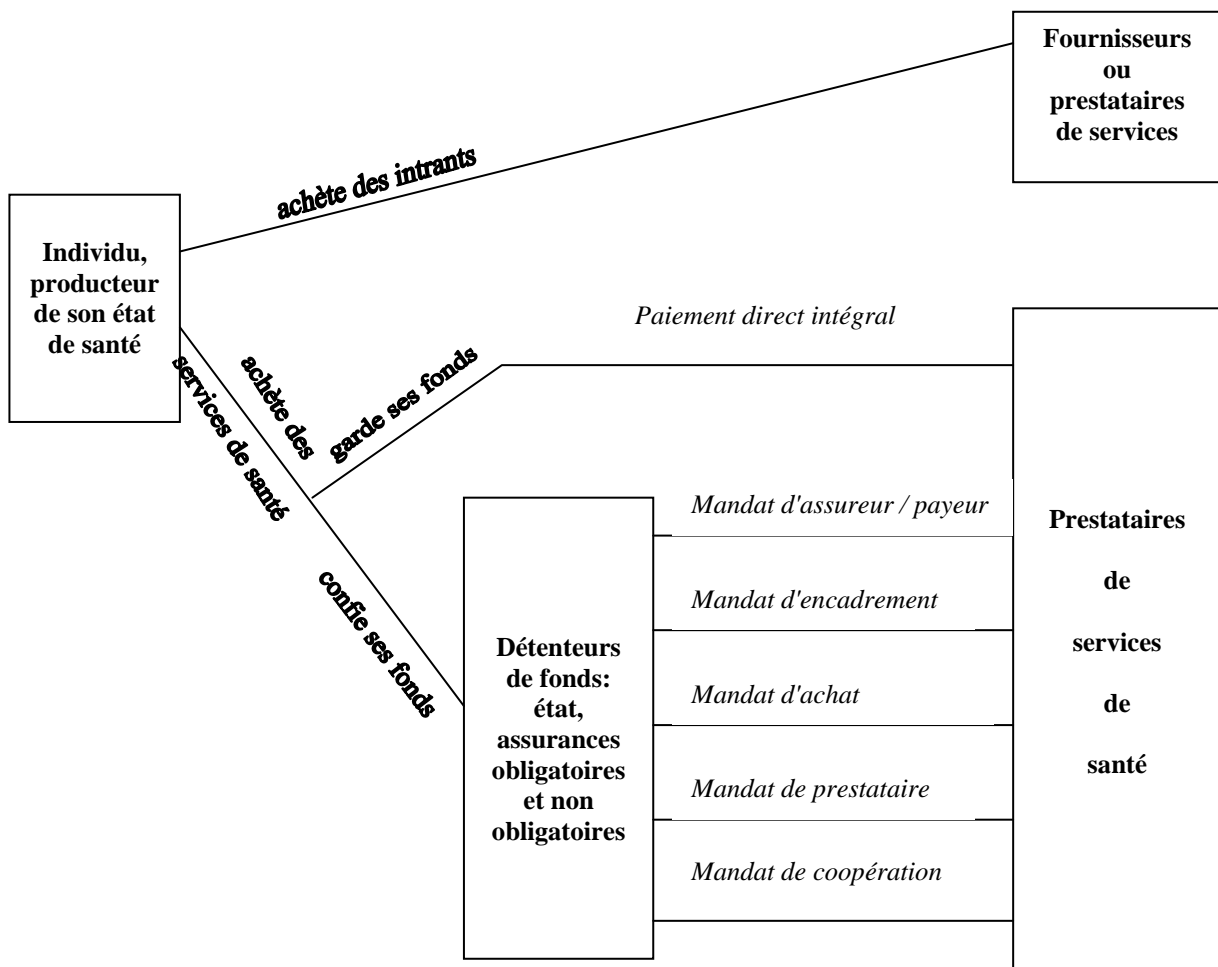
- **Mandat d'achat:** dans ce cas, le détenteur de fonds reçoit une délégation de pouvoir de la part de l'individu pour se substituer à lui dans l'acte d'achat de services de santé. Les raisons qui peuvent conduire l'individu à ce choix sont nombreuses: 1) l'individu peut considérer que le détenteur de fonds sera plus fort que lui pour acheter les meilleurs services de santé au meilleur prix, 2) l'individu reconnaît ses limites et considère que le détenteur de fonds connaît mieux ses besoins réels (asymétrie d'information¹⁰), 3) l'individu estime que les activités non individualisables ne peuvent être menées efficacement que par une action collective au travers du détenteur de fonds (par exemple, l'assainissement d'une zone infestée de moustiques). Au travers de cette délégation de pouvoir, l'individu accepte que le détenteur de fonds agisse en son nom et le représente dans toutes les relations avec les prestataires de services de santé; il s'en remet à ceux-ci pour obtenir les services de santé dont il a besoin. Cet achat peut concerner un paquet de services clairement identifiés à l'avance; par exemple, le détenteur de fonds aura négocié avec un prestataire de services un nombre déterminé à l'avance d'interventions chirurgicales à réaliser pour ses clients ou d'enfants à vacciner et c'est le détenteur de fonds qui déterminera les clients qui bénéficieront de ces services. Dans ce cas, le prestataire connaît exactement la demande et ne supporte aucun risque. Mais le détenteur de fonds peut aussi avoir négocié l'accès à des services donnés pour ses clients; par exemple, le détenteur de fonds aura négocié avec un prestataire de services donné qu'il doit accueillir tous les clients du détenteur de fonds et leur fournir les services appropriés; c'est le cas dans les systèmes qui ont adopté la capitation comme mode de paiement du prestataire. Le prestataire ne connaît pas alors exactement le volume de la demande et supporte une partie des risques¹¹. Dans ce dernier cas, l'achat est donc d'un type particulier; le contrat stipule les conditions de l'achat en terme de définition du paquet de services pris en charge, de qualité, de supervision mais la quantité n'est pas définie dans le contrat: on peut ainsi parler d'achat conditionnel.

En outre, lorsque le détenteur de fonds est l'État, l'individu voit le mandat ci-dessus complété par un volet de solidarité. Dans ce cas, le détenteur de fonds n'exerce pas le pouvoir d'acheter uniquement pour les individus qui ont apporté leur contribution financière mais également pour ceux qui n'ont pas été en mesure de le faire.

- **Mandat de coopération:** les détenteurs de fonds peuvent également recevoir pour mandat de développer des partenariats avec les prestataires de services de santé; la logique de ce mandat repose sur le "*faire ensemble*". Détenteurs de fonds et prestataires de services de santé, compte tenu des avantages comparatifs de chacun liés à leurs spécificités, vont s'entendre pour réaliser des actions en commun. Lorsque des fonds entrent en jeu, la logique sera celle du cofinancement: chacun amène sa contribution à la réalisation de l'objectif défini en commun.

Ces mandats ne sont pas nécessairement exclusifs. Ainsi, l'individu peut confier un mandat d'achat pour certains services de santé, notamment ceux qui ne sont pas individualisables, tout en conservant son pouvoir d'acheter pour tout ce qui concerne les soins curatifs. De même, le mandat d'assureur/ payeur s'accompagne en général d'un mandat d'encadrement sur les modalités d'achat.

Le cadre développé ci-dessus peut être présenté comme suit¹²:



1.3. Les relations contractuelles entre les détenteurs de fonds et les prestataires

Ce cadre logique permet une lecture des modalités de production des services de santé et du rôle de chacun des acteurs. La place de l'individu y est centrale, car c'est lui qui directement ou en dernier ressort décide des services de santé qui seront produits. Cette compréhension restera cependant incomplète si l'on n'explicite pas les mécanismes par lesquels l'individu formalise ses décisions. La relation contractuelle en constitue la base; mais elle peut prendre différentes formes.

Achat et relation contractuelle

Un acte d'achat peut se définir comme un échange volontaire entre des acteurs. Lorsque cet échange est instantané, les conditions de l'échange qui ont été négociées sont mises en œuvre immédiatement et n'ont donc pas besoin d'être formalisées. Il y a bien une relation contractuelle qui s'établit mais son caractère instantané permet d'éviter une formalisation de cette relation. Par contre, lorsqu'il y a un temps entre la négociation de l'achat et sa matérialisation, il est nécessaire de formaliser la relation au travers un document (un contrat) qui aura pour but de réduire l'incertitude quant au comportement d'autrui mais aussi sur les conséquences d'événements qui peuvent affecter les ressources des parties à l'échange. Par conséquent, tout achat induit nécessairement une relation contractuelle, mais il s'agit de savoir si cette relation sera formalisée ou non¹. Par ailleurs, la relation contractuelle comporte deux directions: lorsqu'un premier acteur achète un service à un second acteur, cela signifie que simultanément le second acteur a vendu ce service au premier. Il appartient à l'analyste de choisir la direction de son analyse; ici on choisira de s'intéresser aux services de santé acheter par les individus ou leurs représentants, mais on aurait pu tout aussi bien s'intéresser à la vente de services de santé par les prestataires.

¹ A l'inverse, toute relation contractuelle n'implique pas nécessairement un acte d'achat.

Pour obtenir des services de santé, celui qui détient des fonds va s'adresser à un prestataire.

- **La relation contractuelle directe entre l'individu et le prestataire**

Cas (1) graphique 2

Lorsqu'un individu s'adresse directement à un prestataire de services de santé et paie l'intégralité du coût, s'installe une relation contractuelle entre ces deux acteurs. Très fréquemment, cette relation contractuelle est instantanée: ainsi en est-il lorsque l'individu s'adresse à son médecin généraliste exerçant en médecine libérale. Cet acte d'achat n'exige pas la rédaction d'un contrat particulier, d'autant que cet acte est garanti par les us et coutumes ou le code civil qui font obligation au client d'acquitter le service rendu; s'y soustraire entraîne des conséquences pour l'individu qui ne seront jamais en sa faveur s'il est avéré que le service a été rendu.

Pour autant, la relation entre un individu et un prestataire n'est pas simple. Il s'agit d'une relation d'agence en raison de l'asymétrie d'information au sujet du diagnostic et des méthodes de traitement au détriment de l'individu. Face à cette situation, l'individu pourra se prémunir en déléguant son pouvoir d'acheter à une entité qu'il chargera de le faire (cf. ci-dessous). Mais il peut aussi chercher à limiter cette asymétrie d'information:

- En s'adressant à une association qui s'est donnée pour objectifs de défendre les intérêts des individus ou de leur fournir une information la meilleure possible afin d'éclairer leur décision;

- Dans certains cas, le client pourra exiger un contrat préalable. Par exemple, le client pourra demander un devis de la dépense qui sera induite par sa demande : de plus en plus fréquemment les prestataires de services de santé sont amenés à faire des propositions sur le prix des services qui seront réalisés et un document contractuel sera signé entre les parties avant la réalisation du service. De même, des clauses relatives au résultat attendu pourront être incluses dans le contrat: ainsi en est-il fréquemment en matière de chirurgie esthétique. Ces pratiques sont en augmentation; le colloque singulier "patient - praticien" basé sur une confiance mutuelle est de moins en moins de mise. La relation contractuelle, et ses implications juridiques, s'imisce dans cette relation; elle porte sur l'obligation de moyens, mais également de plus en plus sur l'obligation de résultats.

- **La relation contractuelle entre l'individu et le détenteur de fonds**

Cas (2) graphique 2.

Lorsque l'individu confie ses fonds à une entité particulière s'établit une relation contractuelle entre lui et cette entité:

- . dans le cas où le choix de l'individu est libre et non obligatoire, le contrat entre l'individu et cette entité est un contrat classique. En contrepartie des fonds qu'il confie à cette entité, il obtient un service qui dépendra du mandat qu'il a donné à cette entité.

- . dans le cas où le choix de l'individu est contraint, c'est-à-dire obligatoire, le contrat entre l'individu et cette entité renvoie davantage à un contrat social. Qu'il s'agisse directement de l'État ou d'une entité spécifique comme un système national d'assurance maladie, il y a à la base un contrat qui s'inscrit dans la logique du contrat social défini par J.J. Rousseau¹³. L'individu accepte de confier ses fonds à cette entité qui en échange assurera certains mandats qui auront été définis dans ce contrat social. Certes l'expression de la volonté de l'individu n'est pas aussi directe et immédiate que dans le cas précédent, mais elle n'en est pas moins réelle: elle s'exprime au travers des élections nationales ou des modalités de désignation des représentants des instances

dirigeantes des systèmes de sécurité sociale; elle peut aussi s'exprimer au travers des diverses modalités de contestation (pétition, grève, manifestation, voire révolution).

Le contrat entre l'individu et le détenteur de fonds comporte deux parties essentielles. La première concerne la manière dont la collecte des fonds (impôts, cotisations) et la mise en commun des fonds (fonction d'assurance) sont organisées. La seconde concerne l'utilisation des fonds mis à la disposition du détenteur de fonds et renvoie par conséquent au mandat donné au détenteur de fonds.

- **La relation contractuelle entre le détenteur de fonds et le prestataire**

Cas 3 graphique 2

D'*agent* au service de l'individu dans le cas précédent, le détenteur de fonds change de rôle et devient *principal* vis à vis du prestataire de services de santé.

- **Mandat d'assureur /payeur**: lorsque l'individu donne au détenteur de fonds un mandat de répartition des risques uniquement, il ne s'installe généralement aucune relation entre le détenteur de fonds et le prestataire; la décision quant à l'achat de services de santé reste entièrement entre les mains de l'individu. La relation reste entre l'individu et le détenteur de fonds. Dans certains cas cependant, comme le tiers payant, le détenteur de fonds doit entrer en contact avec le prestataire pour opérationnaliser le mandat donné par l'individu. La relation contractuelle est purement mécanique; le détenteur de fonds doit s'entendre avec le prestataire sur les modalités de paiement.

- **Mandat de prestation**: il en est de même lorsque l'intégration des fonctions de détenteur de fonds et de prestataire est entière; puisqu'il n'existe qu'une seule entité, il ne peut exister aucune relation. Par contre, lorsque au sein d'un même propriétaire, est instaurée une séparation juridique entre les fonctions de détenteur de fonds et de prestataire, une relation contractuelle s'instaurera. Ainsi en est-il entre les hôpitaux publics autonomes et l'État détenteur de fonds; progressivement ils s'éloigneront de la dotation budgétaire classique pour s'orienter vers une négociation de leurs liens. L'hôpital autonome cherchera à exercer son pouvoir en tentant d'obtenir des moyens supplémentaires contre l'amélioration de sa prestation (diversification des activités ou amélioration de la qualité). L'État cherchera à obtenir la meilleure prestation possible contre son financement en négociant des critères de performance avec le prestataire. Les relations qui s'installent deviennent contractuelles; un contrat les formalisera¹⁴.

Un exemple: la contractualisation pour les hôpitaux publics et privés en France

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, institue les Agences Régionales Hospitalières (ARH) qui sont des groupements d'intérêt public, personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, et constituées entre l'État et les organismes d'assurance maladie. Elles sont placées sous la tutelle directe du Ministère chargé de la Santé. Parmi leurs tâches, elles doivent s'assurer que les hôpitaux publics et privés ont élaboré leur contrat d'objectifs et de moyens¹⁵. Ce contrat retrace les engagements de chacun: généralement basé sur le *projet d'établissement*, il comprend les orientations stratégiques de l'établissement et conditions de leur mise en œuvre, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines, les objectifs de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé, les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation, la participation aux réseaux de soins, les communautés d'établissements et les éléments financiers, notamment les engagements de l'État et des collectivités locales.

Pour les deux autres mandats identifiés ci-dessus, une relation contractuelle s'instaure nécessairement entre le détenteur de fonds et le prestataire:

- **Mandat d'encadrement:** le détenteur de fonds reçoit le mandat de négocier les conditions de l'achat qui reste réalisé par l'individu. Au nom des individus qu'il représente, le détenteur de fonds aura pour tâche d'établir une relation contractuelle avec les prestataires de services de santé de sorte à encadrer l'acte d'achat effectué par l'individu. Cette relation contractuelle peut être établie avec un prestataire en particulier: par exemple, un schéma de financement communautaire à représentation géographique restreinte passe un contrat avec l'hôpital de la zone afin de déterminer les conditions d'accueil des membres ainsi que les tarifs qui seront pratiqués pour ses membres. Mais cette relation contractuelle peut être plus large et être négociée avec un groupe de prestataires ou une instance qui les représente; par exemple, les organismes de sécurité sociale en France signent des conventions avec les instances représentatives des médecins en pratique libérale. De même, plusieurs détenteurs de fonds peuvent se regrouper pour s'entendre avec un groupe de prestataires: ainsi, des mutuelles de santé se regroupent et s'entendent avec des prestataires au travers d'une convention-cadre. Celle-ci peut d'ailleurs être entendue de deux façons:

- mutuelles et prestataires pourront établir entre eux une convention-cadre qui fixera les grandes orientations et les principales règles du jeu de leurs relations; cette convention-cadre sera suivie d'autant de contrats spécifiques que nécessaire pour régler les relations entre deux entités. La convention-cadre détermine le cadre dans lequel des contrats spécifiques peuvent être négociés. Cette démarche présente les avantages d'une part d'harmoniser les pratiques contractuelles et d'autre part de faciliter les négociations. Cette liberté encadrée laisse une grande marge d'adaptation aux réalités tout en préservant une harmonisation des pratiques;

- mutuelles et prestataires établissent une convention-cadre qui fixe les modalités contractuelles auxquelles les acteurs ont le choix d'adhérer ou non. La convention-cadre est alors synonyme d'un contrat d'adhésion tant pour les mutuelles que pour les prestataires. Concrètement, il n'est plus besoin d'établir un contrat spécifique mais simplement d'indiquer que l'on reconnaît la convention-cadre comme le contrat liant deux entités. Une telle convention-cadre se doit d'être aussi explicite que possible afin de prévoir toutes les situations.

- **Mandat d'achat:** le détenteur de fonds reçoit une délégation de pouvoir de la part de l'individu pour se substituer à lui dans l'achat de services de santé. La relation contractuelle qui en découle avec le prestataire de services de santé porte alors sur les services que le prestataire accepte de mettre à la disposition du détenteur de fonds. La négociation portera alors sur des services spécifiques: par exemple, le prestataire s'engage à fournir tant de césariennes à tel prix pour des individus qui lui auront été adressés par le détenteur de fonds. La négociation portera sur un paquet de services dont on aura négocié la quantité, la qualité et/ou le prix: par exemple, un prestataire accepte de fournir aux membres d'une assurance tous les services de santé qui auront été identifiés dans le contrat établi, dans la mesure où ces membres auront explicitement été adressés par cette assurance.

Dans le système de la capitation, le détenteur de fonds verse à un prestataire (ou à un groupe de prestataires) une somme forfaitaire par personnes et celui-ci s'engage à fournir à tous les adhérents les services de santé définis dans le contrat¹⁶. Le contrat définit les obligations auxquelles le prestataire de services de santé s'engage en contrepartie de la somme forfaitaire qu'il reçoit en avance pour chacun des membres enregistrés dans un système donné; la contractualisation est donc consubstantielle de la capitation. De nombreux pays développés ont adopté la capitation (USA (HMO), Grande-Bretagne); d'autres envisagent de l'introduire, au moins partiellement (Canada, France par exemple); on observe un développement important de cette méthode de paiement dans les pays à revenus intermédiaires:

plusieurs pays d'Amérique Latine ont développé des expériences dans ce sens¹⁷, mais aussi Argentine, Nicaragua, Thaïlande¹⁸. En Roumanie, à partir de 1994 pour huit districts, puis pour l'ensemble du pays à partir de 1998, les autorités sanitaires passent des contrats avec des médecins en pratique libérale pour la prestation des soins de santé primaire¹⁹. Par contre, en raison notamment de la faiblesse de leurs systèmes d'assurance, la capitation est très peu utilisée dans les pays en développement.

Dans certains cas, notamment au sein du secteur public, il y a une volonté de séparer les fonctions de collecte des fonds, d'achat de service de santé et de prestation²⁰. Il est alors institué une instance -une agence- qui aura pour mission d'acheter les services de santé auprès des prestataires au nom du détenteur de fonds. Un acteur supplémentaire est introduit dans le dispositif. Dans ce cas, la relation contractuelle qui formalise l'achat de services de santé est établie entre cette agence et le prestataire; mais elle agit au nom du détenteur de fonds.

On notera toutefois, notamment à partir de l'expérience de l'Angleterre dans les toutes dernières années, que l'achat de services de santé au cas par cas et basé sur la compétition entre les prestataires laisse la place à des relations plus coopératives et en même temps plus systémiques avec les prestataires. Ainsi la notion de "purchasing" (achat de services) évolue vers la notion de "commissioning" que l'on pourrait traduire par "commissionnement" c'est-à-dire l'acte par lequel une autorité donne la charge et le pouvoir, pour un temps déterminé, à une instance qui agira pour son compte. Le "commissionnement" est ainsi une activité stratégique d'évaluation des besoins, des ressources et des services existant ainsi que de mise en œuvre d'une stratégie pour faire le meilleur usage des ressources disponibles afin de satisfaire les besoins identifiés. Le "commissionnement" implique la définition des priorités, l'achat de services appropriés ainsi que leur évaluation²¹.

- **Mandat de coopération:** le détenteur de fonds a reçu mandat de développer des coopérations avec les prestataires de services de santé. Pour remplir ce mandat, les acteurs vont développer des relations contractuelles qui auront pour but de définir le rôle de chacun dans l'action commune. Ainsi on rencontre de très nombreux exemples où les détenteurs de fonds et les prestataires vont s'unir pour sensibiliser la population à certains problèmes de santé publique. Par exemple, un système d'assurance ou de micro-assurance va mener une campagne de sensibilisation à la vaccination des enfants avec des messages qui auront été préparés avec les prestataires de services de santé.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE

Type de relation contractuelle	Explicitation	Exemples
1. Relation contractuelle directe entre l'individu et le prestataire de soin		
	Chirurgie esthétique ou réparatrice	Nombreux pays développés
2. Relation contractuelle entre un détenteur de fonds et un prestataire de services de santé		
2.1 Mandat d'assureur/ payeur	Tiers payant ou "bulk-bill" de la part d'un médecin Modalités de facturation des soins réalisés par les formations sanitaires et pour lesquels la mutuelle de santé assure le payant directement aux formations sanitaires (à l'exception du ticket modérateur)	Australie Projet PRIMA en Guinée ²²
2.2. Mandat d'encadrement		
. accréditation	Institution spécifiquement chargée de l'accréditation d'un prestataire de services de santé	ANAES en France
. tarifs	Négociation entre médecins en pratique libérale et détenteur de fonds	Sécurité sociale française, Danemark: négociations entre l'organisation professionnelle et le National Health Security System
. services pris en charges		France: liste des médicaments remboursés et taux de remboursement Suriname: définition du paquet de services pris en charge ²³
. conditions d'accueil	La mutuelle de santé a défini avec le centre de santé les conditions d'accueil des adhérents	FAARF Burkina Faso
2.3. Mandat d'achat		
. force de négociation	Achat d'un paquet de services de santé	Allemagne: les fonds de sécurité sociale négocient des budget globaux auprès d'associations de médecins pour couvrir tous les soins ambulatoires d'une population (sur base de capitation) Pays-Bas: pour les hôpitaux, négociation d'un budget entre les assureurs et les prestataires Inde...: achat de la mise en place de la stratégie DOTS auprès de praticiens privés Zambie: les autorités d'un district sanitaire non doté d'un hôpital de district achètent ces services à un hôpital régional

. recours à la méthode de paiement par capitation	Définition des services de santé que le prestataire de services de santé est tenu de fournir aux adhérents	USA (HMO), GB, Pays-Bas (pour la pratique libérale) Plusieurs pays d'Amérique Latine ²⁴ Comparaison Argentine, Nicaragua, Thaïlande Roumanie: le Ministère de la Santé par des contrats avec les médecins pour les soins de santé primaires
. meilleure connaissance des besoins	Médecins généralistes chargés d'orienter vers des spécialistes	GB
. achat de biens publics	Achat d'activités spécifiques (marketing social, activités de prévention) auprès d'un prestataire spécialisé	Activités de prévention avec de nombreuses ONG dans les pays africains (Sénégal, Mauritanie, ...)
2.4. Mandat de prestation	Contractualisation interne à un même propriétaire: - entre État et hôpitaux autonomes - entre État et District Health Boards	Australie, France, Danemark Nouvelle-Zélande
2.5. Mandat de coopération	Contrats entre des systèmes d'assurance et des prestataires de services de santé pour des campagnes de vaccinations, de sensibilisation à des actions de santé publique, etc.	

2. Les modalités de production des prestataires de services de santé

Pour assurer leur fonction de prestation, les prestataires de services de santé disposent de fonds qui leur viennent directement des individus ou de détenteurs de fonds qui les ont eux-mêmes reçu des individus. L'acte de production peut alors se dérouler selon trois modalités:

- La voie classique: cas 4 graphique 2

le prestataire agit comme un producteur classique qui combine des intrants pour obtenir le produit qu'il souhaite fournir à ses clients. Pour cela, il s'assure de ressources humaines et acquière les fournitures nécessaires. Selon son statut juridique, le prestataire utilisera la main d'œuvre qui est mise à sa disposition ou il l'acquerra directement sur le marché du travail. Les fournitures seront également achetées sur le marché des biens;

- Services intermédiaires: cas 5 graphique 2

Pour certains services intermédiaires, le prestataire pourra s'adresser à des prestataires spécifiques. Il peut en être ainsi pour des services non médicaux: par exemple, un hôpital fera appel à une entreprise pour la restauration des malades ou pour l'entretien des salles des malades. Il peut aussi en être ainsi pour des services médicaux: un hôpital peut s'assurer les services d'un chirurgien spécialiste qui n'est pas employé de l'hôpital ou sous-traiter les examens de laboratoire à un cabinet particulier. Ces externalisations concernent en général des fonctions particulières qui ne constituent pas la mission première du prestataire de service. Ce qui distingue cette catégorie de la précédente, c'est qu'il s'agit d'un service intermédiaire "organisé" qui lui-même combine différents intrants. Dans cet environnement, la théorie de l'agence est particulièrement relevante; le prestataire de services de santé agit comme un *principal*, les prestataires spécifiques sont en situation d'*agent*;

- Autres prestataires de services de santé: cas 6 graphique 2

Le prestataire de services de santé peut aussi chercher à s'entendre avec d'autres prestataires pour ensemble définir des modalités de collaboration. Ces partenariats peuvent être plus ou moins forts et engager plus ou moins chacun des acteurs dans cette collaboration: réseaux, alliances stratégiques, voire filiales communes. Dans ces cas, il n'y a pas d'acte d'achat. La théorie de l'agence ne peut plus être mobilisée pour expliciter les relations entre ces partenaires; il s'agit au contraire d'une relation plaçant les acteurs sur un même pied et où les acteurs cherchent à définir leur coopération.

Avec les ressources dont il dispose (que celles-ci lui aient été fournies par dotation de l'État, par achat de la part de détenteurs de fonds ou directement par les individus), le prestataire doit organiser sa production.

Classiquement, il combine tous les intrants dont il dispose pour assurer cette production, à l'instar d'une entreprise. Dans certains cas, il aura à établir des relations contractuelles classiques telles que des contrats de travail avec le personnel qu'il emploie ou des contrats de fournitures avec ceux qui lui fournissent des intrants bruts tels que des matières premières et des biens divers. Cependant, dans ce schéma, le prestataire de services de santé reste le seul acteur dans l'acte de production.

Afin d'améliorer sa productivité, un prestataire de services de santé peut s'assurer la participation d'un autre prestataire dans l'acte de production. Cette participation à l'acte de production peut prendre la forme d'un achat de services intermédiaires, qu'il s'agisse de services non médicaux ou de services médicaux. Cet acte d'achat demande que soit établie une relation contractuelle entre le prestataire principal et le prestataire de services intermédiaires. Le prestataire principal délègue une des tâches entrant dans la production de son service de santé à un prestataire qui les exécute selon le contrat établi; ainsi, le prestataire de services intermédiaires se substitue au prestataire principal pour cette partie de l'acte de production, mais le prestataire principal demeure le maître d'ouvrage.

Plusieurs éléments distinguent les deux catégories ci-dessus, notamment:

- dans la première catégorie, il s'agit d'échanges généralement ponctuels alors que dans la deuxième catégorie l'échange est quasi continu et s'inscrit dans le long terme;
- le prestataire de services de santé ne pourrait que très difficilement produire les biens de la première catégorie ci-dessus alors qu'il aurait pu décider de produire lui-même les services intermédiaires (et peut-être les produisait-il lui-même auparavant);
- dans la première catégorie, il s'agit d'intrants "bruts" que le prestataire va utiliser pour assurer la production du service de santé alors que dans la seconde catégorie, il s'agit d'un service intermédiaire "organisé" qui est une partie, certes généralement non essentielle, du service de santé produit par le prestataire;
- dans la seconde catégorie, l'achat matérialise une délégation de la part du prestataire de services de santé alors que cette notion n'est pas présente dans la première catégorie.

Ces éléments sont importants pour comprendre les relations qui s'établissent entre ce prestataire de services de santé (l'acheteur) et le fournisseur. Il est ici utile de considérer la littérature sur la fonction d'achat ("purchasing")²⁵. Le débat sur cette question peut se résumer en deux grands courants: le partenariat et la compétition²⁶. La compétition est l'approche classique des relations entre un acheteur et des fournisseurs: la relation est distante, l'acheteur met en compétition les fournisseurs afin d'obtenir le meilleur service au moindre prix lors de la transaction et il va renouveler le plus souvent possible dans le temps cette compétition:

- Arm's length relationships
- Frequent tendering which is risky and costly

- Reliance on price
- Spot contracts or complex contingent claim contracting
- Multi-sourcing
- Lack of trust
- Reluctance to share information
- Adversarial attitudes ("win-lose" outcomes)

Au contraire, dans l'approche partenariale ou encore "co-makership", l'acheteur va développer des relations basées sur la confiance avec des fournisseurs spécifiques :

- Avoiding unnecessary costs of excessive tendering and frequent competitions
- Fewer, dedicated suppliers
- Long-term contracts
- Coordinated strategies between buyers and suppliers
- A sharing of risks and rewards
- Trust relationships
- Single sourcing
- Resulting mutual benefit ("win - win" outcomes)

On s'accordera pour dire que les relations basées sur la compétition peuvent généralement convenir à la première catégorie ci-dessus concernant l'achat d'intrants bruts. Par contre, les analyses d'expériences dont on dispose concernant la prestation de services intermédiaires révèlent les limites des relations uniquement basées sur la compétition et qu'une dose de partenariat s'avère une condition nécessaire pour obtenir de bons résultats. La forme contractuelle qui en découle sera en relation: dans la première catégorie, on recourra essentiellement à des contrats opposables décrivant pleinement toutes les conditions de la relation; dans la seconde catégorie, on utilisera plutôt des contrats relationnels de type "head of agreement"²⁷.

L'acte de production peut également induire une collaboration. Dans ce cas, un prestataire de services de santé cherche la collaboration d'autres prestataires qui en s'unissant vont améliorer la productivité de l'acte de production. Ces collaborations entre prestataires de services de santé ne sont plus fondées comme ci-dessus sur un acte d'achat mais sur la définition des responsabilités de chacun dans l'acte de production. Cette définition demande que la relation contractuelle soit formalisée dans un document contractuel qui établit les responsabilités de chacun.

- cette relation contractuelle peut entraîner la rédaction d'un contrat: par exemple, réseaux ou alliances stratégiques.

- cette relation contractuelle peut également être fondée sur l'établissement d'une filiale commune; deux entités décideront que, pour la réalisation d'une activité donnée, elles vont créer une filiale commune. Cette coopération contractuelle ne se matérialise pas dans un contrat mais dans le statut de leur filiale commune. Par exemple, i)deux hôpitaux peuvent décider de mettre en commun certains de leurs services: examens spécifiques de laboratoires, services spécifiques de comptabilité, etc., ii)des prestataires de soins de santé décident de partager une structure d'approvisionnement en médicament. Pour ce faire, leur alliance peut prendre la forme d'une filiale commune, par exemple un Groupement d'Intérêt économique (GIE)²⁸. L'esprit de la coopération contractuelle se manifeste dans le statut de filiale commune dans lequel chacune des entités-mères définit ses engagements.

Type de relation contractuelle	Explication	Exemples
1. achat d'inputs "bruts"		
1.1 main d'œuvre	Contrats de travail	
1.2 fournitures	Contrats de fournitures	
2. achat de services intermédiaires		
2.1 services non médicaux		
. restauration des malades	Hôpitaux qui passent contrat avec une firme privée pour la restauration des malades	Bombay, Inde ¹
. entretien des salles	Hôpitaux qui passent un contrat pour l'entretien des salles de malades	Tunisie
. blanchisserie	Hôpitaux qui passent contrat avec une firme privée pour la blanchisserie	Thaïlande ¹
. maintenance	Maintenance d'un parc de véhicules ou d'appareils médicaux et non-médicaux	Papouasie-Nouvelle-Guinée ¹
. comptabilité, gestion des ressources humaines	Contrat pour la gestion par une firme privée spécialisée	Cambodge ²
. formation continue	Prestataires de services qui, pour améliorer l'efficacité de leurs personnels, négocient des sessions de formation continue avec une firme spécialisée	Brésil, Équateur, Mexique, Bolivie ³
2.2. services médicaux		
. analyses laboratoires, radiologie	Prestataires qui font réaliser certaines analyses de laboratoire dans des cabinets spécialisés	
. recours à des spécialistes	Hôpitaux qui embauchent des spécialistes pour des tâches spécifiques	Namibie???
3. coopération contractuelle		
3.1 Les accords à interpénétration organisationnelle faible		
. franchising	Entente entre un franchiseur et des franchisés	DOTS en Inde, Bangladesh, Cambodge, Chine
. les réseaux	Des prestataires de services de santé s'organisent entre eux pour apporter un suivi complet du patient	Réseau Santé Sida Yvelines Ouest (RESSY), France
. les accords de partenariats	Hôpitaux qui s'entendent pour se spécialiser chacun dans domaine mais qui échangent leurs patients	Dans le réseau IRIS (Interhospitalière Régionale des Infrastructures de Soins, Bruxelles, Belgique), des soins spécialisés, nécessitant des équipements de haute technologie et des compétences pointues, sont concentrés sur certains sites de référence ²⁹
3.2. Les accords à interpénétration organisationnelle forte		

les alliances stratégiques	Prestataires qui mettent en commun leurs moyens pour réaliser une activité:	France, ville d'Evry: l'hôpital de la ville, SOS médecins et l'Association Départementale des Urgences médicales créent une association commune qui assure une consultation de nuit ³⁰
----------------------------	---	---

¹ S.Bennett, B.McPake, A.Mills (1997) "Private health providers in developping countries", Zed Books, London

² Soeters R, Griffiths F (2000) "Can gouvernement health workers be motivated? Experimenting with contract management: the case of Cambodia", communication présentée au colloque international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenus d'Afrique et d'Asie", CERDI, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

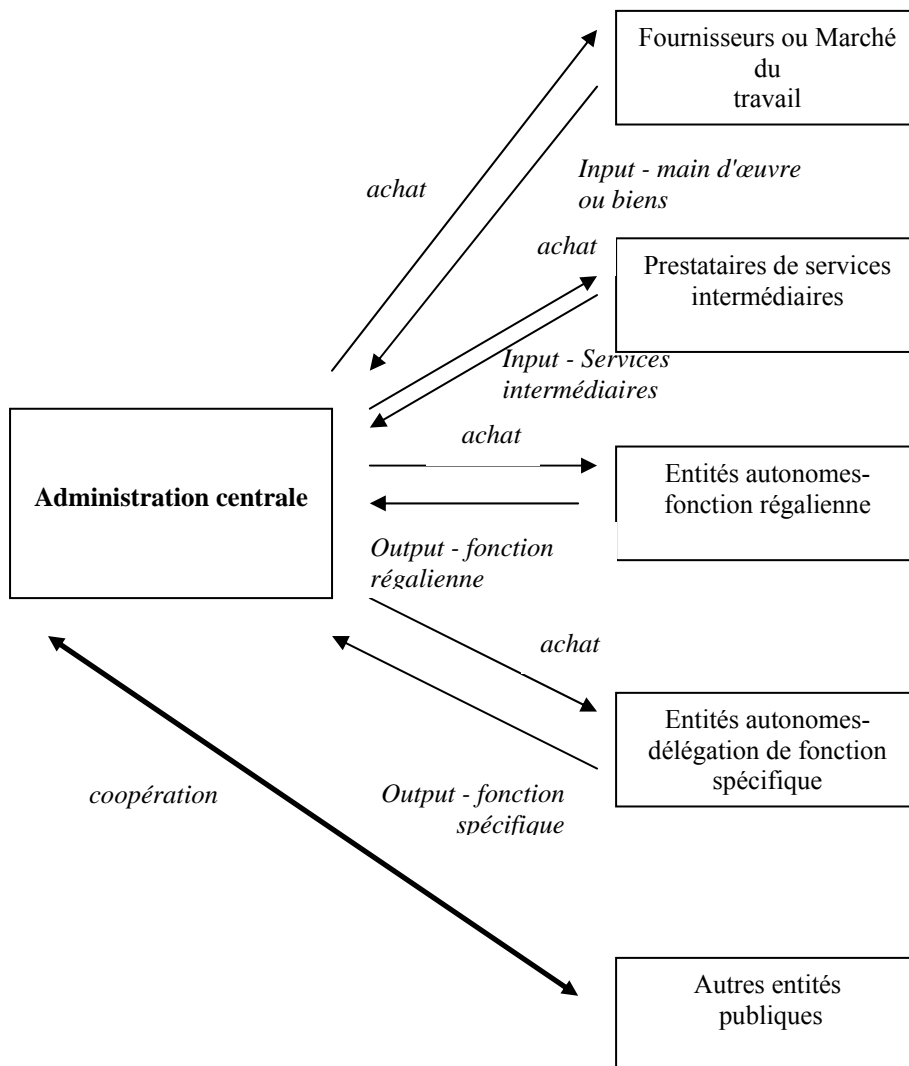
³ Kolehmainen-Aitken R-L (2000) "State of the pratice: Public-NGO partnerships in response to decentralization", LAC Health Sector Reform Initiative

PARTIE II: LA FONCTION D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE

Outre ses implications, plus ou moins importantes et plus ou moins directes selon les systèmes de santé, dans la prestation des services de santé, l'administration sanitaire joue également une fonction d'administration générale telle que définie en introduction. Le premier rôle a été abordé dans la partie précédente puisque ont été abordées les relations entre les prestataires de services de santé et les détenteurs de fonds dans la production de la prestation de services de santé: le rôle de l'administration sanitaire y était alors envisagé sous l'angle d'un détenteur de fonds ayant des relations avec les prestataires de services de santé ou sous l'angle d'un prestataire de services de santé. Il s'agit maintenant d'envisager le second rôle de l'administration sanitaire, à savoir celui d'administration générale.

Le financement de ce rôle d'administration générale de la santé, qu'il soit tenu au niveau national ou local, est assuré par les ressources provenant de l'impôt; pour les pays en développement, il convient d'y ajouter les ressources en provenance des partenaires au développement. Ainsi l'État (ou une collectivité territoriale) dispose de fonds pour accomplir cette mission; il s'agit alors d'analyser comment ces entités vont organiser la production de cette fonction: le schéma ci-dessous en présente une synthèse:

II.1. Les modalités de production des tâches d'administration générale



- La voie classique: l'État (ou la collectivité territoriale) agit comme un producteur classique qui combine des intrants pour obtenir le produit qu'il souhaite. Pour cela, il s'assure de ressources humaines qu'il recrute directement en établissant des contrats de travail: ces derniers seront classiques pour toute main d'œuvre contractuelle ou d'un type particulier lorsqu'il s'agit de fonctionnaires relevant de la fonction publique. Par ailleurs, il acquerra des fournitures qu'il se procurera sur le marché des biens et des services pour lesquelles il passera des marchés publics donnant généralement lieu à des contrats administratifs. Dans ce cadre, l'administration reste le seul acteur dans l'acte de production.
- Pour certains services intermédiaires, l'administration peut s'adresser à des prestataires spécifiques. Ainsi, plutôt que d'avoir en son sein un service de maintenance pour les véhicules et pour certains appareils, elle peut décider de passer un contrat avec un prestataire qui exécutera cette tâche pour elle. Elle peut de même acheter des services de formation continue auprès d'une institution de formation ou des services d'études auprès d'une firme de consultants. Ces externalisations concernent en général des fonctions particulières qui ne constituent pas la mission première de l'administration: il est ainsi plus difficile d'acheter le recrutement des fonctionnaires ou l'inspection des personnels et des institutions. Ces services intermédiaires ne constituent qu'une partie de l'output.
- L'administration peut également déléguer certaines de ces tâches régaliennes - c'est-à-dire celles liées à l'exercice du pouvoir et aux prérogatives de l'État- à des entités autonomes.

Ainsi, plutôt que d'exercer elle-même ces tâches, l'administration les délègue, par décret, à une entité autonome. Cependant, dans la mesure où cette entité ne peut pas tirer de ressources de son activité, l'administration supportera les charges financières liées au fonctionnement de cette entité autonome. Elle peut alors accorder des subventions financières selon les modalités habituelles de l'administration ou établir un contrat liant la subvention à la performance. On peut, dans ce dernier cas, parler d'achat d'un output particulier. Par exemple, en France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES): en application de l'ordonnance du 24 avril 1996, l'ANAES est chargée de l'accréditation des établissements de santé publics et privés. Les charges financières liées au programme de travail fait l'objet d'une entente contractuelle avec l'administration centrale.

- L'administration peut également déléguer certaines de ces tâches techniques à des entités autonomes. Par exemple, l'administration peut déléguer certains de ses mandats à des entités spécifiques; elle créera ainsi une entité spécifique pour la gestion des districts ou des régions sanitaires, ou pour l'approvisionnement en médicaments. Ces entités autonomes auront cependant des liens avec l'administration qui seront généralement établis selon des modalités contractuelles. Dans la mesure où ces entités reçoivent mandat d'exécuter certaines activités pour le compte de l'administration, celle-ci en assumera pour tout ou partie les conséquences financières. On peut alors considérer que l'administration achète à ces entités la prestation de certains services pour lesquels elle apporte un financement.
- La fonction d'administration de la santé dans les pays est de moins en moins l'affaire d'une administration centrale unique: cette fonction est de plus en plus souvent partagée par diverses instances publiques: l'administration centrale, mais aussi les collectivités territoriales décentralisées qui sont autant d'instances indépendantes chargées par la loi de certaines fonctions au sein du secteur de la santé. Cette logique prévaut également dans les pays à structure fédérale dans lesquels des relations contractuelles sont de plus en plus fréquemment utilisées pour résoudre les relations entre ces niveaux. Pour autant, la loi ne suffit pas toujours pour régler les relations nécessaires entre ces entités publiques en charge de la santé. Se développent alors des relations contractuelles qui ont pour objectifs d'établir les nécessaires coopérations. Ces relations contractuelles ne sont pas basées sur un achat mais sur la définition de collaborations voire d'actions communes qui entraînent le partage ou la mise en commun de financements. Chacun de ces acteurs publics apportent sa part de financement pour la réalisation d'une activité. Là encore, ces différentes entités publiques peuvent également s'entendre pour créer des entités communes auxquelles elles délèguent un mandat; par exemple, la création d'une agence locale dont les membres du conseil d'administration proviennent du niveau central comme des collectivités territoriales décentralisées (District Health Board en Zambie).

Type de relation contractuelle	Expériences
1. achat de services intermédiaires	
. entretien, maintenance, etc.	La plupart des ministères de la santé ont supprimé leurs ateliers de maintenance et ont passé des contrats avec des entreprises privées: cela est notamment vrai pour tout le matériel non médical; pour le matériel médical on observe encore des pratiques diversifiées
. formation continue	Des ONG telles que BEMFAM au Brésil, CEMOPLAF en Équateur, MEXFAM au Mexique, CARE en Bolivie, ont passé des contrats avec les municipalités pour former les personnels de ces dernières, notamment dans le domaine de la santé de la reproduction ³¹ .
. études	Dans de nombreux pays en développement, les études nécessaires à la préparation de projets soutenus par les partenaires au développement sont réalisées par des bureaux d'études ayant passés contrats pour ces tâches
2. délégation à des entités autonomes	
. gestion d'un district sanitaire	Cambodge: gestion des ressources humaines du district par une ONG internationale ³²
. approvisionnement en médicaments	Ghana: une ONG est chargée par le Ministère de la Santé de vendre des préservatifs dans le cadre de l'initiative de marketing social ³³
. système d'accréditation	France: l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)
3. liens entre administrations	
. coopération sur des tâches spécifiques	Dans le cadre de la décentralisation, les arrangements contractuels règlent les relations entre le Ministère de la Santé et les municipalités, par exemple pour les questions de personnels ou pour la supervision des formations sanitaires
. entités communes	Zambie: District Health Board

CONCLUSION

Cette analyse a mis en évidence plusieurs points importants:

- Tout d'abord, qu'il n'est pas possible de parler d'achat sans établir une typologie. Celle qui apparaît la plus discriminante repose sur la distinction entre l'achat de services de santé par un détenteur de fonds et l'achat de services intermédiaires par des prestataires de santé dans l'acte de production des services de santé;
- Une fois cette typologie établie, il devient alors plus aisé d'analyser les relations contractuelles au sein du système de santé et de caractériser chacune d'elles;

Si maintenant on s'intéresse à l'évolution de la contractualisation dans le cadre établi, il ressort:

- La contractualisation au sein de l'acte de production se développe, notamment dans le secteur public. Alors qu'il y a encore peu, l'idée qu'un prestataire de services de santé pouvait faire appel à des prestataires de services intermédiaires pour assurer la meilleure production de services de santé semblait presque impossible: un prestataire de services de santé se devait d'assurer entièrement l'acte de production car il s'agissait d'un produit spécifique qui ne pouvait s'accommoder de la participation d'un prestataire externe. Aujourd'hui la spécialisation des tâches rend souvent plus judicieux de recourir à un prestataire externe pour assurer la production de services intermédiaires pour lequel ce dernier jouit d'une plus grande efficacité. Cette contractualisation est alors basée sur les principes du marché et de la compétition: il s'agit, pour le prestataire de services de santé, de s'approprier les services d'un prestataire de services intermédiaires spécialisé qui peut ainsi pratiquer des tarifs plus compétitifs que ceux du prestataire de services de santé dont ce n'est pas la spécialité;
- Par contre, les relations contractuelles entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé évoluent selon des courants divers. Le premier courant a été celui de la séparation entre le détenteur de fonds et le prestataire de services de santé avec l'instauration d'une compétition entre les prestataires basées sur les règles du marché (réel pour le secteur privé ou artificiel dans le cas des marchés internes dans le secteur public). Aujourd'hui, plusieurs des pays qui s'étaient largement engagés dans cette voie adoptent des stratégies quelque peu différentes (Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande). Ainsi, on passe de la notion de contractualisation basée sur la compétition à la notion de coopération contractuelle: Grande-Bretagne, Suède.

ANNEXE

ÉLÉMENTS POUR ÉVALUER LA PLACE DE LA CONTRACTUALISATION

Il est important de mesurer la place qu'occupe la contractualisation dans un système de santé afin de mettre ensuite cette place en relation avec une mesure de la performance de ce système afin d'apprécier si la contractualisation est un outil qui contribue à l'amélioration de cette performance. On peut ainsi chercher à établir un "*indice de recours à la contractualisation*" visant à indiquer la place qu'occupe la contractualisation.

La réalisation d'un indice synthétique pour l'ensemble du système de santé n'est sans doute pas aisée. En outre, compte tenu de la diversité dans l'utilisation de cet outil, il peut être intéressant de disposer d'une information par types de recours à la contractualisation. Ainsi, cet indice de recours à la contractualisation peut être établi pour chacune des catégories retenues dans ce document, à savoir, i) les relations contractuelles concernant la prestation de services de santé, avec une distinction selon qu'il s'agit de relations entre un détenteur de fonds et un prestataire ou selon que la relation contractuelle concerne l'acte de production, et, ii) les relations contractuelles relations à la fonction d'administration générale.

- **Relations contractuelles concernant la prestation de services de santé**

En ce qui concerne les relations contractuelles entre détenteurs de fonds et prestataires de services de santé, l'indice de recours à la contractualisation peut tenter d'apprécier le volume financier qui transite des détenteurs de fonds vers les prestataires de services de santé au travers de contrats d'achats de services. Un tel indice peut également être éclaté en tenant compte du type de détenteur de fonds (État, Assurance obligatoire, Assurance volontaire) ou selon la nature des services de santé achetés (services de santé individualisables par rapport à des services de santé non individualisables).

- **Relations contractuelles concernant l'acte de production des prestataires de services de santé**

En ce qui concerne les relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les prestataires de services intermédiaires, l'indice de recours à la contractualisation cherchera à mesurer le volume financier que les prestataires de services de santé consacrent à l'achat de services intermédiaires. Un tel indice peut également être éclaté en tenant compte du type de prestataire de services de santé: par exemple, selon qu'il s'agit d'un prestataire public ou d'un prestataire privé. Une approche alternative consiste à identifier le pourcentage d'établissements de soins qui ont passé des accords contractuels avec des prestataires de services intermédiaires. Par exemple, on peut retenir les hôpitaux de première référence et observer le pourcentage de ceux qui ont des accords pour la restauration des malades, l'entretien des salles, la comptabilité, la maintenance des appareils, mais aussi pour les examens de laboratoires.

- **Relations contractuelles relatives à la fonction d'administration générale**

En ce qui concerne les relations contractuelles relatives à la fonction d'administration générale, l'indice de recours à la contractualisation peut être un composite d'éléments tels que:

- nombre de contrats établis pour obtenir des services intermédiaires
- nombre de contrats établis avec des agences spécialisées
- nombre de contrats établis avec des entités autonomes disposant d'une délégation de responsabilité pour des tâches spécifiques
- nombre de contrats établis avec des autres entités publiques

A chacun de ces éléments peuvent être affectées des pondérations différentes.

En utilisant des techniques de régression, ces indices peuvent alors être rapprochés des indicateurs de mesure de la performance du système de santé de sorte à établir des liens de causalité. Ainsi il sera possible de tester si le recours à la contractualisation est un élément qui contribue à améliorer l'efficacité de la prestation des services de santé et de l'administration générale et par là la performance du système de santé dans son ensemble. Ainsi, la place qu'occupe les relations contractuelles dans le système de santé pourrait ensuite être rapprochée des trois objectifs d'un système de santé tels qu'établis dans le Rapport sur la santé dans le monde - 2000: amélioration de la santé, contribution équitable et réactivité.

Des telles relations quantitatives seront cependant difficiles à établir et sans doute sera-t-il nécessaire de les accompagner avec des analyses qualitatives visant à identifier les changements de comportements des acteurs qui seraient induits par un recours plus systématique à la contractualisation.

NOTES

¹ C'est dans cette ligne que s'inscrivent les réformes basées sur la séparation entre l'achat et la prestation de services de santé: cf. C.M. Flood (2000) "International Health Care Reform: A legal, economic and political analysis", Routledge, London and New York

² G.S. Becker (1964) "Human capital", N.B.E.R., New York

³ K. Lancaster (1966 "A new approach to consumer theory", Journal of Political Economy, vol. 174

⁴ M. Grossman (1972) "On the concept of health capital and the demand for health", Journal of Political Economy, 80, pp.1275-1294, and "The demand for health: a theoretical and empirical investigation", NBER, New York

⁵ Dans le modèle de Grossman, l'initiateur d'une demande de santé est uniquement l'individu. Dans ce document, l'individu reste le principal initiateur de la demande de santé; toutefois, il est des cas où cette demande initiale peut provenir d'autres entités telles que des entreprises. L'analyse développée dans le document pour les individus peut alors être transposée à ces entités. Par contre, l'État n'est jamais considéré comme un initiateur de demande de santé puisqu'il agit toujours sur mandat qui lui est donné par les individus ou par ces autres entités.

⁶ Dans le cas présent, cette distinction n'est pas importante. Elle le serait par contre si l'on s'intéressait à la manière dont les fonds sont collectés: à savoir, au travers du système fiscal ou par des cotisations spécifiques versées à des caisses d'assurance. Dans certains cas cependant on observe une séparation de la fonction de collecte des fonds et de la fonction d'assurance du détenteur de fonds. Par exemple, dans le Plan Dekker aux Pays-Bas à partir de 1987: l'État assure la collecte des primes, mais la fonction d'assurance est exercée par des compagnies d'assurances qui reçoivent pour ce faire une dotation forfaitaire par client de la part de l'État.

⁷ P. Hanvoravongchai (2002) " Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience", WHO/EIP/HFS, Health financing policy discussion paper

⁸ Généralement, le détenteur de fonds assure simultanément la fonction de collecte des fonds et la fonction d'assurance.

⁹ B.Criel, P. Van der Stuyft, W.Van Lerberghe (1999) "The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns" Social Science and Medicine, 48:897-911

¹⁰ C'est sur cette base qu'actuellement les Caisses d'Assurance Maladie en France réfléchissent sur la notion "d'Assurance maladie - acheteur avisé" agissant entre les patients et les praticiens libéraux. S.Béjean, P.Durand, Ch.Vankemmelbeke (2002) "L'assurance maladie, acheteur avisé: une réforme profonde des relations conventionnelles avec les médecins libéraux", Journal d'Economie Médicale, vol.20, N°2, p. 75-91

¹¹ Les analyses menées en Argentine, Nicaragua et Thaïlande montrent clairement les stratégies mises en place par les prestataires pour réduire ce transfert de risques: R. Bitran (2001) "Paying Health Providers through Capitation in Argentina, Nicaragua, and Thailand: Output, Spending, Organizational Impact, and Market Structure", Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research 2, Technical Paper N° 1

¹² Par rapport au schéma qui sous-tend l'analyse du financement des systèmes de santé présenté au chapitre 5 du "Rapport sur la santé dans le monde 2000" de l'OMS, le présent schéma se veut plus complet:

- il intègre entièrement le paiement direct des individus aux prestataires de services de santé, alors que celui-ci est uniquement envisagé dans la première fonction du schéma du Rapport sur la santé dans le monde, à savoir la "collecte des contributions";
- il s'intéresse à l'ensemble de l'allocation des ressources aux prestataires de services de santé, que celles-ci proviennent directement des individus ou transitent par des détenteurs de fonds;
- il envisage en détail les différentes modalités de cette allocation des ressources en posant explicitement les mandats des détenteurs de fonds. Une démarche inverse aurait pu partir du prestataire de services de santé et envisager les modalités par lesquelles ses activités sont achetées.

Ainsi, on dispose d'une analyse complète du financement des activités réalisées par les prestataires de services de santé ou autrement dit de l'achat de ces services par les individus ou leurs représentants.

¹³ J.J. Rousseau (1762) "Du contrat social"

¹⁴ K.Hanson, L.Atuyambe, J.Kamwanga, B.McPake, O.Mungule, F.Ssenooba (2002) "Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy", *Health Policy*, 61, pp. 73-94

¹⁵ Cette ordonnance de 1996 pose néanmoins un problème; en effet, elle oblige les établissements hospitaliers à établir un contrat avec les ARH. Cette obligation de contracter imposée par la loi s'inscrit en contradiction avec la notion même de contrat qui stipule la libre volonté des parties. On peut alors parler d'une "contractualisation encadrée" puisque le législateur intervient dans la sphère des relations contractuelles en obligeant les parties à contracter, voire en stipulant certaines clauses de ces contrats.

¹⁶ La capitation est une méthode de rémunération d'un prestataire de services de santé par un détenteur de fonds: ce dernier verse au prestataire une somme définie *a priori*, établie per capita et payée pour une période future. Avec ce montant forfaitaire qu'il a reçu en avance, le prestataire s'engage à fournir tous les soins nécessaires aux personnes pour lesquels ce montant a été versé.

¹⁷ Telyukov A. (2001) "Guide to prospective capitation with illustrations from Latin America", LAC- Health Sector Reform Initiative, N°5, <http://www.americas.health-sector-reform.org>

¹⁸ R. Bitran (2001) "Paying Health Providers through Capitation in Argentina, Nicaragua, and Thailand: Output, Spending, Organizational Impact, and Market Structure", Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research 2, Technical Paper N° 1

¹⁹ C. Vladescu, S. Radulescu (2001) "Improving primary health care: output-based contracting in Romania", Ch.6 in "Contracting for public services: output-based aid and its applications", Edited by P.J. Brook and S.M. Smith, World Bank and International Finance Corporation

²⁰ K. Bryntse (1996) "The purchasing of public services: exploring the purchasing function in a service context", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.2, N°4, pp. 193-201

²¹ Peacock S (1997) "Experiences with the UK National Health Service Reforms: A case of the infernal market?", Centre for Health Program Evaluation, Australia

James C, Dixon M, Sobanja M (2002) "Re-focusing Commissioning for Primary Care Trusts" An NHS alliance discussion paper, <http://www.nhsalliance.org/docs>

²² B.Criel, A.N.Barry (2002) "Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale", document édité par Medicus Mundi Belgique, Ministère de la Santé Publique de la Guinée, GTZ, DGCI Belgique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

²³ F.Rutten, R.Lapré, R.Antonius, S.Dokoui, E.Haqq, R.Roberts, A.Mills (2002) "Financing of health care in four Caribbean territories: a comparison with reforms in Europe", *Health Policy*, vol.61, pages 49-59

²⁴ Telyukov A. (2001) "Guide to prospective capitation with illustrations from Latin America", LAC- Health Sector Reform Initiative, N°5, <http://www.americas.health-sector-reform.org>

²⁵ Notamment, la revue "*European Journal of Purchasing & Supply Management*" produit depuis plusieurs années des articles de référence. Si le champ d'application n'en est que très rarement la santé, les concepts et outils développés peuvent être considérés avec intérêt par le secteur de la santé.

²⁶ D.Parker, K.Hartley (1997) "The economics of partnership sourcing versus adversarial competition: a critique", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.3, N° 2, pp. 115-125

²⁷ Sur ces notions, voir A.Cox (1996) "Relational competence and strategic procurement management: towards an entrepreneurial and contractual theory of the firm", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.2, N°1, pp. 57-70, et I.Thompson, A.Cox, L.Anderson (1998) (1998) "Contracting strategies for the project environment", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.4, N°1, pp.31-41

²⁸ Le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) est un statut juridique dans le droit d'obédience française. Le groupement d'intérêt économique (GIE) est une entité dont le but est la mise en œuvre pour une durée déterminée, de tous les moyens propres à faciliter ou à développer une activité de ses membres

²⁹ Pour information, consulter le site internet: <http://www.iris-hopitaux.be>

³⁰ Pour information, consulter le site internet: <http://www.renaudot.free.fr>

³¹ Kolehmainen-Aitken R-L (2000) "State of the practice: Public-NGO partnerships in response to decentralization", LAC Health Sector Reform Initiative

³² Soeters R, Griffiths F (2001) "Experimenting with management: can government health workers be motivated? The case of Cambodia", Draft document

³³ Lubben M, Mayhew S H, Collins C, Green A (2002) "Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue", Bulletin of World Health Organization, 80 (8), p.667-674