4 Plus de santé pour son argent

66 Messages clés
67 Utilisation judicieuse des ressources
68 Les dix principales causes de l'inefficience
68 Éliminer les dépenses de médicaments inutiles
70 Améliorer le contrôle qualité des médicaments
71 Utiliser les médicaments de façon appropriée
72 Obtenir le maximum des technologies et des services
73 Motiver les professionnels de la santé
74 Améliorer l'efficience de l'hôpital : taille et durée du séjour
75 Obtenir immédiatement de bons soins
76 Éliminer le gaspillage et la corruption
77 Évaluer d'un oeil critique les services requis
79 Les avantages potentiels liés à l'amélioration de l'efficience
80 Incitations, financement de la santé et efficience
83 Payer à la performance
84 Les achats stratégiques
85 La fragmentation
87 Corriger les inégalités
88 Conclusions

Messages clés

- Tous les pays peuvent faire quelque chose, beaucoup d'entre eux énormément, pour améliorer l'efficience de leurs systèmes de santé, libérant ainsi des ressources qui peuvent alors être utilisées pour couvrir davantage de personnes, de services et/ou de coûts.
- Certaines de ces actions viseraient à améliorer l'efficience dans un domaine particulier du système de santé, comme les médicaments. D'autres concerneraient des incitations inhérentes au système de financement de la santé, en particulier l'achat des services et le paiement des prestataires.
- Tous les pays peuvent chercher à améliorer l'efficience par une approche plus stratégique de l'offre ou de l'achat de services de santé, par exemple, en décidant quels services acheter en fonction des informations sur les besoins sanitaires de la population et en reliant les paiements aux prestataires selon leurs performances et aux informations sur les coûts, la qualité et l'impact des services.
- Tous les mécanismes de paiement des prestataires ont des points forts et des points faibles, mais il faut être particulièrement attentif aux paiements à l'acte, qui peuvent engendrer des prestation excessive de services pour les personnes qui peuvent se les payer ou qui sont couvertes par un système de mise en commun des ressources, mais aussi des services insuffisants pour les personnes qui ne peuvent pas se les payer.
- Réduire la fragmentation dans le flux et la mise en commun des ressources pour la santé et dans l'offre de services améliorera également l'efficience.
- Il n'existe aucune preuve que les établissements de santé privés sont plus ou moins efficients que les établissements publics. Cela dépend de la situation.
- En établissant des règles et en veillant à ce qu'elles soient respectées, une gouvernance efficace est la clé de l'amélioration de l'efficience et de l'équité.
- Les donateurs peuvent aussi contribuer en aidant à développer des institutions nationales de financement et en réduisant la fragmentation de l'acheminement de leurs fonds et la façon dont il est demandé aux pays de faire un rapport sur leur utilisation. Ils pourraient également réduire la duplication au niveau mondial.

4

Plus de santé pour son argent

Utilisation judicieuse des ressources

Les systèmes de santé provoquent une hémorragie de dépenses. Une étude récente de l'institut de recherche sur la santé PricewaterhouseCoopers a estimé que plus de la moitié des 2 trillions de dollars que les États-Unis d'Amérique dépensent chaque année en matière de santé est gaspillée. Une étude de Thomson-Reuters a rapporté un chiffre inférieur, mais néanmoins considérable : 600 à 850 milliards de dollars par an (*1*, *2*). Le Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé explique que sur les 5,3 trillions de dollars de dépenses mondiales annuelles pour la santé, un peu moins de 6%, soit environ 300 milliards de dollars, sont perdus suite à des erreurs ou à la corruption (*3*).

Alors que certains pays perdent plus que d'autres, la plupart, si ce n'est tous, n'exploitent pas pleinement les ressources disponibles, que ce soit par une gestion médiocre de l'approvisionnement, une utilisation irrationnelle des médicaments, une distribution et une gestion incorrectes des ressources humaines et techniques ou une fragmentation du financement et de l'administration. Toutefois, tout cela peut être évité et il existe de nombreuses variations dans l'inefficience. Certains pays obtiennent des niveaux de couverture plus élevés et de meilleurs résultats en matière de santé que d'autres, et l'écart entre ce que les pays réalisent et ce qu'ils pourraient atteindre avec les mêmes ressources est parfois énorme (*4*). La Figure 4.1 illustre ce point en montrant l'importance des écarts dans la proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié, même pour les pays avec des dépenses de santé totales semblables.

Recueillir plus d'argent pour la santé est indispensable pour les pays à faible revenu, qui s'efforcent de mettre en place une couverture universelle, mais il est tout aussi important de tirer le maximum des ressources disponibles. Trouver les meilleures façons de répondre aux nombreux défis auxquels les systèmes de santé font face est également un problème pour les pays qui luttent pour maintenir des niveaux élevés de couverture face aux dépenses évoluant sans cesse et à la demande croissante.

Il existe de nombreuses possibilités de gagner en efficience. Cela ne se réduit pas simplement à la diminution des coûts. L'efficience, comme nous l'expliquerons dans les pages suivantes, est une mesure de la qualité et/ou de la quantité de résultats (c'est-à-dire services ou résultats en matière de santé) pour un niveau d'intrant donné (c'est-à-dire le coût). Par conséquent, les gains d'efficience pourraient contribuer à limiter les coûts - un objectif important pour de nombreux pays - en réduisant les coûts des prestations de services. Cependant, personne ne veut restreindre les coûts en réduisant les résultats en matière de santé. Et il faudrait donc considérer également

les gains d'efficience comme le moyen de développer la couverture pour le même coût.

La façon dont les pays peuvent améliorer l'efficience de leurs systèmes de santé va être abordée dans ce chapitre.

Les dix principales causes de l'inefficience

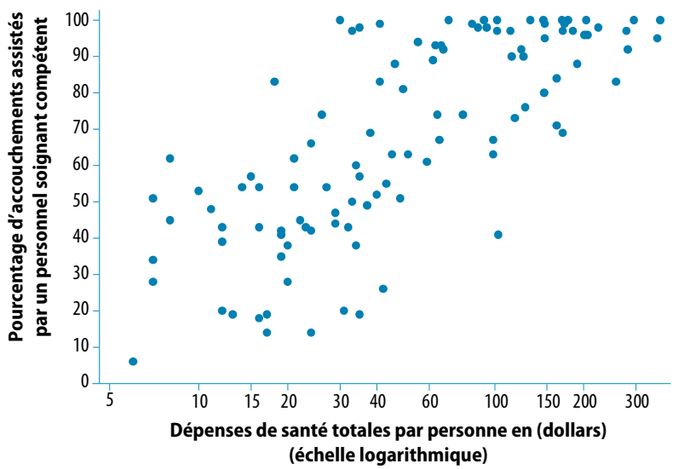
Chaque pays peut améliorer son efficience et, de ce fait, progresser sur le chemin de la couverture universelle de la santé. Le Tableau 4.1 identifie 10 domaines problématiques et suggère des moyens de rendre les systèmes de santé plus efficaces.

Éliminer les dépenses de médicaments inutiles

Les médicaments représentent 20 à 30% des dépenses mondiales de santé, légèrement plus dans les pays à revenus faible et moyen et, par conséquent, ils constituent une part majeure du budget pour la personne qui paie pour bénéficier des services de santé (*7*). Dans de nombreux cas, ce fardeau serait plus léger si les gouvernements et les individus payaient un prix juste. Mais qu'est-ce qu'un prix juste exactement ? Les prix de référence internationale sont un point de départ utile dans les négociations pour les responsables des approvisionnements. Ils sont déterminés en calculant le prix médiane payé pour le même médicament dans des pays comparables (*8*). Sans ces informations sur les prix entre pays, les acheteurs doivent s'acharner pour obtenir une opération équitable sur un marché mondial du médicament qui n'est ni transparent, ni efficient, et où il existe une énorme plage de prix payés pour des produits identiques. Une étude récente sur les prix des médicaments a révélé que les génériques dans les régions OMS des Amériques, de l'Asie du Sud-est et de la Méditerranée orientale étaient achetés par le secteur public à des prix proches de la référence internationale, alors que dans les régions africaine, européenne et pacifique occidentale, les gouvernements ont payé en moyenne 34 à 44% plus que nécessaire (Figure 4.2) (*9*).

La même étude a révélé que certains médicaments sont presque toujours vendus avec des bénéfices

Figure 4.1. **Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié par niveau de dépenses de santé totales, par pays à revenus faible et moyen, et par dernière année disponible (chaque point représente un pays)**



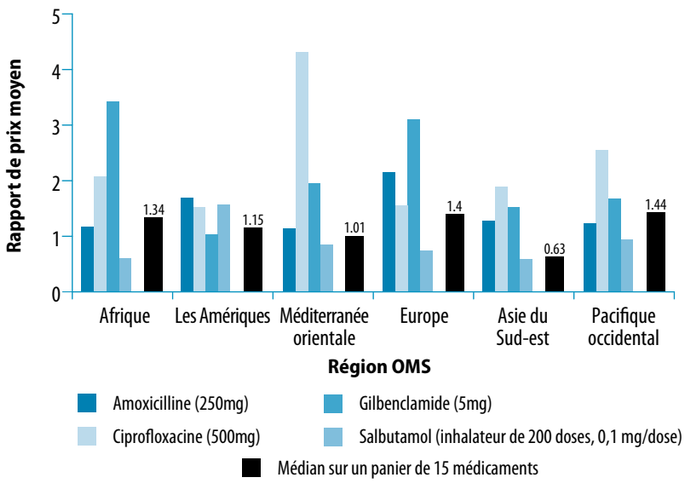
Source : (*5*).

Tableau 4.1. **Les 10 principales causes de l'inefficience**

Source de l'inefficience	Raisons communes de l'inefficience	Moyens de traiter l'inefficience
1. Médicaments: sous-utilisation de génériques et prix plus élevés que les prix nécessaires des médicaments	Contrôles inadéquats des agents de la chaîne d'approvisionnement, des prescripteurs et des distributeurs ; efficacité/sécurité des médicaments génériques perçue comme inférieure ; modèles de prescription historiques et systèmes d'approvisionnement/de distribution inefficients ; taxes et droits sur les médicaments ; hausses excessives.	Améliorer les conseils, les informations, la formation et la pratique liés à la prescription. Exiger, permettre ou offrir des incitations pour la substitution par des génériques. Développer des achats actifs basés sur l'évaluation des coûts et les avantages des alternatives. Assurer la transparence des achats et des soumissions. Supprimer les taxes et les droits. Contrôler les hausses excessives. Surveiller et rendre public les prix des médicaments.
2. Médicaments: utilisation de médicaments de qualité inférieure et contrefaits	Structures/Mécanismes régulateurs pharmaceutiques inadéquats ; systèmes d'approvisionnement insuffisants.	Renforcer la mise en application des normes de qualité dans la fabrication des médicaments ; effectuer des analyses des produits ; améliorer les systèmes d'approvisionnement avec la préqualification des prestataires.
3. Médicaments: utilisation incorrecte et inefficace	Incitations incorrectes des prescripteurs et pratiques de promotion immorales ; demandes/attentes des consommateurs ; connaissances limitées des effets thérapeutiques ; structures régulatrices inadéquates.	Séparer les fonctions de prescription et de distribution ; réglementer les activités de promotion ; améliorer les conseils, les informations, la formation et les pratiques de prescription ; transmettre les informations au public.
4. Produits et services de santé: emploi excessif ou fourniture de matériel, enquêtes et procédures	Demande des prestataires ; mécanismes de paiement à l'acte ; peur du litige (médecine défensive).	Réformer les structures d'incitations et de paiement (par exemple, groupe de capitation ou de diagnostic (DRG)) ; développer et mettre en place des directives cliniques.
5. Personnel soignant: combinaison de personnel inappropriée ou chère, travailleurs non motivés	Conformité avec les politiques et les procédures de ressources humaines prédéfinies ; résistance du corps médical ; contrats fixes/rigides ; salaires inadéquats ; recrutement par favoritisme.	Faire une évaluation et une formation basées sur les besoins ; revoir les politiques de rémunération ; établir des contrats souples et/ou un paiement en fonction du rendement ; mettre en place des changements de tâche et d'autres façons d'adapter les techniques aux besoins.
6. Services de santé: admissions en milieu hospitalier et durée de séjour peu appropriées	Manque de structures de soins alternatifs ; motivations insuffisantes pour faire sortir ; connaissance limitées des meilleures pratiques.	Fournir des soins alternatifs (par exemple soins de jour) ; changer les motivations des prestataires à l'hôpital ; accroître les connaissances sur la pratique d'admission efficient.
7. Services de santé: taille de l'hôpital peu appropriée (faible utilisation de l'infrastructure)	Niveau inapproprié des ressources de gestion pour la coordination et le contrôle ; trop d'hôpitaux et de patients hospitalisés dans certaines régions, pas assez dans d'autres. Souvent cela reflète un manque de planification du développement de l'infrastructure des services de santé.	Intégrer des estimations d'entrées et de sorties dans la planification de l'hôpital ; adapter la capacité de gestion à la taille ; réduire la surcapacité pour atteindre un taux d'occupation de 80 à 90% (tout en contrôlant la durée du séjour).
8. Services de santé: erreurs médicales et qualité sous optimale des soins	Connaissances ou applications insuffisantes des normes et des protocoles de soins cliniques ; absence de directives ; surveillance inadéquate.	Améliorer les normes d'hygiène dans les hôpitaux ; fournir plus de continuité dans les soins ; entreprendre davantage d'audits cliniques ; surveiller les résultats de l'hôpital.
9. Pertes du système de santé: gaspillage, corruption et fraude	Conseils d'allocations de ressources vagues ; manque de transparence ; faiblesse des responsabilités et des mécanismes gouvernementaux ; salaires bas.	Améliorer les réglementations/la gouvernance, y compris les mécanismes de sanctions fortes ; estimer la transparence/vulnérabilité à la corruption ; faire des enquêtes pour retracer les dépenses publiques ; encourager les codes de conduite.
10. Interventions de santé: combinaison inefficiente/niveaux de stratégies inappropriés	Financement coûteux, interventions à effet limité lorsque des options à bas prix et à fort impact ne sont pas financées. Équilibre inadéquat entre les niveaux de soins, et/ou entre la prévention, la promotion et le traitement.	Évaluation régulière et intégration dans la politique des preuves sur les coûts et l'impact des interventions, des technologies, des médicaments et des options de politique.

Source (*6*).

Figure 4.2. **Ratios des prix moyens des prix d'approvisionnement du secteur public pour les médicaments génériques,[a] par région OMS**



[a] Rapport du prix d'approvisionnement moyen par rapport au prix de référence international des Sciences de gestion de la Santé.

Source : (*9*).

importants et à des prix qui varient significativement d'un pays à un autre. Les prix d'achat de la ciprofloxacine de marque (un antibiotique à large spectre), par exemple, varient largement entre les pays en voie de développement, dont certains paient jusqu'à 67 fois le prix de référence internationale (*9*). Même dans les pays à revenu élevé, il existe une variabilité considérable dans les prix. Aux États-Unis d'Amérique, la ciprofloxacine de marque se vend entre 90 et 100 dollars par traitement alors qu'elle se vend moitié moins au Royaume-Uni (*10*).

Acheter des médicaments de marque plutôt que des formules génériques peut également être à l'origine de l'inefficience. Une étude récente sur 18 médicaments dans 17 pays en grande partie à revenu moyen a révélé que les coûts pour les patients pourraient être réduits de 60% en moyenne en passant de la marque originale aux équivalents génériques plus abordables (*11*). Pour ce groupe de pays, cela représente une économie totale de 155 millions de dollars pour ce seul panier limité de médicaments.

Les gains mondiaux d'une utilisation plus systématique des médicaments génériques peuvent même être plus importants dans certains pays à revenu élevé. La France, par exemple, a appliqué une stratégie de substitution générique et on a estimé qu'une utilisation plus large des médicaments génériques permettrait d'économiser 1,32 milliard d'euros rien qu'en 2008, l'équivalent de 1,94 milliard de dollars (*12*, *13*).

Améliorer le contrôle qualité des médicaments

S'ils sont de qualité inférieure, faux, falsifiés, faussement libellés, contrefaits ou périmés, les «mauvais» médicaments sont trop chers quel qu'en soit le prix, et les éviter est une autre façon de cesser de gaspiller des ressources. Plus de la moitié des produits qui circulent en Asie du Sud-est, contenant soi-disant de l'artésunate anti-malaria, ne contiennent en fait aucun principe actif (*14*), et une étude dans trois pays africains a rapporté que 26 à 44% des échantillons de médicaments antipaludiques ont échoué aux analyses de qualité (*15*).

Il existe peu d'informations fiables pour permettre une évaluation de la taille du problème. Cependant, l'Office du contrôle pharmaceutique et alimentaire (FDA) américain a estimé que les produits contrefaits représentent plus de 10% du marché mondial des médicaments. Si nous utilisons ce chiffre comme limite inférieure, les bénéfices mondiaux annuels des ventes de médicaments de qualité inférieure seraient supérieurs à 32 milliards de dollars (*16*). Cela représente 32 milliards de dollars de dépenses qui ne produiront que peu d'amélioration en termes de santé.

Les pays qui cherchent à éliminer les mauvais produits ont plusieurs options, notamment, l'adhésion aux bonnes pratiques de fabrication (BPF) en produisant les médicaments et en les achetant à des producteurs soumis aux BPF. Les BPF ont été créées pour garantir que les produits sont fabriqués de manière cohérente et contrôlés selon un ensemble spécifique de normes de qualité afin d'éviter les contaminations, les libellés inexacts et les taux incorrects du principe actif (*17*). De nombreux pays ont formulé leurs propres exigences de BPF d'après le modèle développé par l'OMS, alors que d'autres ont adapté des exigences déjà en place.

Pour faciliter l'accès aux médicaments qui respectent les normes de qualité, de sécurité et d'efficacité unifiées pour le VIH/SIDA, la malaria, la tuberculose et la santé reproductrice, l'OMS a conçu en 2001 un programme de préqualification visant à soutenir les agences d'approvisionnement des Nations Unies mais, au fil du temps, la liste des médicaments préqualifiés est devenue une ressource pour tous ceux qui achètent des médicaments en gros, notamment les agences d'approvisionnement nationales (*18*).

Utiliser les médicaments de façon appropriée

L'utilisation irrationnelle de médicaments peut non seulement faire souffrir et entraîner la mort, mais elle utilise également des ressources qui étaient destinées à des interventions factuelles efficaces. En dépit du fait que de nombreux pays ont adopté des politiques médicales nationales et des programmes médicaux de base encourageant une utilisation appropriée, moins de la moitié de tous les patients des pays à revenus faible et moyen reçoivent des soins de santé primaires selon les directives cliniques en matière de maladies communes (*19*). On estime que plus de la moitié de tous les médicaments sont globalement prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée (*19*), et que la moitié de tous les patients ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits ou délivrés (*20*). L'utilisation irrationnelle peut se présenter sous de nombreuses formes, y compris l'utilisation de mélanges nocifs de médicaments (polypharmacie), l'emploi excessif d'antibiotiques et d'injections, des prescriptions non conformes aux directives cliniques, ou une automédication incorrecte (*21*).

L'utilisation excessive et inappropriée d'antibiotiques est un problème mondial particulièrement sérieux car deux tiers de tous les antibiotiques sont vendus sans prescription sur des marchés privés non contrôlés. Des doses inexactes ou inadéquates sont prescrites à de nombreux patients, ou ces derniers ne terminent pas le traitement prescrit. Moins de la moitié de tous les patients souffrant de diarrhée aiguë peuvent être traités à bon marché avec des solutés de réhydratation oraux extrêmement efficaces, alors que plus de la moitié reçoivent des antibiotiques chers et inutiles dans ce cas. On estime, par exemple, que l'utilisation excessive d'antibiotiques pour

traiter les infections aiguës des voies respiratoires dans les pays à revenus faible et moyen ajoute en moyenne 36% au coût des soins (*22*).

Obtenir le maximum des technologies et des services

Les technologies médicales peuvent être essentielles à la prestation de services de santé de qualité, à condition qu'elles soient sélectionnées et utilisées correctement, selon les preuves scientifiques et les meilleures pratiques (*23*). Trop souvent, la politique d'approvisionnement est déformée par la pression marketing des fabricants de matériel. Cela est vrai pour les pays à revenu tant faible qu'élevé, peut-être même davantage pour les pays à revenu élevé étant donné le plus large périmètre des dépenses. La technologie médicale moderne contribue largement à la hausse des coûts dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la mesure dans laquelle un pays particulier l'utilise n'est pas toujours basée sur ses besoins. Parmi les pays de l'OCDE, celui qui utilise le plus grand nombre de scanners d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (CT) par personne est le Japon, alors que les États-Unis d'Amérique se placent au premier rang mondial dans l'orientation de l'imagerie médicale : 91,2 examens par IRM pour 1 000 habitants (comparé avec une moyenne de l'OCDE de 41,3 pour 1 000 habitants) ; et 227,8 examens par scanner CT pour 1 000 habitants (comparé à une moyenne de l'OCDE de 110) (*24*). Du point de vue médical, une importante proportion de ces analyses serait inutile.

Des achats et des utilisations inutiles de matériel peuvent également survenir dans les pays à faible revenu, mais en général, les situations à faibles ressources ont d'autres défis technologiques. On estime qu'au moins 50% du matériel médical des pays en voie de développement est en partie utilisable ou totalement inutilisable (*25*). En Afrique subsaharienne, jusqu'à 70% du matériel médical n'est pas utilisé. Les études suggèrent plusieurs raisons à ce type d'échec systémique général, notamment une mauvaise gestion du processus d'acquisition technologique et un manque de formation des utilisateurs et d'assistance technique efficace (*26*). Lorsque la technologie médicale est disponible, elle est trop souvent la cause de diagnostics médiocres ou dangereux, ou de traitements qui peuvent présenter un risque pour la santé des patients. Une technologie médicale inappropriée impose aussi un poids financier à des systèmes qui peuvent difficilement se la permettre.

L'ironie de la chose, c'est que les dons sont l'une des plus grandes causes de l'inefficience en matière de technologies médicales dans les pays à faible revenu. Dans certain pays, presque 80% du matériel médical provient de donateurs internationaux ou de gouvernements étrangers, et une grande partie reste inutilisée pour plusieurs raisons. Une étude récente menée en Cisjordanie et dans la bande de Gaza en offre un exemple (*27*). De grands convois de matériel médical ont été transportés vers la bande de Gaza une fois les hostilités terminées en janvier 2009. Une partie de ces dons de matériel était utile, mais une proportion importante ne pouvait pas être intégrée au système de santé et elle est restée dans les entrepôts.

Ce type de problème pourrait être évité si les partenaires de développement avaient consulté les pays bénéficiaires pour clarifier leurs besoins et leurs capacités d'entretien du matériel donné. Il incombe également aux gouvernements bénéficiaires de mettre en place des systèmes de gestion rationnels, d'organiser le stockage des appareils médicaux par type, modèle et fabricant, mais aussi de vérifier l'état de complétude, de compatibilité et de qualité de chaque don.

Ce qui s'applique aux technologies s'applique également aux services de santé. Une étude comparant les services dispensés aux patients dans le cadre du programme Medicare aux États-Unis d'Amérique a conclu que «les habitants des régions à dépenses élevées ont reçu 60% de soins en plus, mais n'ont pas eu un taux de mortalité inférieur, une meilleure santé ni une plus grande satisfaction» (*28*, *29*). Les différences dans les modèles de pratique ne pouvaient pas être attribuées à des différences dans les besoins médicaux, et environ 30% des coûts de traitement auraient pu être économisés si les prestataires à l'origine de dépenses élevées avaient réduit leur prestation de services aux niveaux présents dans les régions de traitement inoffensif, mais conservateur (*30*). Des variations similaires dans les modèles de pratique existent dans de nombreux pays, indiquant des possibilités semblables de réduire les coûts et d'améliorer l'efficience (*31–34*).

Alors qu'il est souvent difficile d'établir le besoin précis pour une intervention médicale au niveau individuel, les responsables politiques peuvent contrôler les variations au niveau des modèles de pratique dans un pays, en ne se concentrant que sur les prestataires ou les établissements qui offrent un grand nombre de services par rapport à d'autres, ou sur ceux qui en offrent relativement peu. La diminution de cette variation peut permettre d'économiser des ressources et d'améliorer les résultats sanitaires.

Motiver les professionnels de la santé

Le personnel soignant forme la base d'un système de santé et représente généralement environ la moitié de toutes les dépenses de santé d'un pays (*35*). Une pénurie de personnel soignant est souvent un obstacle majeur à la consolidation des systèmes de santé, à un recrutement inefficace, à une formation peu adéquate et à une mauvaise supervision. De plus, une mauvaise distribution dans le pays sape également l'efficience, alors qu'une rémunération inadéquate entraîne des taux excessifs de renouvellement du personnel ou une réduction des effectifs (*36*). Le cumul de ces défaillances a pour résultat inévitable une diminution de la productivité et des performances.

Mais quelle est la perte exacte avec l'inefficience de la main-d'œuvre ? Sans données complètes fiables, il est difficile d'être précis, mais il y a eu plusieurs tentatives de mesurer la productivité du personnel soignant dans des contextes spécifiques. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, on a rapporté que les absences inexpliquées et le temps passé au repos, à des contacts sociaux et à attendre des patients réduisent les niveaux de la productivité de 26% (*37*). Au Brésil, Sousa et al. ont mis au jour que l'efficience du personnel soignant en termes de couverture des soins prénataux dans les municipalités varie de moins de 20% à plus de 95% (*38*).

En prenant des exemples, certes limités, comme indicateurs des tendances mondiales et en appliquant un niveau moyen prudent d'inefficience rapportée (15 à 25%) à la proportion des dépenses totales de santé sur les ressources humaines (45 à 65%, selon la région de revenu dans le monde), il est possible d'atteindre un coût d'inefficience de la main-d'œuvre dans le monde supérieur à 500 milliards de dollars par an.

La façon de réduire cette perte – la façon d'améliorer la productivité et les performances du personnel soignant – est analysée dans le *Rapport sur la santé dans le monde de 2006,* qui met en exergue, entre autre, l'importance d'une rémunération adéquate et d'une meilleure adéquation des qualifications aux tâches (*36*). Les questions de la rémunération selon les performances et du paiement des prestataires sont abordées ci-après.

Améliorer l'efficience de l'hôpital : taille et durée du séjour

Dans de nombreux pays, les soins hospitaliers absorbent plus de la moitié et jusqu'à deux tiers des dépenses gouvernementales totales en matière de santé. Les admissions des patients et les durées de séjour (souvent excessives) représentent des catégories de dépenses significatives. Quatre études distinctes sur des patients adultes hospitalisés dans le système de santé du Canada, par exemple, ont révélé que 24 à 90% des admissions et 27 à 66% des séjours de patients en hôpital étaient inopportuns (*39*).

Une autre source d'inefficience est la taille inappropriée de certains établissements et la gamme des services qu'ils offrent. Bien qu'il puisse y avoir des raisons économiques au développement de la taille et du champ d'action d'un hôpital afin d'utiliser pleinement les compétences, l'infrastructure et l'équipement disponibles, il existe un seuil au-delà duquel l'efficience commence à diminuer. De même, les petits hôpitaux deviennent inefficient lorsque les coûts fixes d'infrastructure et d'administration sont répartis sur un nombre de cas trop bas, augmentant ainsi le coût moyen d'un séjour à l'hôpital. Des études menées principalement aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que l'inefficience commence à moins de 200 lits et au delà de 600 lits approximativement (*40*). Un bon indicateur de l'efficience d'un hôpital est l'utilisation des installations par les patients hospitalisés, mesurée en taux de capacité. Une étude de l'OMS sur 18 pays à revenus faible et moyen a montré que dans des hôpitaux de district, seuls 55% des lits étaient occupés en moyenne, bien en dessous du niveau recommandé de 80 à 90% (*6*).

Un examen récent de plus de 300 études sur l'efficience et la productivité des soins de santé a révélé que l'efficience des hôpitaux était en moyenne d'environ 85%, c'est-à-dire que les hôpitaux pourraient réaliser 15% de plus de ce qu'ils font pour le même coût, ou 15% de réduction des coûts pour un même niveau de services (*41*). Aucune différence majeure n'a été rapportée entre les hôpitaux aux États-Unis, en Europe et dans d'autres parties du monde, bien que les hôpitaux publics s'avèrent plus efficient que les hôpitaux privés sans but lucratif ou à but lucratif (Encadré 4.1). En appliquant un taux d'inefficience moyen de 15% à la part des dépenses de santé totales des hôpitaux dans chaque région mondiale de revenu, c'est un total d'environ 300 milliards dollars qui est perdu chaque année à cause de l'inefficience des hôpitaux.

Obtenir immédiatement de bons soins

L'erreur médicale coûte cher et fait souffrir. Du fait du manque de données épidémiologiques fiables, la fréquence et l'importance des erreurs médicales sont inconnues à l'échelle mondiale, mais les estimations semblent indiquer qu'un patient sur 10 dans les pays développés est blessé en recevant des soins hospitaliers. Dans les pays en voie de développement, ce chiffre peut être largement supérieur (*49*). Ce sont 1,4 million de personnes dans le monde qui souffrent d'infections nosocomiales (*50*). On ne sait pas ce que cela coûte aux autorités sanitaires, mais une étude datant de 1999 suggère que les erreurs médicales évitables peuvent tuer jusqu'à 98 000 personnes par an aux États-Unis, soit un coût de 17 à 29 milliards de dollars (*51*).

Une mesure simple pour réduire les erreurs médicales consiste à encourager l'hygiène des mains, une autre d'encourager des pratiques d'injection sûres et une troisième de s'assurer de la précision des diagnostics.

Une procédure simple permettant de sauver des vies est l'utilisation de listes de contrôle, comme celle qui est préconisée dans l'initiative «une chirurgie sûre sauve des vies» de l'OMS. Des résultats saisissants ont déjà été obtenus avec les listes de contrôle, en particulier dans le Michigan (États-Unis), où une initiative à l'échelle de l'État cherchait à réduire les infections sanguines liées aux cathéters en appliquant une brève liste de contrôle. Cette liste de contrôle a notamment permis aux infirmières de s'assurer que les médecins suivaient la procédure (*52*). Les infections sanguines dans les unités de soins intensifs participantes ont diminué de 1,4 pour 1 000 jours d'utilisation de cathéters, moins de 20% du taux avant la mise en œuvre, ce qui a permis de sauver environ 1 800 vies sur 4 ans. Les initiatives des listes de contrôle sont désormais prises dans plusieurs pays, y compris la Chine, la Jordanie, la Thaïlande et le Royaume-Uni.

Une approche plus punitive (et potentiellement controversée) de

Encadré 4.1. L'efficience relative des prestations de services publiques et privées

Les rôles relatifs des secteurs public et privé (à but lucratif ou sans but lucratif) dans l'offre des soins de santé ont évolué au fil du temps et ont continué à alimenter un débat animé sur fond idéologique. Finalement, les évidences empiriques devraient aider à déterminer le type d'établissement qui fournit les services spécifiques de manière la plus efficiente.

La plupart des études disponibles se sont concentrées sur l'efficience des hôpitaux, responsables pour environ 45 à 69% des dépenses de santé nationales en Afrique subsaharienne (*42*). Hollingsworth (*41*) a récemment effectué une méta-analyse de 317 publications sur les mesures de l'efficience et a conclu que «l'offre publique peut être potentiellement plus efficiente que l'offre privée». Cependant, les études sur les pays suggèrent que l'impact de la propriété sur l'efficience est mitigé. Lee et al. (*43*) ont déterminé que les hôpitaux à but non lucratif aux États-Unis étaient plus efficient que les hôpitaux à but lucratif. En revanche, les niveaux d'efficience des hôpitaux suisses ne varient pas en fonction de la propriété (*44*, *45*). En Allemagne, certaines études ont montré que les hôpitaux privés étaient techniquement moins efficient que les hôpitaux publics, d'autres ont conclu l'inverse, alors que d'autres encore n'ont trouvé aucune différence (*46*, *47*).

Il existe très peu d'études qui mesurent l'efficience relative des établissements de santé publics et privés dans les pays à revenus faible et moyen. Masiye (*48*) est peut-être la seule étude qui rapporte un effet considérablement positif de la propriété privée sur l'efficience dans les hôpitaux zambiens (l'efficience moyenne des hôpitaux privés était de 73% comparée à 63% pour les hôpitaux publics).

Cela met l'accent sur le danger de généraliser à partir d'un meilleur modèle de propriété pour tous les pays. En même temps, les niveaux moyens d'efficience s'avèrent bien inférieurs à ce qu'ils pourraient être dans tous les types d'hôpitaux. Les hôpitaux peuvent devenir plus efficients, indépendamment de la propriété, en réduisant le gaspillage et en offrant des interventions rentables. Pour assurer que cela se passe ainsi, une guidance gouvernementale forte est nécessaire pour déterminer et appliquer les règles de fonctionnement.

réduction des erreurs médicales consiste à ne pas payer en cas d'erreur. Cette approche est actuellement testée aux États-Unis et, depuis octobre 2008, Medicare, le régime d'assurance sociale géré par gouvernement, qui fournit une couverture médicale aux personnes de plus de 65 ans, a cessé de rembourser les hôpitaux pour ce qu'on appelle les «never-events», ces erreurs médicales jugées «raisonnablement évitables». Celles-ci comprennent les erreurs majeures, comme l'opération d'un organe incorrect du corps, mais aussi les complications, comme des escarres graves et certaines lésions causées par la chute du patient. En refusant de payer pour des erreurs, Medicare espère réduire les 98 000 décès estimés chaque année suite à des erreurs médicales (*53*).

Éliminer le gaspillage et la corruption

On a estimé que 10 à 25% des dépenses de santé publique liées à l'approvisionnement – achats des articles indispensables, comme les médicaments, le matériel et l'infrastructure – sont perdus chaque année au profit des pratiques de corruption (*54*). Dans les pays développés, la fraude et les autres formes d'abus en matière de soins médicaux coûtent de 12 à 23 milliards de dollars environ par an aux gouvernements (*55*). Comme la production et la distribution de médicaments représentent un processus complexe composé de plusieurs phases, les possibilités d'abus sont nombreuses dans ce domaine, bien que le problème s'étende à tous les domaines de l'approvisionnement.

L'expérience a montré que pour diminuer considérablement la corruption lors de l'achat et de la distribution de médicaments, deux stratégies complémentaires doivent être appliquées : d'abord, une approche disciplinaire qui a tendance à être descendante, qui repose sur des réformes législatives, établissant les lois, les structures administratives et les processus nécessaires à la garantie d'une régulation transparente des médicaments et de l'approvisionnement ; et deuxièmement, une approche des valeurs ascendante, qui encourage l'intégrité institutionnelle par des valeurs et des principes moraux et qui essaie de motiver une conduite éthique chez les fonctionnaires.

Depuis 2004, 26 pays ont mis en place une gouvernance optimale des programmes de médicaments en fonction de ces principes, avec pour résultat une réduction des dépenses en médicaments (*56*). L'Alliance de Transparence des Médicaments (MeTA) est une autre initiative qui cible l'accessibilité et la disponibilité des médicaments de bonne qualité par des actions au niveau du pays, encourageant l'efficience dans la chaîne d'achat des médicaments, notamment par la transparence et la responsabilité (*57*).

Néanmoins, ces principes ne sont pas limités à l'achat et à la distribution de médicaments, et peuvent être appliqués à toutes les activités liées à la santé. Ils sont étayés par les principes fondamentaux d'une administration de qualité, comprenant la responsabilité, la transparence et le respect de la loi (*58*). Les fonctions régulatrices centrales qui peuvent combattre efficacement des pertes budgétaires et autres, comprennent l'enregistrement, l'accréditation et la licence des prestataires de soins, des installations et des produits (pour améliorer la qualité), la supervision interne et les fonctions d'audit. Une amélioration de la gouvernance nécessite également un meilleur recueil et une meilleure utilisation de l'information, afin que les infractions à la pratique puissent être identifiées et les changements surveillés.

Évaluer d'un œil critique les services requis

On a estimé que le coût d'un an de vie saine en plus varie de moins 10 dollars à plus de 100 000 dollars, selon l'intervention (*59, 60*). En d'autres termes, si vous choisissez une intervention qui coûte 10 dollars par année saine de vie économisée, vous pouvez économiser 100 000 ans pour 1 million de dollars. Et si vous choisissez une intervention à 100 000 dollars, vous n'économisez que 10 années saines pour la même somme.

Il n'existe aucune règle générale selon laquelle les interventions sont très rentables dans un pays, en prenant en compte les barèmes de prix, les modèles des maladies et les niveaux de couverture. Il est même faux que la prévention est toujours plus rentable que les soins. Certaines formes de prévention sont rentables et sous-utilisées, d'autres ne le sont pas. Dans l'idéal, chaque pays doit évaluer la rentabilité et l'efficience dans sa propre situation, bien que le programme de travail WHO-CHOICE (Choisir des interventions rentables) et deux rounds du projet Priorités du contrôle des maladies aient fourni des conseils sur la rentabilité d'une large gamme d'interventions dans différentes situations (*61*).

Toutefois, il est clair que pour diverses raisons, on a tendance à abuser des interventions chères et à faible impact, alors que les interventions à bas prix et à impact élevé sont sous-exploitées (*59, 60*). Par conséquent, le transfert des ressources des premières vers les secondes est une façon évidente d'obtenir une efficience supérieure. Notre examen des études qui comparent le statu quo avec une combinaison potentiellement plus appropriée d'interventions pour des maladies (Tableau 4.2) suggère que les mêmes avantages sanitaires auraient pu être obtenus avec un taux compris entre 16 et 99% des dépenses courantes selon la santé. Ces économies permettraient ensuite de générer d'importantes contributions afin d'améliorer la santé par d'autres moyens.

Cependant, en tenant compte des coûts des transactions permettant d'effectuer les réaffectations nécessaires, le Tableau 4.2 suggère à l'évidence que des gains d'efficience d'environ 20% seraient réalisables dans les pays donnant la priorité aux interventions rentables. Les interventions rentables diffèrent, évidemment, selon les pays, mais dans les pays à faible revenu, la plupart des interventions les plus rentables – soins et traitements préventifs pour la santé maternelle et néo-natale ou vaccinations infantiles de base – ne sont pas complètement exécutées, ce qui coûte cher en vies humaines.

La rentabilité n'est pas la seule considération lorsqu'il s'agit de choisir une combinaison optimale d'interventions. Dans les cas où il est question d'équité ou de décence de base, la valeur sociale d'une intervention de santé particulière peut différer de la valeur des avantages sanitaires qu'elle produit. Considérons les soins en fin de vie. Ils sont chers : aux États-Unis, par exemple, les soins au cours de la dernière année de vie d'un patient représentent presque un tiers des dépenses Medicare annuelles, malgré le fait que ces patients représentent seulement 5% des effectifs (*68*). Les valeurs sociales, plutôt que les considérations de rentabilité, déterminent que les sociétés continueront à fournir des soins de fin de vie. Un exemple moins extrême, mais qui divise souvent les responsables politiques dans les pays à revenus

faible et moyen, est la diminution de la rentabilité lors de l'expansion de la couverture des interventions dans les régions rurales éloignées. Comme l'explique le Chapitre 1, l'engagement de la couverture universelle dépend d'un degré élevé de solidarité sociale, de la volonté de faire des choix pour équilibrer entre l'efficience et l'équité.

Les considérations en matière d'équité sont importantes, mais il est essentiel que les gouvernements continuent à cibler la rentabilité afin de pouvoir s'engager dans des achats de services plus actifs, permettant de garantir que le système atteint le meilleur rapport qualité-prix. Cette question sera abordée ultérieurement dans ce chapitre.

Tableau 4.2. **Gains potentiels fondés sur l'évaluation critique des interventions**

Étude	Devise[a]	Coût d'obtention d'un an de vie saine *		
		Combinaison actuelle	Combinaison optimale	Amélioration. (%)
Traitement médicamenteux de la malaria en Zambie *(62)*		10,65	8,57	20
(coût par cas guéri)	US$			
Prévention des maladies et des lésions en Thaïlande *(63)*				
Prévention des maladies cardiovasculaires	BHT	300 000	2 185	99
Prévention des blessés de la route (alcool)		6 190	3 375	45
Prévention des blessés de la route (casques)		1 000	788	21
Contrôle de l'alcool et du tabac en Estonie *(64)*				
Alcool	EEK	2 621	893	66
Tabac		292	247	15
Interventions neuropsychiatriques au Nigeria *(65)*		37 835	26 337	30
Schizophrénie	NGN	210 544	67 113	68
Dépression		104 586	62 095	41
Épilepsie		13 339	10 507	21
Alcoolisme		20 134	10 677	47
Ensemble de soins de santé mentale en Australie *(66)*		30 072	17 536	42
Schizophrénie	AU$	196 070	107 482	45
Trouble affectif		20 463	10 737	48
Trouble d'anxiété		15 184	9 130	40
Alcoolisme		97 932	53 412	45
Soins et prévention du cancer du col de l'utérus *(67)*[b]				
Sous-région à revenu élevé (EurA)	I$	4 453	3 313	26
Sous-région à revenu élevé (WprB)		3 071	1 984	35
Sous-région à revenu faible (SearD)		421	355	16

[a] États-Unis d'Amérique $, dollar américain ; BHT, baht thaïlandais ; EEK, couronne d'Estonie ; NGN, naira nigérien ; AUD, dollar australien ; I$, dollar international.
[b] Sous-régions WHO (strates de mortalité): EurA comprend les pays de la région européenne avec une très faible mortalité adulte et infantile ; WprB comprend les pays du Pacifique occidental avec une faible mortalité adulte et infantile ; SearD comprend les pays de l'Asie du Sud-est avec une mortalité adulte et infantile élevée. Les régions OMS sont subdivisées d'après les strates de mortalité infantile et adulte: A, mortalité infantile et adulte très faible ; B, mortalité infantile et adulte faible ; C, mortalité infantile faible et mortalité adulte élevée ; D, mortalité infantile et adulte élevée ; E, mortalité infantile élevée et mortalité adulte très élevée. (http://www.who.int/choice/demography/regions). La classification n'a aucun caractère officiel et n'a que des fins analytiques.

Les avantages potentiels liés à l'amélioration de l'efficience

En prenant les niveaux moyens de l'inefficience, identifiés dans les premières sections, et en les multipliant par les proportions moyennes des dépenses de santé totales associées à chaque composant, il est possible de comprendre ce qu'on peut gagner par une efficience supérieure (Tableau 4.3). Les 10 causes communes de l'inefficience sont présentées dans ce tableau selon 5 catégories générales : ressources humaines pour la santé ; médicaments ; hôpitaux ; pertes dues à la corruption et au gaspillage ; et combinaison d'interventions.

Tableau 4.3. **Économies potentielles de l'efficience par coûts et par catégorie de revenu du pays**

Catégorie de revenu	Fourchette d'économies potentielles de l'efficience (pourcentage des dépenses de santé totales)[a]	Économies potentielles de l'efficience par personne (dollars)[b]		Fourchette d'économies potentielles de l'efficience sur la population totale (milliards de dollars)	
		Moyenne	Fourchette	Moyenne	Fourchette
Ressources humaines				563	110–851
Revenu élevé	8–16	492	78–629	499	79–639
Revenu moyen	7–14	14	7–48	61	29–206
Faible revenu	8–15	2	1–5	3	1–6
Médicament				115	24–193
Revenu élevé	2–3	93	14–122	95	14–124
Revenu moyen	2–5	5	2–16	19	9–67
Faible revenu	3–5	1	0–2	1	0–2
Hôpitaux				287	54–503
Revenu élevé	3–8	233	30–325	236	31–330
Revenu moyen	5–11	11	5–39	49	23–168
Faible revenu	4–9	1	1–3	2	1–4
Pertes				271	51–468
Revenu élevé	3–8	221	28–310	224	29–315
Revenu moyen	5–10	10	5–35	44	22–150
Faible revenu	5–10	2	1–3	2	1–4
Combinaison d'interventions				705	141–1 094
Revenu élevé	10–20	602	95–774	611	96–786
Revenu moyen	10–20	21	10–70	89	43–299
Faible revenu	10–20	3	2–7	4	2–8
Total				1 409	282–2 188
Revenu élevé	20–40	1204	189–1 548	1 223	192–1 573
Revenu moyen	20–40	42	20–140	178	86–599
Faible revenu	20–40	7	3–13	8	4–17

[a] Obtenu en multipliant une fourchette d'économies potentielles de l'efficience (ressources humaines 15–25% ; médicaments 10–15% ; hôpitaux 10–25%) par la part des dépenses de santé totales dans les groupes de revenu des différent pays ; économies potentielles de l'efficience pour les pertes et les combinaisons d"interventions, estimées directement comme un pourcentage des dépenses de la santé par personne (*6*, *69*).
[b] Obtenu en multipliant les économies potentielles de l'efficience par les dépenses de santé moyennes par personne [fourchette interquartile] : 4 013 [947–3871] (revenu élevé) ; 139 [101–351] (revenu moyen) ; 22 [15-33] (revenu faible) (*6*, *69*).

Encadré 4.2. Les réformes du Liban : améliorer l'efficience du système de santé, augmenter la couverture et réduire les dépenses directes des ménages

En 1998, le Liban a dépensé 12,4% de son PIB pour la santé, plus que tout autre pays de la région méditerranéenne orientale. Les dépenses directes des ménages, représentant 60% des dépenses de santé totales, étaient aussi parmi les plus élevées de la région et constituaient un obstacle important pour les personnes à faible revenu. Depuis lors, une série de réformes a été mise en place par le ministère de la Santé afin d'améliorer l'équité et l'efficience.

Les composants clés de cette réforme ont été : la réorganisation du réseau des soins primaires du secteur public, l'amélioration de la qualité des hôpitaux publics et de l'utilisation rationnelle des technologies médicales et des médicaments. Ce dernier point comprenait l'augmentation de l'utilisation de médicaments génériques de qualité assurée. Le ministère de la Santé a aussi cherché à renforcer son leadership et ses fonctions de gouvernance par une autorité régulatrice nationale en matière de technologie sanitaire et biomédicale, par un système d'accréditation pour tous les hôpitaux et l'engagement par contrats avec les hôpitaux privés pour des services spécifiques pour les patients hospitalisés à des prix définis. Il possède maintenant une base de données qu'il utilise pour surveiller les prestations de services dans les établissements de santé publics et privés.

L'amélioration de la qualité des services dans le secteur public, aux niveaux primaire et tertiaire, a donné lieu à une augmentation de l'utilisation, en particulier chez les pauvres. En tant que prestataire de services important, le ministère de la Santé est désormais plus à même de négocier les tarifs de services qu'il achète aux hôpitaux privés et peut utiliser la base de données pour contrôler les coûts unitaires de différents services hospitaliers.

L'utilisation de services préventifs, promoteurs et curatifs, en particulier chez les pauvres, s'est améliorée depuis 1998, de même que les résultats sanitaires. La réduction des dépenses en matière de médicaments, combinée à d'autres gains d'efficience, signifient que les dépenses de santé en tant que partie du PIB ont baissé de 12,4 à 8,4%. Les dépenses directes des ménages en tant que partie des dépenses de santé totales ont chuté de 60 à 44%, en augmentant les niveaux de protection du risque financier.

Le tableau montre que les pays à faible revenu pourraient économiser de 12 à 24% par an sur leurs dépenses de santé totales en améliorant l'efficience des hôpitaux ou de leur main-d'œuvre, en libérant de ce fait des ressources afin d'élargir potentiellement la protection du risque financier à davantage de personnes ou de développer les services disponibles. Ce qui se passerait exactement si les pays travaillaient simultanément sur toutes ces sources d'inefficience est vague, mais les gains ne s'additionneraient certainement pas totalement puisqu'une amélioration de l'efficience du personnel soignant, par exemple, serait aussi automatiquement ressentie comme une amélioration de l'efficience de l'hôpital. Une estimation prudente suggère que 20 à 40% des dépenses totales sont utilisées sans pour autant améliorer la santé des personnes. Les gains sanitaires potentiels provenant d'un meilleur réinvestissement de ces ressources afin d'améliorer la santé des populations sont énormes.

Dans une première étape, les pays doivent évaluer la nature et les causes des inefficience locales, en s'inspirant de l'analyse ci-dessus. Il convient ensuite d'estimer les coûts et les impacts possibles des solutions proposées. Il est possible d'améliorer l'efficience, comme le Liban l'a récemment montré (Encadré 4.2). Bien qu'il ne soit pas possible pour tous les pays d'égaler les résultats de ce pays, des gains substantiels peuvent être obtenus presque partout.

Incitations, financement de la santé et efficience

Les sections précédentes ont suggéré des actions spécifiques pour améliorer l'efficience dans 10 domaines identifiés. La section présente aborde les incitations - et les éléments dissuasifs - inhérents aux différents systèmes de financement pouvant favoriser ou compromettre l'efficience.

L'une des considérations clés est la façon dont les prestataires de services de santé sont payés. Les mécanismes de paiement des hôpitaux et des établissements de santé, ainsi que les médecins, infirmières, kinésithérapeutes, etc. qui y travaillent, varient considérablement entre les systèmes, et nombre d'entre eux sont sources d'inefficience. Le système de paiement le plus rudimentaire, comme on en a déjà parlé, est celui où le prestataire de soins est payé par le patient au moment du service. Les nombreux inconvénients de ce système - notamment la barrière financière à l'accès des pauvres et les niveaux de difficulté financière associés qu'il impose aux personnes qui sont obligées d'utiliser ces services - ont déjà été abordés en détail. Cependant, ce paiement à l'acte encourage aussi des abus de service pour les personnes qui peuvent se les payer. C'est là une autre forme d'inefficience.

Encadré 4.3. Variation du recours à la césarienne dans le monde

Le nombre de césariennes varie énormément entre les pays, avec les plus riches et ceux en voie de développement qui y ont massivement recours, alors que les pays économiquement démunis, principalement en Afrique, font face à une demande sans réponse. Les données sur les césariennes réalisées dans 137 pays en 2007 montrent que dans 54 pays, les naissances par césariennes représentaient moins de 10% de tous les accouchements; dans 69 pays, le pourcentage était de plus de 15%. Seuls 14 pays ont indiqué des taux compris dans la fourchette recommandée de 10 à 15%.

Une analyse spécifique par pays d'après les méthodes WHO-CHOICE (Choisir des interventions rentables) révèle que le coût de l'abus de césariennes dans le monde atteint 2 milliards dollars par an. En 2008, le nombre de césariennes inutiles au niveau mondial a dépassé le nombre de celles qui étaient nécessaires. De par l'écrasante majorité d'abus de césariennes dans les pays à revenu élevé (et par conséquent à niveaux de prix élevés), le coût de l'excès mondial de césariennes en 2008 aurait pu éventuellement financer presque 6 fois plus d'opérations indispensables dans les pays plus pauvres.

Source : (*75*).

Les paiements à l'acte sont une modalité de paiement courante, même lorsque les fonds sont mis en commun, le plus communément en régimes d'assurance. C'est une pratique courante et chère. Puisque l'assureur paie, ni le médecin ni le patient ne sont motivés par la limitation des coûts et les abus de services en sont le résultat inévitable. Ces abus de services prennent souvent la forme d'abus de médicaments prescrits, mais ne s'y limitent pas. Une étude récente sur les facteurs responsables de l'incidence croissante des accouchements par césarienne en est un autre exemple. Il existe de nombreux déterminants, mais l'augmentation de la demande chez les patientes et du nombre de prestations chez les médecins qui sont payés à l'intervention, jouent un rôle majeur (*70*). En dépit du fait que l'accouchement par césarienne est lié à un accroissement de la mortalité maternelle, de la morbidité maternelle et infantile et de l'augmentation des complications lors des accouchements suivants (*71–73*), ces accouchements sont de plus en plus fréquents, même lorsque la naissance naturelle ne présente aucun risque particulier (*74*). Dans 69 des 137 pays où des informations sont disponibles, les taux de césarienne augmentent et le coût pour ces pays est estimé à 2 milliards de dollars par an en procédures inutiles (Encadré 4.3).

La mesure dans laquelle l'accouchement par césarienne est présenté aux patientes par des personnes qui y trouvent un intérêt financier n'est pas claire, mais d'après la même étude sur l'offre et la demande, lorsque les services de santé sont fournis par le gouvernement, les taux de césariennes s'effondrent. Le double de la part des dépenses de santé provenant de sources gouvernementales correspondait en particulier à une baisse de 29,8% (9,6 à 50%) du taux de césariennes (*70*).

La plupart des systèmes qui remboursent les frais médicaux à partir des fonds d'assurance ont mis en place des contrôles sur les prestataires afin de réduire la prestation excessive de services. De nombreux pays ont également introduit des forfaits ou d'autres formes de participation aux frais afin d'encourager les patients à considérer leur réel besoin d'utiliser un service de santé. Mais ces mesures peuvent être chères dans leur application, elles

nécessitent une capacité de surveillance considérable et elles ne traitent pas la cause majeure du problème : les incitations à la prestation excessive de services dans un système, basées sur une rémunération par service fourni.

L'une des stratégies permettant de restreindre la prestation excessive de services consiste à limiter, par capitation, la somme payée aux prestataires de services. La capitation est communément utilisée dans le domaine des soins de santé primaires : les prestataires de soins de santé reçoivent un paiement prédéfini qui couvre tous les besoins médicaux de chaque personne enregistrée avec eux. Le médecin ou l'établissement de soins de santé primaires devient en effet le détenteur d'une enveloppe budgétaire et il est responsable du paiement de tous les soins qu'il administre à ses patients ou des soins des patients qu'il adresse à des niveaux plus élevés du système. L'accent est ainsi mis sur la prévention. La prévention des maladies plus graves réduit les références et empêche le prestataire de perdre une partie de ses fonds. Cependant, cela peut également encourager les médecins à différer les références.

La capitation est parfois utilisée pour payer des prestataires ou des établissements de soins de santé primaires pour leurs services, indépendamment de la façon dont les soins secondaires et tertiaires sont financés. Dans ce cas, les prestataires de soins de santé primaires peuvent être incités à orienter rapidement vers le niveau supérieur, même lorsque les patients n'en ont pas vraiment besoin. C'est là une façon de protéger leurs budgets.

Dans les hôpitaux, l'équivalent des paiements à l'acte est le paiement selon la durée du séjour. Comme pour les paiements à l'acte des services cliniques, les paiements selon la durée du séjour entraînent toujours des périodes de soins plus longues pour le patient hospitalisé, d'où une augmentation des coûts par rapport à ce qui est nécessaire du point de vue médical (*76*, *77*).

Un mécanisme plus efficace utilise le paiement à l'épisode, comme le système de groupes homogènes de diagnostic (*Diagnostic-related groups* – DRG), où différentes pathologies sont intégrées dans des groupes de coûts homogènes auxquels un coût moyen de traitement est ensuite attribué. Un remboursement fixe va à l'hôpital quelle que soit l'intensité avec laquelle il décide de traiter les patients ou la durée de leur séjour. L'inconvénient, c'est que les hôpitaux peuvent faire sortir les patients tôt afin de les réadmettre pour obtenir un paiement supplémentaire pour un nouvel épisode de DRG. Un grand nombre de fonds d'assurance et de pays - et pas seulement les pays avec un revenu élevé - ont introduit certaines formes de paiement par cas dans leurs systèmes de financement des hôpitaux afin de contrôler les coûts et d'encourager l'efficience. Ces pays sont par exemple le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Thaïlande et la Turquie (*78–81*).

En Suède, une comparaison entre les régions gouvernementales locales (comtés) qui utilisaient la rémunération par DRG et les régions qui ne le faisaient pas a montré des économies de coûts d'environ 10% (*82*). Aux États-Unis, la durée moyenne des séjours à l'hôpital a chuté sous les régimes de DRG par rapport aux autres méthodes de rémunération (*83*). Cependant, la capitation et la rémunération par DRG nécessitent la capacité de mesurer les coûts avec précision avant qu'ils ne soient appliqués et de surveiller leur impact au fil du temps.

L'autre solution à la rémunération du personnel soignant à l'acte ou par capitation consiste à payer des salaires fixes. Le défi ici est d'inciter ces personnes qui n'ont pas d'autres enjeux financiers à vouloir faire mieux. Au

Royaume-Uni, le Service national de santé a introduit en 2004 un régime de prime au rendement pour les médecins généralistes, conçu pour les encourager à améliorer les soins, en particulier pour la surveillance de certaines pathologies (insuffisance cardiaque, asthme, diabète). Cette prime peut atteindre plusieurs milliers de livres par an et représenter une partie importante du revenu d'un médecin (*84*).

Plusieurs pays ont commencé à développer des systèmes de paiement mixtes aux niveaux de l'hôpital et du prestataire de services individuel, fondés sur la supposition qu'une combinaison judicieuse de différentes méthodes de paiement permettrait d'obtenir une plus grande efficience et une meilleure qualité qu'un modèle à paiement unique (*85*). Le système allemand combine par exemple des budgets avec un paiement par DRG au niveau de l'hôpital à des primes au rendement afin de contrôler des coûts. En Finlande, les médecins sont payés par un panachage de salaire, de capitation et de paiement à l'acte.

Payer à la performance

Payer à la performance est du point de vue conceptuel le contraire de ce que Medicare appelle l'approche «never-event», récompensant les médecins et les infirmières pour avoir fait ce qu'il fallait plutôt que de refuser de les payer lorsqu'ils font erreur. De nombreux régimes d'incitation à la performance ont été mis en place au cours des dernières décennies sous une variété de libellés - payement à la performance, contrats de performance, financement basé sur les performances et financement basé sur les résultats - mais tout cela revient à récompenser la prestation de services spécifiques afin d'encourager une couverture plus élevée, une meilleure qualité ou des résultats sanitaires améliorés (*86*).

Outre l'expérience du Royaume-Uni présentée brièvement ci-dessus dans ce chapitre, certains régimes se sont avérés positifs dans plusieurs pays à revenu élevé. Aux États-Unis, il existe plus de 200 programmes de payement à la performance, la France possède un programme national et l'Espagne et l'Italie ont des projets au niveau local ou des projets pilotes de petite envergure (*84*). Les évaluations suggèrent que les régimes d'incitation à la performance ont amélioré les résultats des médecins et/ou des hôpitaux par rapport à une série de mesures qui varient en fonction de la situation, mais qui incluent des indicateurs de qualité, comme l'adhésion aux meilleures pratiques en matière de soins, le contrôle de la tension artérielle des patients et la réduction des taux de complication du diabète (*87*, *88*). Cependant, il est évident que parfois, ces incitations n'ont pas abouti à une amélioration des performances du prestataire (*89*). Même lorsqu'elles semblent avoir eu un certain impact, leur rapport coût-efficacité a rarement été pris en compte. Est-ce que l'amélioration des niveaux de performances vaut les paiements supplémentaires qui permettent de les acquérir ? Est-ce qu'il y existe des façons plus rentables d'obtenir les mêmes résultats ? Ces questions n'ont pas été abordées (*90*).

Ces dernières années, ce type de mécanisme de paiement a été introduit sous plusieurs formes dans les pays en voie de développement, souvent en tant que projet pilote avec un financement par donateur, et souvent pour les

interventions de soins infantiles et maternels (*91*). Le Burundi, le Cambodge, le Cameroun, la République démocratique du Congo, l'Égypte, Haïti, l'Inde, le Nicaragua et le Rwanda comptent parmi ces pays. L'amélioration des performances a été rapportée dans plusieurs domaines de soins, notamment le nombre de visites prénatales, la proportion de femmes qui accouchent dans un établissement de santé et la couverture de l'immunisation des enfants (*92*, *93*).

Cependant, les résultats prometteurs doivent être considérés avec prudence étant donné la preuve limitée et les études d'évaluation peu étayées. Toutefois, une étude récente entre pays a suggéré qu'ils peuvent être un outil utile afin d'améliorer l'efficience s'ils sont correctement appliqués (*94*). Cela nécessite une formulation claire des règles du jeu et de ce qui est attendu de chaque participant. Cela peut également inclure le renforcement du système d'informations et la fonction de surveillance pour contrer les incitations perverses, par lesquelles les prestataires essaient d'exploiter le système en se concentrant sur les procédures et les patients qui «rapportent davantage» afin d'augmenter leur revenu, ou négligent les procédures et les patients qui offrent des récompenses inférieures. Ce type de comportement a été rapporté dans des pays à revenus élevé et bas (*95–97*).

Il existe deux autres préoccupations concernant les régimes d'incitation à la performance. D'abord, si une rémunération à la performance est introduite séparément et indépendamment pour différents programmes, le résultat pourrait bien être des incitations concurrentielles de performance - chaque programme rivalisant pour obtenir que les prestataires fassent plutôt leur travail que celui d'autres programmes. Lorsque des donateurs sont impliqués, les pays bénéficiaires doivent prendre les décisions, déterminer dans quelle mesure les incitations à la performance sont adaptées à leurs stratégies globale de financement de la santé et de prestation de services, et comment, où et pourquoi les primes seront payées.

Deuxièmement, l'accent mis sur les récompenses financières peut avoir des conséquences plus subtiles sur le comportement du prestataire en faisant sentir à chaque professionnel de la santé, par exemple, que ses compétences sont mises en doute ou que son désir intrinsèque de faire du bon travail est peu apprécié ou rejeté (*98*). Cet objectif peut aussi encourager le personnel soignant à attendre des primes pour chaque acte réalisé (*99*).

Les achats stratégiques

Lors de l'attribution des fonds, payer au rendement n'est que l'une des considérations, permettant de veiller à ce que des services de qualité soient fournis à ceux qui en ont besoin et à ce que le système fonctionne de manière efficiente. Traditionnellement, les prestataires ont été remboursés pour les services fournis et/ou les gouvernements allouent des budgets à plusieurs niveaux d'administration, de services et de programmes, basés en grande partie sur les fonds reçus l'année précédente. C'est ce qu'on appelle des achats passifs (*100*, *101*). Les achats plus actifs peuvent améliorer la qualité et l'efficience en examinant : les besoins sanitaires de la population et la façon dont ils varient au sein d'un pays ; les interventions et services qui répondent le mieux à ces besoins et les attentes de la communauté en fonction des ressources disponibles, ainsi que la combinaison optimale de promotion, de prévention, de traitement et de rééducation ; la façon dont ces interventions et services doivent être achetés ou fournis, notamment les mécanismes contractuels et les systèmes de paiement des prestataires comme ceux présentés préalablement dans ce chapitre ; et auprès de qui ils doivent être achetés, en prenant en compte la disponibilité des prestataires et leurs niveaux de qualité et d'efficience (*102*).

Le choix n'est pas simple entre l'achat de manière passive et de manière active. Les pays décideront à quel niveau ils peuvent intervenir selon leur possibilité de recueillir, surveiller et interpréter les informations nécessaires, et ils encourageront et appliqueront les normes de qualité et d'efficience. Acheter de manière passive mène à l'inefficience. Même si les pays pensent qu'ils n'ont pas encore les capacités techniques et informationnelles pour s'orienter rapidement vers des achats actifs, ils peuvent développer une structure pour le faire progressivement. Il pourrait bien y avoir une place pour le paiement au rendement dans l'achat actif, mais cela fonctionnera mieux s'il faisait partie d'une approche globale incluant tous les autres éléments.

Les instruments utilisés pour les achats stratégiques peuvent devoir être modifiés au fil du temps. Comme nous l'avons déjà vu, les systèmes de financement de la santé les plus avancés utilisent plusieurs méthodes de paiement du prestataire pour essayer d'obtenir la meilleure combinaison d'incitations. De nombreux pays ont fait des va-et-vient entre ces incitations, pour des raisons parfois techniques, parfois politiques. C'est la réalité des systèmes de santé : les responsables politiques doivent jongler avec plusieurs options en s'engageant dans des débats plus généraux - et souvent plus politisés - sur les mérites des différentes méthodes de paiement des prestataires et d'achat de services répondant aux besoins de la population.

La fragmentation

Chaque pays doit trouver des solutions pragmatiques pour payer ses prestataires et acheter des services qui reflètent les conditions locales. Quels que soient les choix, un certain degré de prépaiement et de mise en commun des ressources formera la base des systèmes de santé qui servent au mieux les besoins de leurs populations. Plus la gestion commune du risque est importante, mieux c'est. Les grandes caisses offrent plusieurs avantages, en particulier une capacité supérieure de répondre aux coûts des maladies occasionnelles et chères. Les systèmes de santé les plus efficients évitent la fragmentation par la mise en commun des ressources, mais aussi par l'orientation des fonds et la répartition des ressources. Comme nous l'avons expliqué dans les chapitres précédents, la fragmentation limite la portée des subventions croisées nécessaires dans un système de gestion commune, entre riches et pauvres, bien-portants et mal-portants. Aux États-Unis, la mise en commun fragmentée des ressources est considérée comme l'une des raisons pour laquelle il est impossible d'instaurer une couverture universelle malgré les niveaux élevés de dépenses en matière de santé (*103*).

La fragmentation peut également être inefficiente. Les systèmes à plusieurs caisses et canaux de financement, chacun avec ses propres coûts administratifs, multiplient les efforts, sont chers à gérer et nécessitent de la coordination. De même, la fragmentation dans d'autres parties du système

– opérations des hôpitaux, distribution de médicaments et de matériel, prise en charge des systèmes de laboratoire – entraîne des gaspillages et des répétitions inutiles.

Les programmes de santé publique, tels que ceux qui sont consacrés au contrôle de la tuberculose (TB) et du VIH, sont souvent gênés par des flux financiers et des offres de services fragmentés (*104*). Lorsque les allocations budgétaires du programme proviennent du gouvernement (souvent complétées par des fonds internationaux), le programme prend alors la responsabilité de la mise en commun des fonds et de leur distribution aux prestataires de services. Dans de nombreux cas, les programmes ont des arrangements d'offres de services spécifiques, comme un hôpital pour la tuberculose. Au Kirghizistan, par exemple, la stratégie recherchée visait à ce que 50% des patients tuberculeux soient pris en charge par les établissements de soins primaires, mais seulement 3 à 4% des dépenses totales pour le contrôle de la tuberculose concernaient ce niveau car la plupart des fonds nationaux et extérieurs destinés à la tuberculose étaient regroupés séparément des fonds du système général de paiement des prestataires et versés essentiellement aux hôpitaux pour la tuberculose (*105*). Ces procédures ont été récemment modifiées et 2011, et certains de ces fonds seront mises en commun avec les fonds de santé généraux, pouvant supporter les soins primaires des patients tuberculeux.

En Estonie, l'analyse des flux de financement des programmes VIH et de toxicomanie a aussi mis au jour une répétition inutile. Les usagers de drogues par injection étaient un groupe cible de chaque programme, qui s'engageaient séparément par contrat avec des ONG qualifiées pour leur assurer un travail de proximité (*106*). En réponse, le gouvernement a introduit un processus de contractualisation unique plus efficient, en combinant les ressources et en rattachant les interventions des deux programmes (*107*).

La fragmentation est commune, mais elle ne se limite pas au système de la santé. Un rapport récent de la Banque mondiale a indiqué que les gains d'efficience et d'équité seraient supérieurs en intégrant mieux les systèmes d'aide sociale et d'assurance sociale (y compris l'assurance maladie) dans les pays latino-américains (*108*).

La fragmentation n'est pas seulement une préoccupation pour les gouvernements nationaux. Il existe une reconnaissance croissante dans la communauté en développement que l'offre fragmentée de l'aide internationale est à l'origine de coûts administratifs élevés pour les donateurs et les bénéficiaires, de répétitions inutiles et de fluctuations dans les conseils politiques et les normes de qualité au niveau des pays (*109*). Une illustration de cette répétition inutile et de ce gaspillage est le nombre élevé de séminaires de renforcement des capacités qui sont proposés chaque année. Souvent, les mêmes personnes d'un pays receveur assistent à plusieurs ateliers de formation au cours d'une année, chacun couvrant des sujets semblables, chacun financé par un donateur différent (*110*).

Par conséquent, il est impératif dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide que les principaux donateurs non seulement s'engagent, mais qu'ils agissent afin d'aligner leurs efforts pour encourager la propriété nationale des plans et des stratégies sanitaires. Pour cela, ils doivent réduire la fragmentation dans l'acheminement des fonds vers les pays bénéficiaires, mais aussi réduire la duplication des systèmes de formation, des prestations de services, ainsi que de la surveillance et du reporting qu'ils nécessitent. Il y a beaucoup à faire : le nombre de partenariats internationaux et d'initiatives globales pour la santé, chacune mettant en commun et acheminant les fonds vers les pays, a considérablement augmenté depuis l'an 2000 (*111*).

Corriger les inégalités

L'amélioration de l'efficience produira de meilleurs résultats sanitaires qui seront également plus rentables, mais seule, elle ne suffira pas. La santé est plus que le niveau global de la santé de la population, convenablement exprimé par un indicateur tel que l'espérance de vie. Les systèmes de santé ont plusieurs objectifs, parfois concurrentiels : améliorer le niveau global de la santé, réduire les inégalités sanitaires, optimiser la réponse du système selon les besoins et les attentes des personnes et garantir l'équité dans la collecte des fonds de santé (*112*). Idéalement, l'efficience serait mesurée par la capacité du système à avancer de front vers tous ces objectifs.

Les progrès au niveau global de la santé de la population et de la couverture des interventions doivent être au minimum évalués par rapport aux inégalités au sein de ce niveau global de couverture et des résultats sanitaires. Les inégalités de couverture majeures en matière d'accès au personnel soignant qualifié pendant les accouchements et pour l'immunisation diphtérie-tétanos-coqueluche dans les pays – en référence à de récentes enquêtes sur la démographie et la santé dans la plupart des pays à revenu bas, avec des mortalités maternelle et infantile élevées – ont été décrites dans le Chapitre 1. Cependant, des inégalités existent même dans les pays les plus riches, comme l'a souligné la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (*113*). Une étude australienne récente a montré que la probabilité que les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire soient soignés était plus basse s'ils appartenaient à un groupe socio-économique inférieur. À l'extrême, les patients du groupe socio-économiques bas avaient 52% de chances de moins que leurs équivalents plus riches de subir une angiographie (*114*). Des exemples semblables d'inégalités dans les résultats sanitaires ou dans l'accès aux services se retrouvent dans de nombreux pays, à tous les niveaux de revenus (*115*, *116*).

Les immigrés sont l'un des quelques groupes restants qui ne sont pas couverts par une assurance maladie au Costa Rica où, à bien des égards, de grands progrès ont été réalisés vers une couverture universelle (*117*). Les populations autochtones méritent également une attention spéciale puisqu'ils vivent moins longtemps et que leur santé est plus précaire que celle de leurs compatriotes non autochtones dans presque tous les pays. Une étude récente menée dans 7 pays d'Amérique centrale et du Sud rapporte, par exemple, que la proportion de femmes autochtones recevant des soins prénataux ou accouchant dans des établissements de santé était nettement inférieure à celle des femmes non autochtones. Cette inégalité de couverture est l'une des causes de la disparité des résultats de la santé maternelle entre les populations autochtones et non autochtones (*118*). Les femmes afro-américaines dans les mêmes pays ont moins fréquemment accouché dans les établissements de santé et présentaient des résultats de la santé maternelle plus faibles que ceux des autres femmes (*118*). Différents types d'inégalités

dans l'accès aux services de santé existent entre les autochtones et les non autochtones dans les pays à revenu élevé, comme l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis, fréquemment liés à la distance et aux frais de transport. Quelles que soient les raisons, les résultats sanitaires restent constamment inférieurs pour les autochtones (*119*).

S'assurer qu'une proportion importante des fonds disponibles pour la santé est prépayée et mise en commun améliore la protection du risque financier et l'accès aux services pour toutes les couches de la population. Les subventions nationales provenant de revenus généraux pour les personnes qui ne peuvent pas payer améliorent davantage la protection du risque financier et l'accès aux services. Les transferts d'argent, les bons et les autres mécanismes de réduction des barrières financières, associées au transport, aux coûts d'hébergement et au temps de travail perdu, augmentent encore plus la couverture. Mais corriger les inégalités nécessite plus que des systèmes de financement de la santé de qualité. Outre la santé, un ensemble d'initiatives plus large et lié en grande partie aux déterminants socio-économiques est nécessaire. Cela dit, aucun système de santé ne peut assurer une couverture équitable sans les mécanismes de financement de la santé du genre des coûts décrits dans le présent rapport.

Conclusions

Nous estimons que 20 à 40% de toutes les dépenses en matière de santé sont gaspillés à cause de l'inefficience. C'est là une évaluation indicative, reposant sur des données relativement limitées, mais elle met en évidence les gains majeurs qui peuvent être obtenus en réduisant l'inefficience. Chaque pays pourrait faire quelque chose, parfois beaucoup, pour améliorer l'efficience. La communauté internationale pourrait également faire plus pour améliorer l'efficience de l'architecture sanitaire mondiale et offrir un soutien aux pays bénéficiaires dans leur tentative de devenir plus efficients.

Ce chapitre aborde certains des moyens les plus directs et pratiques de réduire le gaspillage. Les responsables politiques devraient s'en inspirer selon leurs besoins, en reconnaissant qu'il existe probablement d'autres possibilités pour leurs propres situations. Contre-intuitivement, la réduction de l'inefficience n'implique pas nécessairement la diminution des dépenses. L'inefficience peut être le résultat de dépenses insuffisantes, plutôt qu'excessives. Par exemple, les bas salaires peuvent amener le personnel soignant à compléter leur revenu par un second emploi pendant les heures de leur emploi principal. Les solutions doivent adaptées aux besoins de chaque pays, mais éliminer ne serait-ce qu'un peu de ce gaspillage permettrait aux pays pauvres de progresser plus rapidement vers une couverture universelle, alors que les pays plus riches pourraient améliorer la disponibilité et la qualité des services qu'ils offrent. ■

Références

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml, accessed 7 July 2010).
2. *Where can $700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 (http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf, accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe,* 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPoliticaSocial_OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010.* Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. Medicine expenditures. In: *The world medicines situation.* Geneva, World Health Organization, 2010 (http://dosei.who.int/).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (http://erc.msh.org/dmpguide, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 2009,373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (http://www.haiweb.org/medicineprices, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Médicaments génériques: plus d'1 milliard d'euros d'économie en* 2009. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).
13. *Mémento medicament 2009*. Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2009 (http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiques-de-presse/La-Mutualite-francaise-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-medicament, accessed 2 July 2010).
14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004,9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255
15. *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qamsa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005,2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195
17. *Production of medicines*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/prequal/default.htm, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation.* Geneva, World Health Organization, 2010 (http://dosei.who.int/).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/eht, accessed 7 July 2010).
24. *Health at a glance 2009.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.

25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam, Elsevier, 1994.
26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf, accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care–is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003,349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002,23:1177-1189. doi:10.1053/euhj.2001.3081 PMID:12127920
33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997,15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706
34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. World health report 2006 background paper (http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf, accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries - case studies from Tanzania and Chad*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across subnational units in Brazil.* World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf, accessed 7 July 2010).
39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: Mckee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183
45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf, accessed 7 July 2010).
46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008,17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006,38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502
48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007,7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient SafetyGlobal priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009,338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552
50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html, accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006,355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin, Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005,24:189-210. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector.* World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). (http://www.medicinestransparency.org/, accessed 6 July 2010).
58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009,90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/choice, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (http://www.dcp2.org, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2003,1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007,6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand.* Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).
64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007,84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007,6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2004,184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer – a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009,27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001,20:188-195. doi:10.1377/hlthaff.20.4.188 PMID:11463076
69. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control.* World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2003,348:946-950. doi:10.1056/NEJMsb022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2002,109:593-596. PMID:12118633

73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research groupCaesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006,367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991–2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2005,330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953
75. Gibbons L et al. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage.* World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065
77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000–2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5
80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems.* Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment – lessons from OECD countries.* Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DP.E.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007,357:181-190. doi:10.1056/NEJMsr065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007,356:486-496. doi:10.1056/NEJMsa064964 PMID:17259444
89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003,179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006,11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529
91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health.* Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).
94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (http://www.who.int/contracting/PBF.pdf, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Fretheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing.* Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.
101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001,56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009,374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkazieva B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme.* Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf, accessed 7 July 2010).
106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf, accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf, accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf, accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).
110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money*. Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf, accessed 04 June 2010).
111. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009.* Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674, accessed 7 July 2010).
112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).

113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009,9:460- doi:10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services.* European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).
116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview.* Washington, DC, The World Bank, 2007 (http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf, accesssed 2 July 2010).
117. Sáenz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system*. World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
118. Parodi CT, Munoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos étnicos /raciales en la región de las Américas*. World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all.* World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).