

Le RBF en Arménie : Une histoire de persévérance et d'alignement

Au début des années 2000 le gouvernement arménien et son ministère de la Santé (MS) devaient faire face à de grands défis, en vue de réformer un système de santé hérité de l'Union Soviétique en un système plus efficace et adapté aux besoins du pays. Une approche clé a consisté en l'instauration d'une stratégie de **Soins de Santé Primaires (SSP)** cout-efficace pour remplacer le coûteux modèle hospitalo-centré hérité de l'époque soviétique. Cependant, pour être couronné de succès, le modèle SSP devait être accompagné d'une série de réformes.

En matière d'organisation du financement de la santé pour avancer dans la direction d'un Financement Basé sur les Résultats (FBR), la première grande réforme a consisté en l'introduction progressive d'un « enregistrement libre », en abandonnant ainsi l'approche de « zone desservie » (où les patients sont automatiquement attribués à un prestataire en fonction de l'endroit où ils vivent) pour offrir la possibilité aux patients de choisir activement un prestataire de SSP. Ce fut certainement un changement important pour le système de santé. Cependant, le MS ne s'est pas arrêté là - ce changement a permis une deuxième réforme majeure de financement de la santé, en ajoutant au système de paiement par capitation un bonus basé sur la performance.

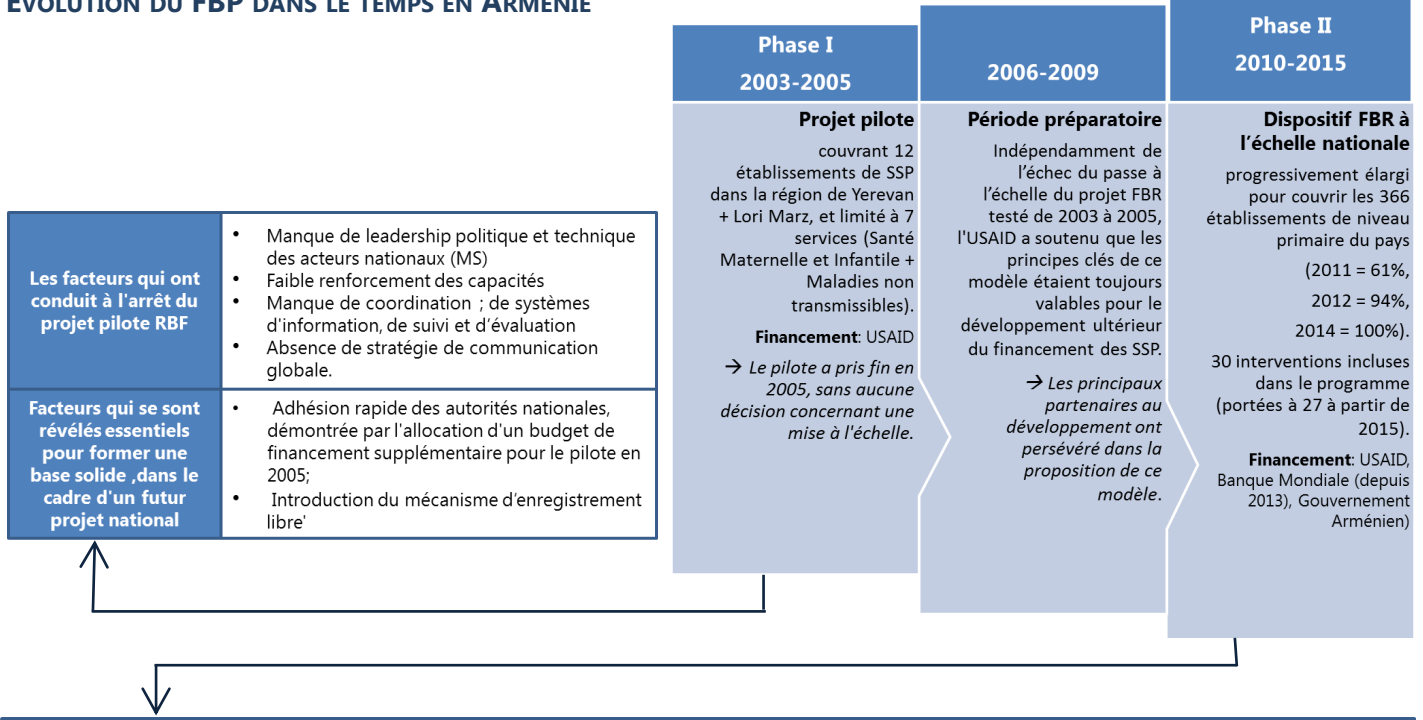
Le **programme FBR**, sa **trajectoire** de son évolution dans le temps de 2003 à ce jour, ainsi que les raisons et les forces motrices de cette trajectoire, sont au centre de ce *policy brief*.

Cette note de politique a été préparée en Août 2016 et se base sur le rapport intitulé "Taking Results-Based Financing from Scheme to System: Armenia Case Study" ainsi que sur l'article "National Scale-up of Results-Based Financing in Primary Health Care: the Case of Armenia" rédigé par V. Petrosyan, D. Melkomian, Z. Shroff et A. Zoidze. L'étude a été réalisée par l'Université américaine de l'Ecole arménienne de Santé Publique, en collaboration avec la fondation Curatio International (Géorgie).

Cette étude de cas sur l'Arménie fait partie d'une programme de recherche multi-pays intitulé « Recherche de mise en œuvre : Faire passer à **l'échelle le Financement Basé sur les Résultats** », financé par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé, avec le support de NORAD et l'assistance technique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique). © World Health Organization 2016. Tous Droits réservés. Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'Organisation Mondiale de la Santé pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation des documents incombe au lecteur. L'Organisation Mondiale de la Santé ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des dommages résultant de cette utilisation.



EVOLUTION DU FBP DANS LE TEMPS EN ARMÉNIE



Principaux facteurs qui ont facilité et soutenu le passage à l'échelle du programme FBR:

Con- texte	<ul style="list-style-type: none"> Soutien général des stratégies de FBR par les agences internationales de développement Contexte du système de santé favorable en Arménie, avec l'inclusion explicite du FBR dans le cadre de l'initiative plus large de réforme des SSP. Amélioration de l'environnement juridique: réglementation et expansion du concept d'«enregistrement libre».
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> Les partenaires au développement (USAID et la Banque Mondiale) ont été des entrepreneurs politiques clés et ont plaidé pour le paiement à la performance des SSP. Élément déterminant, ils ont impliqué les acteurs nationaux (MS, et les services régionaux de santé) Tant les partenaires au développement le MS/SHA ont fortement soutenu le FBR Les prestataires de santé ont vu le FBR comme une opportunité de revenu supplémentaire, mais ont pensé que cela pouvait exiger un volume de travail et des connaissances / compétences supplémentaires de leur part. Leur position était donc de donner un soutien modéré au projet Le très influent Ministère des Finances a également apporté un soutien modéré au FBR, perçu comme pouvant potentiellement améliorer l'efficacité des dépenses publiques pour la santé Les pouvoirs locaux ont fourni un certain soutien au FBR, considéré comme un moyen d'augmenter les revenus pour les établissements de santé qu'ils détenaient et d'améliorer la satisfaction des électeurs / patients,
Processus	<ul style="list-style-type: none"> Forte appropriation par le MS et conduite du processus par le biais d'une unité de coordination nationale. Coordination entre les organismes externes techniques (USAID / Banque Mondiale) et les parties prenantes nationales Renforcement des capacités au niveau national: voyages d'études en Estonie (2006), au Royaume-Uni (2008), et multiples formations en Arménie FBR intégré dans le cadre réglementaire national, rendu obligatoire pour tous les établissements de SSP, et intégré dans le budget national Poursuite du pilotage des modèles, tout au long des débuts du programme FBR
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> Respect de la plupart des «bonnes pratiques» dans la mise en œuvre du FBR, accompagnées par l'utilisation de preuves scientifiques contextualisée et de connaissances locales Utilisation de solutions technologiques depuis le début, telles que le système MIDAS-3 permettant d'enregistrer électroniquement les visites des patients et d'effectuer des paiements Éléments de réforme bien planifiés et séquencés Observation d'un engagement budgétaire à moyen terme pour financer le régime RBF Renforcement des capacités globales engagé au niveau des prestataires et administrateurs d'établissements, couplé à une stratégie de communication efficace Mise en œuvre d'une réforme totale des SSP, telles que la rénovation des infrastructures, la fourniture d'équipements et l'amélioration des systèmes d'administration / d'information

LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE ARMÉNIENNE

- Le projet pilote du P4P n'a pas automatiquement conduit au passage à l'échelle, mais a permis d'identifier les problèmes requérant le plus d'attention, ce qui a finalement permis de les surmonter.
- La **participation précoce et l'adhésion des acteurs nationaux** au sein du MS était essentielle afin de pouvoir s'appuyer dessus pour la seconde introduction du FBR, qui a été passé à l'échelle nationale avec succès.
- Le FBR n'a pas été introduit « per se », mais a été utilisé pour progresser vers de plus fondamentaux objectifs du système de santé, et en particulier pour assurer un passage réussi à une approche centrée sur les SSP ainsi que pour résoudre certains problèmes liés aux maladies non transmissibles. Cette intégration précoce du FBR avec le système de santé a constitué un argument convaincant pour passer à l'échelle.