

L'achat stratégique en vue de la Couverture Sanitaire Universelle: Libérer le potentiel

RÉUNION MONDIALE RESUME ET MESSAGES CLES

25-27 avril 2017 | Genève (Suisse)



Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. OMS ; L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Libérer le potentiel. Résumé et messages clés, Réunion mondiale, 25-27 avril 2017. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication contient le rapport résumé de la réunion mondiale sur "L'Achat Stratégique pour la Couverture Universelle en Santé: Libérer le potentiel"; 26-28 Avril 2017, Genève. Cette publication ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Aperçu | 1 |
| Messages clés sur les principaux domaines d'activité de l'achat stratégique | 2 |
| 1. Conception d'un panier de soins pour la CSU: évidence, processus et considérations politiques | 4 |
| 2. Systèmes mixtes de paiement des prestataires : alignement vers des incitations cohérentes..... | 6 |
| 3. Paiement à la performance & financement basé sur les résultats dans le cadre des systèmes mixtes de paiement des prestataires : du niveau du régime au niveau du système..... | 8 |
| 4. Systèmes de gestion d'information cohérent pour l'achat stratégique | 10 |
| 5. Enjeux de gouvernance dans l'achat stratégique..... | 12 |
| 6. Élaboration d'un agenda de collaboration global | 14 |
| 7. Prochaines étapes et moyens d'accomplir des progrès..... | 15 |
| Annexe 1: Présentations de la réunion | 17 |
| Annexe 2: Liste des participants..... | 20 |

Aperçu

Informations générales

Une réunion mondiale a eu lieu du 25 au 27 avril 2017 au Siège de l'OMS à Genève regroupant des experts et praticiens autour du thème de l'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle. Ont pris part aux discussions des représentants d'autorités sanitaires nationales, d'organismes d'achat, de partenaires techniques et financiers, de fondations, ainsi que des experts de la thématique et des spécialistes issus du milieu académique (Cf. la liste des participants à l'Annexe 1). Cette réunion a permis de faire le point sur les travaux en cours autour de l'achat stratégique et d'identifier les priorités pour une future collaboration entre pays et partenaires, en s'intéressant particulièrement au défi du renforcement des capacités.

Objectifs de la réunion

Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- Contribuer à mieux expliquer les concepts et à trouver un accord sur certains points relatifs à l'achat stratégique afin de préciser des questions de fond
- Partager des informations et des enseignements tirés de l'expérience des pays en matière d'achat stratégique
- Discuter les problèmes et les obstacles aux réformes et définir des options permettant aux pays de passer à l'achat stratégique
- Mettre en évidence les besoins en matière de renforcement des capacités
- Élaborer un plan global de travail collaboratif sur l'achat stratégique et définir les prochaines étapes

Messages clés

Le présent document comporte des messages clés et des orientations pour les travaux futurs sur les cinq thèmes examinés lors de la réunion : 1) La conception du panier de prestations concourant à la CSU : évidence, processus et considérations politiques ; 2) Les systèmes mixtes de paiement des prestataires : harmonisation en vue d'une cohérence des incitations ; 3) Paiement à la performance et Financement Basé sur les Résultats (FBR) : du projet au système ; 4) Les systèmes de gestion de l'information en vue de l'achat stratégique ; et 5) Les questions de gouvernance et l'achat stratégique. Il résume aussi les débats concernant 6) Un plan global de collaboration et 7) les prochaines étapes et la marche à suivre.

Remerciements

Cette réunion a été financé grâce à la contribution du **Gouvernement du Japon**, du Partenariat pour la CSU appuyé par l'**Union européenne** et le **Luxembourg** et du **Department For International Development** (DFID), Grande-Bretagne dans le cadre du Programme visant à améliorer les systèmes de financement de la santé des pays pour accélérer les progrès en vue de la CSU. Il convient de remercier aussi les participants et les réviseurs pour leurs contributions et observations utiles dans l'élaboration de ce résumé.

Ce rapport a été préparé par Inke Mathauer, Fahdi Dkhimi et Kira Koch.



Messages clés sur les principaux domaines d'activité de l'achat stratégique

L'achat stratégique ne concerne pas uniquement le financement de la santé – c'est une thématique transversale qui impose une vue d'ensemble sur des domaines de travail connexes des systèmes de santé et certaines questions centrales comme ci-après :

Les processus de définition du panier de prestations : trois étapes sont essentielles pour définir les droits prioritaires aux prestations : la collecte et l'analyse de données, le dialogue participatif, et la prise de décisions qui suppose l'implication des organisations de la société civile et des citoyens.

Les systèmes mixtes de paiement des prestataires : pour mieux comprendre ces systèmes mixtes, il faut adopter une perspective systémique qui permet d'évaluer les effets combinés (complémentaires ou contradictoires) des différentes méthodes de paiement employées dans un pays. La question n'est pas le recours à telle ou telle méthode de paiement donnée. Il est plutôt question de l'ensemble combinant des incitations générées par ces méthodes de paiement qui doivent être alignées sur les objectifs de la CSU. L'harmonisation des systèmes mixtes de paiement des prestataires peut être un point d'entrée pertinent, même s'il convient d'aborder des questions connexes telles que le manque d'autonomie des prestataires, la rigidité des règles de gestion des finances publiques et les lacunes des modèles de prestation de services.

Le paiement à la performance, également appelé « financement basé sur les performances » ou « financement basé sur les résultats », est une méthode de paiement des prestataires, qui peut également jouer un rôle catalyseur pour réformer le système de santé. Il faut abandonner les notions simplistes et choisir une perspective plus globale dans le cadre d'une intervention aux aspects multiples qui préconise 1) de s'éloigner du paiement à l'intrant pour progressivement passer au paiement aux résultats ; 2) d'investir

en faveur de systèmes de données de qualité ; et 3) de procéder à des choix clairs concernant les prestations prioritaires. Couplées à l'autonomie des prestataires, ces mesures sont susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'adaptabilité des services.

Les systèmes de gestion de l'information : fragmentés, les systèmes d'information empêchent de tirer parti des avantages que peuvent conférer l'achat stratégique. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, plusieurs sous-systèmes coexistent. Ces nombreux systèmes de données contiennent des informations utiles mais, en raison de leur fragmentation, ils ne sont pas, dans les faits, interopérables et par conséquent, ne peuvent servir que marginalement pour un achat plus stratégique des prestations. Toutefois, les pays peuvent se doter progressivement d'un système d'information unifié, la centralisation des données étant indispensable pour la marche progressive vers l'achat stratégique. Il faut réfléchir en amont à séquence des réformes de laquelle doit découler cette transformation, et s'atteler aux problèmes de mise en œuvre afférents.

La gouvernance : en matière d'achat stratégique, les questions de gouvernance concernent : a) le marché, caractérisé par une multiplicité d'acheteurs ; b) les relations entre l'organe de supervision et les acheteurs ; et c) la gestion interne des organismes d'achat. La fonction de gouvernance revêt une importance particulière lorsque les systèmes de financement de la santé sont fragmentés, les rôles et les compétences devant être clairement définis et répartis entre les différents ministères, les acheteurs et les administrateurs de la fonction d'achat, alors que la redevabilité des instances chargées de la gouvernance et des achats aux niveaux local et national doit être renforcée.

En somme, étant donné le consensus croissant au niveau global en faveur de la CSU, la question

de l'achat stratégique bénéficie d'un regain d'intérêt. La question de l'achat stratégique offre une porte d'entrée pertinente pour la mise en œuvre d'une stratégie sur le financement de la santé. Pour ce faire, les concepts doivent être affinés afin de mieux définir la notion d'achat stratégique, en indiquant ce qu'elle signifie et quels sont ses objectifs, cette définition devant faire la part belle à la gouvernance. Outre l'effort de conceptualisation, nous devons également favoriser l'émergence d'une communauté

globale d'ardents partisans de l'achat stratégique, qui ont la capacité d'influencer la réflexion et la mise à l'agenda de l'achat stratégique pour la CSU aux niveaux national et global. La gestion des connaissances, le renforcement des capacités, l'institutionnalisation des systèmes d'apprentissage, la concertation sur les orientations et l'appui technique adapté aux besoins et aux demandes spécifiques des pays constituent les principaux domaines de collaboration.



© OMS

1. Définition du panier de soins pour la CSU: évidence, processus et considérations politiques

Questions et défis :

L'intérêt porté à la CSU à l'échelle globale a amené un nombre croissant de pays à **tenter de définir explicitement le droit à prestations**, en instaurant notamment des garanties pour les citoyens, par exemple, via la définition d'un paquet essentiel de prestations. Par « prestations », nous entendons à la fois les droits financés par les pouvoirs publics ainsi que les diverses politiques, conditions ou règles qui régissent l'accès à ces droits, comme le respect de la filière de soins ou l'utilisation de génériques plutôt que de médicaments de spécialité.

La façon de définir les prestations peut permettre des progrès pour certains objectifs du système de santé tels que l'efficacité et la transparence, ou au contraire entraver ces progrès. **Il importe de faire la distinction entre définition « explicite » et définition « détaillée » des prestations.** Par exemple, les soins de santé primaires peuvent être explicitement couverts en tant que niveau de soins, avec une explication de ce qu'implique une telle couverture, notamment en termes de standards précis de soins afin que les gens sachent à quoi s'attendre ; par contre, le fait de mentionner des affections/diagnostics de façon détaillée au niveau primaire peut prêter à confusion pour les patients et être contreproductif en termes de satisfaction des besoins sanitaires.

Le **processus de fixation des priorités comporte trois étapes essentielles : la collecte et l'analyse de données, le dialogue et la prise de décisions.**

Il convient de veiller à un équilibre entre débat technique et débat politique ; des compromis seront nécessaires. En tant que telles, les décisions concernant les prestations devraient dans l'idéal se fonder sur des données factuelles, recourir à un processus participatif pour tenir compte des préoccupations des différentes parties prenantes de manière équitable, et garantir que les grands principes et les processus politiques aboutissent à des mesures. L'évaluation des technologies sanitaires est un outil important pour la génération de données et le dialogue, et ne doit pas être confondue avec l'analyse du rapport coût/efficacité. Cette évaluation intervient dans le cadre d'un processus décisionnel transparent et juste, qui s'appuie sur un cadre juridique solide.

Lorsque les décisions sur les priorités et les prestations sont prises, il est **essentiel de formuler les droits en utilisant des termes qui peuvent être compris des bénéficiaires, et utilisés par les acheteurs.** Même à ce stade, des modalités doivent être en place pour le paiement des prestataires et la prestation de services afin que les droits se traduisent par une couverture réelle. Une option consiste à créer un lien explicite entre les droits aux prestations et le paiement des prestataires, ce lien jouant un rôle clé pour améliorer la prestation de services et les résultats du système de santé dans son ensemble.



Orientations pour les activités futures :

- **Nous devons mieux définir le concept de prestations de santé pour la population.** Il s'agit d'un terme mieux compris des compagnies d'assurance. En matière de politiques publiques, ce terme renvoie à plusieurs outils et mécanismes, tels que la législation de base ou la déclaration générale sur les droits et les obligations, la définition des services de santé compris dans l'ensemble de prestations et l'élaboration de réglementations sur l'accès à celles-ci.
- Il faut également avoir une **meilleure compréhension des interactions entre les dispositifs de partage des coûts et les méthodes de paiement des prestataires.** La façon d'assurer la cohérence des prestations peut influencer sur le bon fonctionnement d'un système, notamment en termes de transparence et d'efficience.
- Ouverture et encadrement sont nécessaires pour que le dialogue intersectoriel sur la conception de prestations inclue tous ceux qui doivent l'être. Le renforcement des moyens des organisations de la société civile et la participation active des citoyens sont les principaux facteurs qui contribuent à cette inclusion. Enfin, **les dispositions sur la gouvernance sont essentielles pour permettre un dialogue participatif et assurer l'efficacité des mécanismes décisionnels.**



© OMS

2. Systèmes mixtes de paiement des prestataires : alignement pour des incitations cohérentes

Questions et défis :

La plupart des prestataires gèrent plusieurs programmes, dont les flux de financement et les systèmes de gestion de données sont distincts. Pour mieux comprendre les systèmes mixtes de paiement des prestataires, il faut adopter une perspective systémique, celle-ci permettant d'évaluer les effets combinés (complémentaires ou contradictoires) des différentes méthodes de paiement. La question n'est pas le recours à un outil ou à une méthode de paiement donnés, mais l'utilisation d'un **ensemble d'incitations cohérent pour atteindre les objectifs de la CSU**, notamment lorsque les frais à la charge des patients représentent une part importante des dépenses de santé totales.

Il existe toute une gamme de systèmes mixtes de paiement des prestataires ; l'association de plusieurs méthodes de paiement peut être harmonisée ou non, et un paiement groupé peut être prévu (à savoir, le fait de payer pour un ensemble de services). Le manque d'harmonisation des systèmes de paiement peut avoir des causes multiples, les principales étant la fragmentation des systèmes de financement de la santé et l'absence de gouvernance. Les questions de politique économique et la résistance au changement sont également problématiques.

La multiplicité des flux de financement et des méthodes de paiement a une incidence sur le comportement des prestataires. Si cette incidence peut être positive, comme le subventionnement croisé par lequel la contribution des personnes plus aisées servant à couvrir les personnes démunies, de manière

générale les effets négatifs dominant, comme l'« écrémage » des patients, ou encore le transfert des coûts ou l'allocation des ressources, qui aggravent au final les inégalités et le manque d'efficacité. **Il convient de mieux comprendre comment les incitations définies via le paiement des établissements se traduisent en incitations au niveau individuel, c'est-à-dire pour les personnels de santé.** Cela contribue à harmoniser les méthodes de paiement des prestataires pour élaborer un ensemble d'incitations cohérent dans le système, l'objectif ultime étant de promouvoir l'équité, l'efficience (y compris la maîtrise des coûts), la protection financière et la qualité.

La nécessité de mieux aligner les méthodes de paiement des prestataires peut également être justifiée par le besoin de vérifier et de disposer de données cliniques pour mieux comprendre le comportement des prestataires, mieux préparer la révision des grilles tarifaires ou garantir l'harmonisation des procédures administratives relatives au paiement. **Néanmoins, la multitude des réformes envisagées soulève aussi la question du séquençage de ces réformes. Le passage à l'achat stratégique est en définitive une question de gouvernance, et c'est à cette question qu'il faut s'atteler en priorité.** L'harmonisation des méthodes de paiement ou la mise en place de nouveaux mécanismes de paiement tels que le financement basé sur les résultats ne permettront pas en soi de remédier à des entraves plus importantes liées à la gouvernance, surtout si la participation de nombreux acteurs n'est pas assurée dès le départ.

Orientations pour les activités futures :

- **Pour passer à l'achat stratégique, on peut commencer par privilégier l'alignement des systèmes de paiement des prestataires, si les objectifs de l'harmonisation sont clairs.** Souvent, cela peut entraîner une simplification de l'architecture du financement de la santé dans son ensemble. Il importe aussi de savoir précisément dans quelle mesure cet alignement peut conduire à d'autres changements systémiques, simplement parce qu'il est fréquent que le principal obstacle à l'amélioration de l'achat stratégique ne soit pas lié aux systèmes mixtes de paiement des prestataires (harmonisés ou pas), mais qu'il soit dû à d'autres problèmes. **Par conséquent, l'harmonisation des systèmes de paiement des prestataires doit aussi s'accompagner de changements dans d'autres domaines d'action** tels que la décentralisation, la gestion des finances publiques, l'autonomie des prestataires et les modèles de prestation de services.
- **Il est nécessaire de mieux comprendre quelles caractéristiques des méthodes de paiement entraînent telle ou telle réponse des prestataires, et comment ces méthodes incitent à mettre l'accent sur la qualité.** Pour étudier les méthodes de paiement des prestataires, il faut s'intéresser à ceux-ci en premier lieu et tenir davantage compte de leur point de vue, notamment en les faisant participer aux consultations et à la réflexion sur les réformes des paiements. En outre, il faudrait mettre davantage l'accent sur l'évaluation des effets de ces réformes.



© OMS

3. Paiement à la performance & financement basé sur les résultats dans le cadre des systèmes mixtes de paiement des prestataires : du niveau du régime au niveau du système

Questions et défis :

Le paiement à la performance, également appelé « financement basé sur les performances » ou « financement basé sur les résultats », est une des méthodes de paiement des prestataires. Comme elle établit un lien explicite entre les paiements et les prestations, si elle s'accompagne d'une certaine autonomie accordée aux prestataires, elle **contribue à la progression vers un achat plus stratégique. De plus, elle peut jouer un rôle catalyseur pour réformer le système de santé.**

Mais pour cela, **il est capital de veiller à ce que les mécanismes de paiement à la performance soient pleinement intégrés dans le système de santé au sens large.** L'intégration et le passage à l'échelle sont des concepts complexes ; ils impliquent que l'on n'envisage pas seulement un projet, mais qu'on se place dans l'optique du système, et que l'on s'intéresse davantage à la gouvernance et au renforcement des capacités. Sinon, la mise en œuvre satisfaisante d'un projet ou d'un programme de façon isolé pourrait aboutir à des résultats médiocres à l'échelle du

système. **Il semble que le paiement à la performance a bien fonctionné lorsque ce mécanisme a été conçu dans le cadre du système de santé national, et que sa conception a tenu compte des moyens disponibles,** même si cela supposait des progrès plus lents ou des résultats moins visibles dans un premier temps. L'intégration dans le système présente également un intérêt compte tenu des incertitudes et des problèmes de pérennité du modèle lorsque des « projets » introduisant un financement basé sur les performances ou les résultats voient leur financement externe arriver à sa fin.

L'exemple de l'Estonie apporte des enseignements utiles quant à la manière dont le paiement à la performance peut être employé pour compléter les mécanismes de paiement existants et renforcer le système dans son ensemble. Le paiement à la performance a été intégré dans un système mixte de paiement des prestataires et vient compléter les autres mécanismes de paiement.

Orientations pour les activités futures :

- **Il nous faut modifier la façon d'envisager le paiement à la performance, abandonner les notions simplistes et choisir une perspective plus holistique** d'une intervention multidimensionnelle qui préconise 1) le passage du paiement fondé sur les ressources au paiement fondé sur les résultats ; 2) l'investissement dans des systèmes de données fiables et de qualité ; et 3) des choix clairs concernant l'ordre de priorité des prestations. Si une autonomie est assurée, ces mesures sont susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'adaptabilité des services.
- **Les changements culturels que peut entraîner le paiement à la performance sont un autre avantage.** Par exemple, au Kirghizstan, même dans les hôpitaux qui n'ont pas bénéficié de récompenses financières, la qualité des soins s'est sensiblement améliorée. Une autre activité (d'ordre méthodologique) pourrait consister à explorer les moyens de mettre en évidence ces changements culturels, dont les données habituelles ne rendent pas compte.
- En matière de qualité des soins, il existe de nombreuses lacunes graves auxquelles les mécanismes d'achat ne peuvent remédier à eux seuls. C'est pourquoi **le paiement à la performance doit faire partie d'un processus global d'amélioration de la qualité** axé sur les dispositifs de prestation de services afin de pouvoir améliorer la qualité des soins. La prochaine génération de financement basé sur la performance ou les résultats doit être davantage orientée sur les aspects de qualité.

- Lors de la conception des méthodes de paiement à la performance, il importe d'examiner la **boîte noire** pour comprendre comment la rémunération fonctionne au sein de l'organisation, et qui **bénéficie des paiements à la performance et des primes**. Enfin, et ce point n'est pas négligeable, il faut accorder une plus grande attention aux questions d'équité lors de la conception et de la mise en œuvre du paiement à la performance. Il faut également renforcer les prestataires dont les performances laissent à désirer, et il est essentiel de convaincre les médecins de cette nécessité. Sinon, la population desservie par ces prestataires sera davantage pénalisée, ce qui aggravera les inégalités.



4. Systèmes de gestion d'information cohérent pour l'achat stratégique

Questions et défis :

Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la fragmentation des systèmes d'information, voire l'absence de tels systèmes, est l'un des principaux obstacles à l'achat stratégique. En outre, **la possibilité d'utiliser les bases de données sur le paiement des prestataires pour étayer les décisions de politique générale ne se limitant pas à l'achat stratégique n'a pas été suffisamment reconnue.**

Dans de nombreux pays, plusieurs sous-systèmes coexistent, souvent organisés par projets ou programmes. Ces **nombreux systèmes de données** contiennent des informations nécessaires pour l'achat stratégique, **mais en raison de leur fragmentation, ils ne sont pas interopérables dans les faits** et par conséquent, ne peuvent pas servir de base de données unique pour étayer les décisions sur les paiements, ni permettre un passage vers l'achat stratégique.

Au lieu de contenir des données personnelles et les dossiers des patients, les systèmes actuels se fondent pour l'essentiel sur des données agrégées relatives à l'utilisation, qui ne fournissent que des informations partielles sur l'utilisation réelle des services et des estimations des besoins de la population, et qui empêchent de procéder à une ventilation en vue d'une analyse. **En raison de ce manque d'information, il est difficile d'ajuster les mécanismes d'achat pour faire face aux problèmes d'équité ou d'efficacité mis en évidence, ou, de manière**

plus générale, pour assurer le suivi du comportement des prestataires et des modalités d'utilisation des services. Il n'existe pas non plus de partage, d'analyse et de diffusion des informations en vue de les convertir efficacement en évidences pour renseigner la décision politique.

Les frontières d'un système d'information efficace vont bien au-delà du système d'information sanitaire de routine. Il inclue divers types et sources de données, comme par exemple les informations issues des enquêtes auprès des ménages, des registres des naissances et des décès, des recensements, des rapport d'activités des établissements de santé, du suivi des ressources des systèmes de santé, des données de routine provenant d'autres secteurs, des informations de géo localisation, etc...

Quand il est bien conçu et s'il est bien géré, un système d'information peut servir de base pour l'analyse du « big data » en vue de favoriser l'achat stratégique et contribuer à d'autres types de décisions de principe en matière sanitaire. C'est pourquoi **il faudrait s'intéresser davantage aux systèmes de gestion de l'information en vue de l'achat stratégique, mais aussi à l'utilisation d'informations existantes provenant des bases de données sur le paiement des prestataires à des fins d'analyse.**



Orientations pour les activités futures :

- Pour allouer les ressources de manière stratégique, il faut collecter et utiliser des informations solides et fiables qui permettent de mesurer l'efficacité, l'efficacité et la responsabilité du système d'achat stratégique. Cela demande de collecter des informations sur les performances des prestataires de soins, mais aussi sur le patient (niveau individuel) et sur les besoins sanitaires de la population en général. **Pour réaliser des avancées importantes en vue de l'achat stratégique, il est essentiel que les systèmes d'information sanitaire soient solides.**
- L'objectif commun est celui d'un système d'information unifié que les dirigeants puissent utiliser comme une base de données unique pour prendre des décisions sur les modalités d'allocation des ressources et les méthodes de paiement. La centralisation des données est essentielle à l'amélioration de l'achat stratégique. Toutefois, **il est peu probable que l'intégration de systèmes d'information multiples, souvent fragmentés, se produise rapidement.** Par conséquent, **il faut réfléchir plus avant à l'ordre dans lequel cette transformation doit se dérouler, et s'atteler aux divers problèmes de mise en œuvre** qu'implique une telle réforme. Les pays pourraient adopter une approche par étapes.
- **Les pays peuvent passer à l'achat stratégique même si leur système de gestion de l'information n'est pas encore complet et intégré.** Le plus important est de mettre en évidence les moyens leur permettant d'unifier davantage leurs données, et d'utiliser les données disponibles pour procéder à une analyse qui facilite le passage à l'achat stratégique. L'analytique des données peut également servir de passerelle entre les données et l'élaboration de politiques reposant sur des informations fiables, en contribuant à la diffusion de l'information auprès d'un public plus large, mais aussi en permettant une visualisation concise de questions complexes.
- Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, l'utilisation de standards communs sur le modèle de développement des « start-up » dans le cadre du déploiement de système de gestion et la constitution de dossier patient pourrait ouvrir la voie à une plus grande intégration du système d'information sanitaire.
- **En tirant parti des investissements réalisés actuellement en faveur des systèmes de gestion de l'information, les équipes de pays doivent disposer d'un objectif et d'un plan pour donner des consignes aux fabricants de logiciels afin que les possibilités d'intégration des systèmes de données soient prévues dès la phase initiale.** À cette fin, il est indispensable de déterminer les diverses données dont on a besoin pour éviter de rendre les choses trop complexes dans un premier temps. Il convient de poser les principales questions nécessitant une réponse pour allouer les ressources de façon stratégique dans le système dès le départ, afin que le système soit ensuite conçu pour générer ces données. Lorsque l'on commence progressivement à collecter les dossiers des patients et /ou des données personnelles, il faut tenir compte de la diversité des types de données, de l'échelle, du respect des délais, de la complexité et des questions de confidentialité.
- **Pour contribuer à l'efficacité de la gouvernance** (pour l'achat stratégique, mais aussi pour le système de santé dans son ensemble), **un effort plus grand doit être consenti afin de permettre l'utilisation des bases de données sur le paiement des prestataires à des fins d'analyse**, y compris le recours à des techniques d'analyse de données volumineuses.

5. Enjeux de gouvernance dans l'achat stratégique

Questions et défis :

Après avoir examiné les questions et les problèmes relatifs à la conception de prestations et au paiement des prestataires dans les sessions qui précèdent, nous sommes amenés à nous **intéresser aux questions de gouvernance en matière d'achat stratégique, pour lesquelles des objectifs et un cadre précis sont nécessaires**. En matière d'achat stratégique, les questions de gouvernance concernent : a) le marché, caractérisé par une multiplicité d'acheteurs ; b) les dispositifs permettant de responsabiliser les acheteurs ; et c) la gestion interne des organismes d'achat.

L'achat stratégique est plus complexe lorsque les systèmes de financement de la santé sont fragmentés, et les modes de gouvernance doivent permettre de remédier à cela. Or, cette gouvernance est elle-même exercée par des acteurs divers, ce qui complique la donne. En outre, les rôles et compétences des pouvoirs publics et des différents ministères, acheteurs et administrateurs achats sont mal définis, et les rôles et responsabilités structurels du ministère de la santé et des acteurs régionaux chargés des achats manquent de cohérence, ce qui rend la question de l'achat stratégique épineuse.

Dans les systèmes où l'organisme d'achat est une instance distincte, **l'acheteur doit jouir d'une autonomie suffisante pour prendre, ou du moins influencer, des décisions qui ont une incidence sur sa capacité à atteindre les objectifs financiers et ceux plus larges du**

système de santé. Le rôle et les compétences des conseils de surveillance des organismes d'achat jouent également un rôle essentiel pour l'autonomie. Toutefois, dans de nombreux pays, ces conseils ont des pouvoirs limités et ne portent pas une attention suffisante aux *résultats* de l'acheteur et ainsi ne fonctionnent pas de façon optimale.

De plus, il est rare que les modalités de représentation favorisent une surveillance étroite. La composition tripartite, qui est la plus fréquente, peut comporter des lacunes, notamment parce que la société civile est souvent sous-représentée, ou mal représentée. **Des informations solides émanant d'études de conseils de surveillance donnent des directives utiles et apportent des enseignements sur les moyens de renforcer ces conseils**, notamment sur la désignation de leurs membres, la division interne du travail, l'orientation stratégique en vue des résultats ou les objectifs de l'établissement de rapports et du suivi.

Le renforcement des moyens des organismes d'achat a été largement privilégié, et a donné lieu à des efforts soutenus. Si cette action a eu une importance pour passer à l'achat stratégique, **elle a souvent eu pour effet de mettre les ministères de la santé hors circuit.** De même, les capacités de gestion des prestataires n'ont pas été développées de la même façon que celles des acheteurs, ce qui compromet l'aptitude des prestataires à réagir face à des incitations nouvelles.



Orientations pour les activités futures :

- La cartographie du système mixte de paiement des prestataires et des flux financiers afférents est une première étape utile pour inscrire les questions de gouvernance à l'ordre du jour, car une telle analyse aide à comprendre la situation actuelle, fournit des informations de référence et permet d'engager un dialogue national sur la fonction des achats. **Une fois que le dialogue aura permis de mieux comprendre l'action à mener pour rationaliser un système de paiement des prestataires mal organisé, les questions de gouvernance apparaîtront sans doute comme prioritaires.**
- En matière de gouvernance, il convient de mieux comprendre les dispositions réelles et les dispositions idéales. **Il est essentiel de connaître les instruments et les moyens de pression politique disponibles, et de savoir de quel type de moyens les pouvoirs publics ont besoin pour influencer un marché caractérisé par une multiplicité d'acheteurs.** Il est également capital de préciser les rôles et les fonctions du ministère de la santé et des autres ministères et acteurs en matière de gouvernance. Il s'agit principalement de savoir ce que chacun doit faire et peut faire, plutôt que de s'en tenir à se demander quel ministère doit jouer un rôle d'encadrement.
- **Le renforcement des capacités doit inclure tous les acteurs intéressés – le ministère de la santé en particulier, mais aussi les organismes d'achat, le conseil de surveillance et les prestataires –** et doit porter sur divers domaines comme les compétences nécessaires à l'élaboration et à l'analyse des politiques de financement de la santé ; les compétences de gestion ; la gestion de l'information et l'analyse des données pour utiliser les informations ; l'action de promotion et les négociations pour gérer les questions de politique économique. En outre, il convient d'aligner les niveaux de capacité à travers les différents acteurs, en adéquation également avec leur degré d'autonomie. S'agissant du renforcement des capacités du ministère de la santé, il faut se demander pourquoi la gouvernance du ministère et l'action qu'il mène en matière d'achats laissent à désirer, plutôt que de lui retirer des compétences. Il est également essentiel d'examiner les options qui permettent de mettre fin à la fuite des cerveaux du ministère de la santé vers les instances chargées des achats et vers d'autres ministères plus attractifs, telles que l'établissement de plans de carrière au sein des différentes instances du système de santé.
- **La capacité d'un pays à exercer la gouvernance dépend aussi de l'existence (ou de l'instauration) d'un système d'apprentissage permettant des ajustements dans un contexte dynamique, un renforcement des capacités et des innovations.** Pour qu'un système d'apprentissage existe, il faut entreprendre de s'intéresser aux questions d'encadrement, d'information, ainsi qu'aux processus et aux boucles de rétroaction. De même, il est indispensable de réfléchir au renforcement des capacités de la prochaine génération de dirigeants et d'administrateurs, et d'organiser ce renforcement.
- **La conduite d'études de cas dans des pays dont l'expérience de mise en place de différentes modalités d'achat et de conseils/d'institutions a été couronnée de succès permettra de tirer des enseignements importants,** notamment pour les questions ci-après : Quelles compétences faut-il pour être un bon acheteur ? Qui doit siéger au conseil ? Quel niveau de différenciation des tâches est nécessaire ? Comment renforcer la responsabilité envers les citoyens ? Comment une responsabilité accrue des acheteurs (et des prestataires) peut-elle améliorer la qualité des soins ?

6. Élaboration d'un agenda de collaboration global

Le passage à l'achat stratégique est un processus complexe qui implique l'existence d'un réseau d'acteurs, et nécessite diverses fonctions et informations. Les efforts consentis pour passer à l'achat stratégique doivent également s'inscrire dans le cadre de stratégies plus larges du système de santé et du financement de la santé. L'examen des questions abordées dans la présente session a montré que l'élaboration d'un programme sur l'achat stratégique suscitait un grand intérêt, et a mis en évidence la nécessité d'une collaboration plus étroite pour tirer parti des synergies dans le cadre de différents domaines de travail et initiatives, ainsi que la volonté d'agir en ce sens. L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme mondial de collaboration pour développer l'achat stratégique peuvent se fonder sur les principes et propositions ci-après :

L'élaboration conjointe d'un programme de grande envergure est considérée comme le moyen le plus approprié d'impliquer des acteurs multiples et variés intervenant en matière d'achat stratégique. Cela permettra de s'intéresser aux nombreuses possibilités des pays de manière coordonnée. En outre, le fait d'opter pour un programme de collaboration montre qu'on reconnaît la nécessité d'investir à long terme en faveur d'objectifs généraux concernant l'achat stratégique, et que l'on ne s'en tient pas au cycle de projets habituel de trois années. En attendant, des investissements spécifiques pour l'achat stratégique permettront aux pays de développer leurs capacités dans ce domaine. Tout bien considéré, cela suppose que les principaux partenaires de développement renforcent leur coordination.

Comme l'état d'avancement des pays sur la voie d'achat stratégique est variable, l'idée est de mettre au point des démarches graduelles sur mesure qui leur permettront d'accéder progressivement à différents niveaux et modèles. À ce sujet, le type de soutien nécessaire et les moyens d'assurer ce soutien

pour renforcer et institutionnaliser les capacités, plutôt que de se contenter de combler les lacunes, sont des questions essentielles. Une option consiste à développer l'apprentissage mutuel et les échanges d'idées entre les pays qui ont déjà réalisé d'importants progrès en vue de l'achat stratégique et ceux qui se trouvent au début du processus. Pour cela, il faudrait accorder la priorité au renforcement des capacités des agents d'exécution et des responsables politiques chargés de réformer le système dans l'optique de l'achat stratégique. Outre un apprentissage mutuel, **cela nécessite l'élaboration de programmes de formation plus ciblés à l'appui de la définition des politiques et de leur mise en œuvre afin de répondre aux besoins actuels, ainsi que la conception d'un programme à plus long terme pour former la prochaine génération de spécialistes.**

La promotion d'activités entre les différents acteurs et partenaires pourrait être un moyen judicieux de structurer et de mettre en œuvre ce programme. Pour ce faire, **il importe de s'appuyer sur les systèmes et les réseaux existants** tels que le réseau Joint Learning (JLN), les communautés de pratique, le réseau Providing for Health (P4H), l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique ou l'initiative International Decision Support (iDSI). On pourrait notamment **développer les réseaux d'apprentissage dirigés par les pays, en associant cette démarche à un appui technique ciblé**, et promouvoir le partage d'expériences et l'apprentissage mutuel sur des thèmes spécifiques via le modèle des communautés de pratique.

En termes de contenu et d'orientation, **il faut mettre l'accent sur le renforcement des institutions dans le cadre de l'assistance technique et des activités de conseil sur les politiques.** Cette mesure est particulièrement utile pour consolider les organismes chargés des achats et pour renforcer la gouvernance des ministères de la santé.

7. Prochaines étapes et moyens d'accomplir des progrès

La fonction des achats a été sous-évaluée dans le cadre du financement de la santé, notamment dans les systèmes publics intégrés. Toutefois, comme un nombre croissant d'engagements sont pris à l'échelle mondiale pour instaurer la couverture sanitaire universelle, la question de l'achat stratégique bénéficie d'un regain d'intérêt, l'instauration de la couverture universelle n'étant pas uniquement une question de dépenses des gouvernements. **On s'intéresse aussi à l'achat stratégique parce qu'ils favorisent la mise en œuvre d'une stratégie sur le financement de la santé.**

En outre, il est possible d'établir un lien entre l'objectif des achats stratégiques s'appuyant sur un système plus vaste de mise en commun de fonds prépayés et l'intérêt croissant pour la transition et la pérennité du financement national dans plusieurs pays.

La question de l'achat stratégique n'est pas nouvelle, mais le contexte a considérablement évolué au cours des vingt dernières années ; la gouvernance est assurée par de nombreux acteurs et les acheteurs sont multiples, ce qui modifie le rôle du ministère de la santé, auquel sont adressées des revendications nouvelles, notamment en vue d'assurer la participation utile des représentants de la société civile. Il est évident que **l'achat stratégique ne concernent pas uniquement le financement de la santé – ils constituent un mécanisme propice à une démarche d'ensemble, qui peut entraîner des changements dans divers domaines connexes des systèmes de santé.**

Il importe de **corriger l'idée erronée selon laquelle l'achat stratégique est uniquement possibles dans le cadre d'un système d'assurance maladie.** Il faut collecter et diffuser des informations factuelles sur l'allocation stratégique des ressources dans les systèmes intégrés des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Par conséquent, les concepts doivent être plus élaborés pour mieux définir la notion d'achat stratégique, en indiquant ce qu'elle signifie et quels sont ses objectifs, et en précisant comment l'évaluer. Cette définition doit inclure les questions relatives à la conception de prestations, aux systèmes de gestion de l'information, aux dispositions sur la gouvernance et aux systèmes de paiement, mais doit également établir un lien avec d'autres domaines connexes essentiels tels que la prestation de services, la tarification des médicaments et la gouvernance du système de santé en général. Cela nécessite aussi un accord sur les termes utilisés en matière d'achat stratégique.

Les questions de gouvernance doivent être placées au centre des préoccupations sur l'achat stratégique, car il importe que ceux-ci s'intègrent de manière cohérente dans les initiatives globales de renforcement des systèmes de santé, mais aussi parce qu'il faut tenir compte des exigences et de l'intérêt des pays. Afin de promouvoir une entente mutuelle et de favoriser un soutien plus concret en faveur des pays, un effort de conceptualisation plus important doit être fait pour expliquer ce que le terme de gouvernance signifie (et ce qu'il ne signifie pas), notamment en précisant les éléments gérables et opérationnels de ce concept, et pour décrire les objectifs de la gouvernance et mettre en évidence les options qui permettraient de renforcer cette fonction.

Outre l'effort de conceptualisation, la **promotion de l'apprentissage mutuel est un domaine essentiel pour les activités futures.** Cela implique l'instauration et le développement d'une communauté technique en vue des achats stratégiques pour permettre une action collective mondiale par exemple, en mettant en place des projets et programmes de travail conjoints et en créant des institutions virtuelles.

Pour l’OMS, l’approche ne sera pas standardisée, mais bel et bien ajustée en fonction des différents contextes des pays, conformément à notre stratégie qui vise à adapter les fondements, les institutions et les transformations selon les objectifs et le contexte. Dans le cadre de cette approche, on reconnaît que les concepts essentiels et les principes directeurs sont universellement applicables, mais que les mesures (notamment les diverses initiatives des pouvoirs publics

pouvant être mises en œuvre) sont spécifiques aux pays. Dans un contexte qui évolue, il n’existe pas de plan détaillé, mais les principes relatifs à l’achat stratégique doivent tenir compte de ces changements.

En outre, **l’achat stratégique renvoie à des questions de pouvoir et de relations de pouvoir**, et nous ne devons pas hésiter à aborder les problèmes de politique économique lorsque nous menons nos activités.

Pour l’OMS, les rôles et les tâches suivants sont proposés:

- **Proposer orientations et donner des précisions d’ordre conceptuel** sur ce que nous souhaitons accomplir et sur la manière de le faire, notamment des lignes directrices permettant d’analyser la situation et d’évaluer les orientations pour les thèmes présentés dans les sections ci-dessus ;
- **Créer et renforcer une communauté mondiale qui soutienne fermement l’achat stratégique**, qui exerce une influence sur la réflexion et la définition des enjeux prioritaires aux niveaux mondial et national dans l’optique de la CSU, et qui mène une action de promotion en faveur de l’achat stratégique ;
- **Contribuer à la gestion des connaissances** – il existe une base de connaissances riche, basée sur diverses expériences (communautés de pratique, JLN, pays, recherches, etc.) – il est impératif de les rassembler, les synthétiser et s’assurer qu’elles soient utilisées ;
- Aux trois niveaux de l’Organisation, **engager une concertation sur les orientations avec les pays et les partenaires pour soutenir activement les objectifs généraux des pays en matière d’achat stratégique**, ainsi que l’établissement de liens entre ces objectifs, le financement de la santé au sens large et la réforme des systèmes de santé en général, en s’intéressant en particulier à la conception des politiques, à la planification de la mise en œuvre et à la recherche appliquée aux réformes instaurées ;
- **Mettre en place une collaboration entre les départements de l’Organisation**, notamment une collaboration étroite entre l’équipe chargée du financement de la santé et les équipes chargées des systèmes d’information, de la prestation de services, de la gouvernance, de l’évaluation des technologies sanitaires et des différents programmes sanitaires/de lutte contre les maladies ;
- **Prévoir un renforcement des capacités en favorisant l’institutionnalisation des systèmes d’apprentissage** (pour la génération à venir) **et créer des partenariats en vue de ce renforcement** ;
- **Promouvoir les systèmes d’apprentissage/d’échanges** (communautés de pratique, JLN) **et instaurer des partenariats avec ces systèmes.**

Annexe 1: Présentations de la réunion

Les présentations se trouvent sur la page suivante:

http://who.int/health_financing/events/strategic-purchasing-meeting-2017/en/

Session 1: Health benefit package design in support of UHC: evidence, process and politics

Welcome and introduction, Agnes Soucat, WHO

Overview and introduction to strategic purchasing global meeting, Inke Mathauer, WHO

Benefit entitlement for universal health coverage, Melanie Bertram, WHO

Evidence for decisions on health benefits – role of HTA, Mohamed Gad, Imperial College London

Benefit package design for UHC: state of play in OECD countries, Michael Mueller, OECD

Intersectoral dialogue in Burkina Faso, Arzouma Ouedraogo, MOH Burkina Faso

Multi-stakeholder participations in priority setting processes: Thailand experiences, Walaiporn Patcharanarumol, IHPP Thailand

Ghana's NHIS review and strategic purchasing: a review of benefits package design and implication for wider health system reform, Chris Atim, R4D

Health insurance benefit package in Iran, Alireza Olyaeemanesh, MOH Iran

Session 2: Mixed Provider Payment Systems: alignment for coherent incentives

Mixed provider payment systems: what are the issues? Inke Mathauer, WHO

Payment innovation in OECD countries, Michael Mueller, OECD

Mixed provider payment methods in Burkina Faso: mapping and preliminary results, Joël Kiendrébéogo, World Bank, Burkina Faso

Mixed provider payment system in Morocco: challenges of alignment, Houcine El Akhnif, MOH Morocco and Fahdi Dkhimi, WHO

Multiple funding flows to healthcare providers: the Kenyan case, Barasa Edwine, KEMRI

Strategic purchasing & payment mechanism in Viet Nam, Le Van Phuc, VSS, Viet Nam

Provider payment system in Japan: purchasing best match, Yukiko Shinya, GFATM





© OMS

Session 3: Governance for Strategic Purchasing

System perspective and scheme needs: what are the governance issues & how to assess governance for strategic purchasing? Loraine Hawkins, Senior Consultant

Governance for strategic purchasing: experience of Japan, Makoto Tobe, JICA

Governance of a purchasing market & the role of government: what can we learn from Indonesia? Asih Eka Putri, DJSN Indonesia

Governance issues for strategic purchasing in the European region, Melitta Jakab, WHO EURO

Strengthening governance in purchasing markets – challenges when multiple funding flows exist, Ayako Honda, University of Cape Town

How to strengthen capacity of oversight bodies and purchasers? Andres Rannamäe, Senior Consultant

Governance of strategic purchasing in Sudan, Hind Amin Mubarak Merghani, FMOH Sudan

Learning system for better strategic purchasing, Bruno Meessen, ITM Antwerp, and El Houcine Aknhif, MOH Morocco

Session 4: Coherent information systems for strategic purchasing

Information for and from strategic purchasing, Joe Kutzin, WHO

Stronger together: health information systems and strategic purchasing, Anneke Schmider, WHO

Information system supporting UC schme in Thailand, Walaiporn Patcharanarumol, IHPP Thailand

Data analytics for monitoring provider payment systems, Cheryl Cashin, R4D

Data systems & strategic purchasing, Nicolas de Borman, Bluesquare

Session 5: Defining a global collaborative agenda

Scaling strategic purchasing, Jack Langenbrunner, Gates Foundation

Session 6: P4P & Results Based Financing as part of mixed provider payment systems: from scheme to systems

RBF and strategic purchasing: don't lose sight of the forest (system) while perfecting your trees (scheme), Joe Kutzin, WHO

How to integrate P4P into a blended payment system? Lessons from Estonia, Triin Habicht, MOH Estonia and Christoph Kurowski, World Bank

Reimagining results-based financing, Ha Nguyen, World Bank

RBF Institutionalization in Burundi: process, challenges and way forward, Olivier Basenya, MOH Burundi

Strategic purchasing for UHC: experiences from Lao PDR, Bounsathien Phimmaseh and Bouaphat Phonvisay, MOH PDR Lao

How integrated is your PBF scheme into the national health system? An analytical tool, Bruno Meessen, ITM Antwerp

Taking RBF from Scheme to System – system integration: issues to consider, Zubin Shroff, Alliance for Health Policy and System Research

Session 7: Next steps and way forward

Strategic purchasing for UHC: What next to unlock the potential, Agnès Soucat, WHO

Next steps for WHO, Inke Mathauer, WHO

Annexe 2: Liste des participants

| Nome de famille | Prénom | Organisation, pays et adresse électronique |
|-----------------|----------------|--|
| Aghajani | Mohammad | Deputy Minister for Curative Affairs Ministry of Health and Medical Education Iran aghajani.m@health.gov.ir |
| Akhniif | El Houcine | Conseiller du Secrétaire Général Ministry of Health Morocco akhniif@yahoo.fr |
| Anthony | Matthieu | Specialist Performance Based Financing AEDES Belgium mAntony@aedes.be |
| Atim | Chris | Senior Program Director Results for Development Institute USA catim@r4d.org |
| Barasa | Edwine | Head, Health Economics Research Unit KEMRI Wellcome Trust Kenya ebarasa@kemri-wellcome.org |
| Barkley | Shannon | Technical Officer WHO Service Delivery and Safety barkleys@who.int |
| Barroy | Hélène | Senior Health Financing Specialist WHO Health Systems Governance and Financing barroyh@who.int |
| Basenya | Olivier | Senior Expert, Performance Based Financing Ministry of Health Burundi basenya@gmail.com |
| Behrendt | Thorsten | Health Policy Advisor German International Cooperation (GIZ) Germany thorsten.behrendt@giz.de |
| Bennaceur | Najoua Khouaja | Member of the Ministry of Health Cabinet Tunisia nkbennaceur@gmail.com |
| Bertram | Melanie | Technical Officer WHO Health Systems Governance and Financing bertramm@who.int |
| Biacabe | Sophie | Project Leader Agence Française de Développement (AFD) Francebiacabes@afd.fr |
| Bigdeli | Maryam | Health System Advisor WHO Health Systems Governance and Financing bigdelim@who.int |

| | | |
|---------------|---------|--|
| Borrowitz | Michael | Head of Strategic Investment and Partnerships Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) Switzerland Michael.Borrowitz@theglobalfund.org |
| Bossyns | Paul | Health Unit Coordinator Belgian Technical Cooperation (BTC) Belgium Paul.BOSSYNS@btcctb.org |
| Cashin | Cheryl | Senior Program Director Results for Development Institute USA ccashin@r4d.org |
| Chu | Annie | Health Economist WHO WPRO chua@who.int |
| Cid | Camilo | Regional Adviser Health Economics and Financing WHO PAHO cidcam@paho.org |
| Dale | Elina | Technical Officer WHO Health Systems Governance and Financing dalea@who.int |
| De Allegri | Manuela | Group Leader, Health Economics and Health University of Heidelberg, Institute of Public Health Germany deallegriManuela@yahoo.com |
| De Borman | Nicolas | Director Blue Square Belgium ndeborman@bluesquare.org |
| Dhaene | Gwenael | Health Systems Adviser WHO Health Systems Governance and Financing dhaeneg@who.int |
| Dkhimi | Fahdi | Technical Officer WHO Health Systems Governance and Financing dkhimif@who.int |
| Doumbouya | Mamady | Directeur Général de l'INAMO Ministère de la Fonction Publique Guinea mamady1doumbouya@gmail.com |
| Edejer | Tessa | Coordinator, Economic Analysis and Evaluation WHO Health Systems Governance and Financing tantorrest@who.int |
| Figueras | Josep | Director WHO European Observatory on Health Systems and Policies Belgium jfi@obs.euro.who.int |
| Fujino Shinya | Yukiko | Program Specialist, Technical Advice and Partnerships Department, Strategy, Investment and Impact Division Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Switzerland yukiko.shinya18@gmail.com |

| | | |
|------------|----------|--|
| Gad | Mohamed | Health Economist The Global Health Development Group, Imperial College United Kingdom m.gad@imperial.ac.uk |
| Guisset | Ann-Lise | Technical Officer WHO Service Delivery and Safety guisseta@who.int |
| Habicht | Triin | Senior Advisor to the Ministry of Health Estonia triinhag@gmail.com |
| Hachri | Hafid | National Professional Officer WHO Morocco hachrih@who.int |
| Hanson | Kara | Professor of Health Systems Economics London School of Hygiene and Tropical Medicine United Kingdom kara.hanson@lshtm.ac.uk |
| Harirchi | Iraj | First Deputy Minister Ministry of Health and Medical Education Iran harirchi@sina.tums.ac.ir |
| Harti | Hicham | Chef De Service des Negociations Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) Morocco h.harti@anam.ma |
| Hawkins | Loraine | Senior Consultant London loraine.hawkins@btinternet.com |
| Hendartini | Yulita | Lecturer Gadjah Mada University Indonesia Indonesia yhendartini@gmail.com |
| Honda | Ayako | Senior Lecturer, Health Economics University of Cape Town, South Africa ayako.honda@uct.ac.za |
| Hsu | Justine | Technical Officer WHO Health Systems Governance and Financing hsuj@who.int |
| Irmani | Béchir | Director-General Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) Tunisia bechir.irmani@cnam.nat.tn |
| Jakab | Melitta | Senior Health Economist WHO EURO (Barcelona Office) jakabm@who.int |
| Jowett | Matthew | Senior Health Financing Specialist WHO Health Systems Governance and Financing jowettm@who.int |
| Kabaniha | Grace | Regional Adviser, Health Financing and Social Protection WHO AFRO kabanihag@who.int |

| | | |
|---------------|----------------|--|
| Keatinge | Jo | Technical Officer Department for International Development (DFID) United Kingdom j-keatinge@dfid.gov.uk |
| Kelley | Allison | Program Director Results for Development Switzerland agkelley514@yahoo.com |
| Kiendrébeogo | Joel Athur | Africa Early Year Fellow World Bank Country Office Burkina Faso jarkien@gmail.com |
| Koch | Kira Johanna | Consultant WHO Health Systems Governance and Financing kochk@who.int |
| Koller | Theadora | Technical Officer WHO Gender, Equity and Human Rights kollert@who.int |
| Kurowski | Christoph | Global Lead, Health Financing World Bank USA ckurowski@worldbank.org |
| Kutzin | Joseph Douglas | Coordinator, Health Financing WHO Health Systems Governance and Financing kutzinj@who.int |
| Langenbrunner | Jack | Senior Program Officer Bill and Melinda Gates Foundation USA jack.langenbrunner@gatesfoundation.org |
| Le Van | Phuc | Officer in charge Department of Health Insurance Implementation, Vietnam Social Security vanphucvhi@yahoo.com |
| Lovelace | Chris | Senior Consultant USA chris.lovelace@yahoo.com |
| Maduhu | Baraka | Director of Actuarial and Statistics National Hospital Insurance Fund (NHIF) Tanzania bmaduhu@nhif.or.tz |
| Majdzadeh | Reza | President National Institute for Health Research (NIHR) Iran reza.majdzadeh@gmail.com |
| Mapunda | Christopher | Director of operations National Health Insurance Fund (NHIF) Tanzania cmapunda@nhif.or.tz |
| Mataria | Awad | Regional Adviser, Health Economics and Financing WHO EMRO matariaa@who.int |

| | | |
|-----------------|----------------------|---|
| Mathauer | Inke | Senior Health Financing Specialist WHO Health Systems Governance and Financing mathaueri@who.int |
| Meessen | Bruno | Professor of Health Economics Institute of Tropical Medicine Antwerp Belgium bmeessen@itg.be |
| Merghani | Hind Amin Mubarak | Ministry of Health Sudan hind.amin@hotmail.com |
| Meyer | Claude | P4H Coordination Desk WHO Health Systems Governance and Financing meyerc@who.int |
| Nganda | Benjamin Musembi | Technical Officer, Economics WHO AFRO/ Eastern and Southern Africa Zimbabwe ngandab@who.int |
| Nguyen | Ha Thi | Senior Economist World Bank USA Hnguyen19@worldbank.org |
| Olyaeemanesh | Alireza | Director General for Health Tariff, Standards and Health Technology Assessment Ministry of Health and Medical Education Iran arolyaee@gmail.com |
| Ouedraogo | Arzouma | Ministry of Health Burkina Faso lioneldas@yahoo.fr |
| Patcharanarumol | Walaiporn | Senior Researcher International Health Policy Program (IHPP) Thailand walaiporn@ihpp.thaigov.net |
| Rudolph | Patrick | Principal Sector Economist KfW Development Bank Germany patrick.rudolph@kfw.de |
| Phimmasenh | Bounsathien | Chief of External Financial Division Department of Finance, Ministry of Health Lao PDR bstphimmasenh@gmail.com |
| Phonvisay | Bouaphat | Deputy Director of National Health Insurance Bureau Ministry of Health Lao PDR bouaphat@gmail.com |
| Putri | Asih Eka | DJSN National Social Security Agency Indonesia aeputrishi@cbn.net.id |
| Rannamae | Andres | Independent Consultant AR-Portfolio LLC, Estonia andres.rannamae@arportfolio.eu |

| | | |
|----------------|-------------|---|
| Rajan | Dheepa | Technical Officer WHO Health Systems Governance and Financing rajand@who.int |
| Schmider | Anneke | Technical Officer WHO Information, Evidence and Research schmidera@who.int |
| Semlali | Hassan | Head of Division, Régime d'Assistance Médicale RAMED Direction of Planning and Financial Resources Ministry of Health Morocco semlalihassan@gmail.com |
| Shroff | Zubin | Technical Officer WHO Alliance for Health Policy and Systems Research shroffz@who.int |
| Sieleunou | Isidore | Research Assistant, Research Centre, CHU Montreal Co-facilitator, CoP Financial Access to Health Services Canada i.sieleunou@yahoo.com |
| Soucat | Agnès | Director WHO Health Systems Governance and Financing soucata@who.int |
| Sparkes | Susan | Technical Officer WHO Health Systems Governance and Financing sparkess@who.int |
| Tarimo | Kuki Gasper | Economist Ministry of Health Tanzania kukgasper@yahoo.com |
| Tobe | Makoto | Senior Advisor Health Financing Japan International Cooperation Agency (JICA) Japan Tobe.Makoto@jica.go.jp |
| Togawa | Shotaro | Deputy Assistant Director Japan International Cooperation Agency (JICA) Japan Togawa.Shotaro@jica.go.jp |
| Touré | Cheikna | Specialist Data Management Blue Square / CoP Performance Based Financing Mali cheickna.toure@yahoo.fr |
| Van Heteren | Godelieve | Professor Erasmus University of Rotterdam Netherlands gheteren@xs4all.nl |
| Vega | Jeanette | National Director Fondo Nacional de Salud (FONASA) Chile jeanvega@fonasa.gov.cl |
| Vinyals Torres | Lluis | Regional Adviser WHO SEARO lvinalstorres@who.int |

| | | |
|------------|----------|--|
| Wen | Michelle | Strategy Officer, Integrated Delivery Bill and Melinda Gates Foundation USA michelle.wen@gatesfoundation.org |
| Witter | Sophie | Professor, International Health Financing & Health Systems Queen Margaret University United Kingdom switter@qmu.ac.uk |
| Xu | Ke | Team Leader Health Care Financing WHO WPRO xuk@who.int |
| Zampaligre | Fatimata | National Professional Officer WHO Burkina Faso zampaligref@who.int |