



EUROPE

**Comité régional de l'Europe  
Cinquante-huitième session**

**Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008**

Point 7 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC58/9  
+EUR/RC58/Conf.Doc./4  
28 juillet 2008  
80809  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Direction et gouvernance des systèmes de santé  
dans la Région européenne de l'OMS**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a tenu une conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé à Tallinn (Estonie), en juin 2008, afin d'attirer l'attention sur les effets des systèmes de santé sur l'état de santé et la croissance économique, et d'évaluer des informations factuelles récentes sur des stratégies qui permettent d'améliorer les performances des systèmes de santé.

La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité a été adoptée par 53 pays au cours de cette conférence. Celle-ci a lancé un large débat d'orientation en vue d'étudier le bien-être social qui est au centre du triangle d'interaction entre le système de santé, la santé et la prospérité. L'un des éléments cruciaux de ce débat a été la communication d'informations factuelles sur la façon dont des systèmes de santé qui fonctionnent bien améliorent la vie des individus et contribuent ainsi au bien-être des nations.

La direction et la gouvernance constituent une fonction essentielle des systèmes de santé et exigent une attention particulière. Une transparence et une responsabilité accrues sont des éléments moteurs d'une amélioration des performances des systèmes de santé que les responsables de ces derniers s'efforcent de mettre en place en s'acquittant d'un certain nombre de fonctions subsidiaires : élaborer des stratégies et des politiques pour atteindre les buts du système de santé ; rassembler et mettre en œuvre des informations utilisables ; exercer une influence grâce à la coordination avec des partenaires et d'autres secteurs, et mener une action de sensibilisation en vue d'améliorer la santé ; assurer une bonne gouvernance pour atteindre les buts du système de santé ; veiller à ce que le système puisse s'adapter pour répondre à des besoins en évolution ; et utiliser des instruments juridiques, réglementaires et de politique sanitaire pour orienter les performances du système de santé.

Il est prévu que les discussions du Comité régional sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé portent sur les points suivants : faciliter l'échange de connaissances et d'informations d'expérience ; renforcer les capacités nationales en vue d'améliorer les performances des systèmes de santé grâce à une meilleure direction ; et préconiser un investissement dans l'amélioration de la santé et la direction des systèmes de santé afin de renforcer ces derniers. Les discussions du Comité régional devraient également établir un lien avec la Charte de Tallinn, qui énonce l'engagement à renforcer les systèmes de santé de la Région et à les rendre plus responsables et mieux à même de répondre aux besoins des citoyens, en particulier ceux qui font partie de groupes pauvres et vulnérables.

Un projet de résolution énonçant les principales orientations de la politique relative à cette question est joint pour examen par le Comité régional.



## Sommaire

*page*

Fonction de direction et performances des systèmes de santé .....	1
Concepts et définitions.....	3
L'amélioration de la direction des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS : méthodes, outils et techniques .....	6
Évaluation de la fonction de direction du système de santé.....	11
Défis et priorités critiques pour la direction des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS.....	13
Le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....	14
Projet de résolution .....	14
Annexe 1. Glossaire .....	15
Annexe 2. Évaluation de la gouvernance (direction) des systèmes de santé : principes (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2008) .....	16
Références.....	17



## Fonction de direction et performances des systèmes de santé

1. La situation sanitaire de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se caractérise par une amélioration globale de l'état de santé au cours des quinze dernières années, comme cela ressort d'importants indicateurs sanitaires tels que l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie corrigée du facteur incapacité (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007). Cependant, cette amélioration coexiste avec de graves préoccupations concernant notamment la prévalence élevée de maladies non transmissibles dans la plupart des pays de la Région européenne, les inégalités dans les pays et entre les pays en matière d'accès aux services de santé et de résultats sur le plan de l'état de santé, une inadéquation entre la santé, les ressources humaines et les besoins sanitaires de la population, et une augmentation des dépenses en matière de santé et de soins de santé. Ces préoccupations ne sont que quelques-uns des facteurs qui menacent la confiance de la population dans son système de santé (Commission européenne, 1998).

2. En conséquence, les États membres de la Région européenne de l'OMS doivent faire face à des problèmes difficiles. Dans certains cas, les préoccupations mentionnées plus haut ont persisté malgré des décennies d'efforts accomplis dans un certain nombre de domaines. Plus précisément, une pression s'exerce sur les pouvoirs publics pour qu'ils améliorent les performances du système de santé et obtiennent de meilleurs résultats en échange des fonds investis. Cette situation a pris une acuité plus grande encore depuis que les liens qui existent entre la santé et le bien-être social sont devenus plus clairs. Par exemple, il résulte d'une étude récente que, de 1970 à 2003, l'amélioration du bien-être due à une prolongation de l'espérance de vie dans les pays d'Europe occidentale équivalait à 29-38 % du produit intérieur brut (PIB) lorsqu'elle était évaluée en termes monétaires. Les différences observées entre certains pays d'Europe orientale pour la période 1990-2003 étaient importantes : certains de ceux-ci ont enregistré une baisse de l'espérance de vie, qui correspondait à une détérioration du bien-être évaluée à 16-31 %, tandis que les améliorations d'espérance de vie observées dans d'autres pays se traduisaient par une amélioration du bien-être évaluée à 12-31 % du PIB (Suhrcke et al., 2008). Les pouvoirs publics doivent faire des choix et des compromis difficiles pour améliorer les performances du système de santé, en essayant d'associer toutes les parties prenantes et de concilier des principes tels que l'équité et l'efficacité. Dans ce contexte, l'État et le secteur privé ont participé à des réformes complexes du système de santé. Dans la mesure où les médias et la population se prononcent en faveur d'une transparence et d'une responsabilisation accrues, la fonction de direction des ministères de la Santé et des gouvernements a bénéficié d'une attention de plus en plus importante, en vue d'obtenir de meilleures performances du système de santé et, en définitive, « la possession du meilleur état de santé que tout être humain est capable d'atteindre » (OMS, 2007a), tout en tenant dûment compte des intérêts, des opinions et des attentes des parties prenantes et, en particulier, en veillant à ce que les systèmes de santé tiennent mieux compte des avis et choix librement exprimés des citoyens, et des connaissances des professionnels de santé.

3. Les changements qui se sont produits ces dernières années dans l'économie mondiale, l'environnement et les systèmes de santé ont provoqué un réexamen de l'influence relative des facteurs qui influent sur la santé. D'une part, il est clair qu'une partie des améliorations de la santé est due au développement socioéconomique, à une amélioration de l'éducation et de la nutrition, à des logements de meilleure qualité et à un certain nombre de facteurs qui ne sont pas directement liés aux soins de santé. D'autre part, des études récentes ont démontré que des services de santé efficaces ont une plus grande influence sur les résultats sur le plan de l'état de santé que ce que l'on croyait précédemment. McKee et Nolte (2004) ont montré que le rôle relatif des systèmes de santé dans la réduction de la mortalité à un certain niveau est plus important qu'on ne le pensait autrefois. Leurs conclusions montrent que des améliorations de l'accès à des soins de santé efficaces (combinées avec d'autres facteurs) ont des effets manifestes (jusqu'à 23 % de la mortalité totale en dessous de l'âge de 75 ans pour les hommes et de 32 % pour les femmes dans les pays qui ont les niveaux les plus élevés de mortalité sensible à de bons soins de santé, dont la Finlande, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni) dans de nombreux pays de la Région européenne au cours des années 80 et 90, en particulier par des réductions de la mortalité due aux maladies sensibles aux soins de santé dans plusieurs groupes d'âge. Dans une autre étude, Arah et al. (2006) ont constaté que les indicateurs des performances des systèmes de soins de santé pouvaient expliquer de 44 à 57 % de la différence d'espérance de vie, utilisée comme mesure de la santé, le reste étant dû à des déterminants de santé non médicaux.

4. Dans la Région européenne de l'OMS, on a réaffirmé que les pouvoirs publics devaient utiliser tous les instruments et outils d'action dont ils disposent pour orienter les systèmes de santé vers de meilleurs résultats sur le plan de l'état de santé, malgré les différences importantes qui existent dans la façon dont les systèmes de santé sont organisés et gérés. Les ministères de la Santé et les gouvernements passent d'un rôle de gestion, avec participation directe à la prestation des services, à un rôle de surveillance stratégique en utilisant davantage les incitations et différents outils d'action pour orienter les systèmes de santé vers de meilleures performances. L'importance accordée au rôle de direction de la santé et du système de santé résulte également des enseignements tirés de l'expérience d'autres pays, tant dans la Région européenne qu'en dehors de celle-ci (Perlin, 2006), et des succès obtenus par différents secteurs et administrations publiques (« nouvelle gestion publique »). La littérature relative à la gestion stratégique dans le secteur privé a réaffirmé des principes tels que la nécessité de traduire systématiquement les attentes en matière de performances en incitations et en programmes de responsabilisation dans les organisations guidées par une stratégie (Kaplan and Norton, 2003) et d'adopter des types d'organisations renouvelées et simplifiées (Nohria et al., 2003). Cependant, les entreprises privées et les organismes publics se sont rendu compte qu'aucun concept unique ne peut être appliqué dans tous les contextes et à tous les secteurs du système de santé (Khaleghian and Das Gupta, 2004 ; Kirby, 2005).

5. La fonction de direction du système de santé implique l'aptitude à concevoir une orientation stratégique de la politique afin d'assurer une bonne réglementation et de mettre en place les outils requis pour la mettre en œuvre, et d'obtenir les informations utilisables nécessaires relatives aux performances des systèmes de santé en vue d'assurer la responsabilité et la transparence (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005a). La fonction de direction consiste fondamentalement à concevoir et à orienter les systèmes de santé de façon à ce qu'ils soient dotés de l'organisation la plus efficace pour obtenir les meilleurs résultats sur les plans de l'état de santé. À cet effet, il est essentiel que les responsables de la direction du système de santé mettent en place un environnement dans lequel des citoyens bien informés soient en mesure de prendre des décisions et d'assumer des responsabilités concernant leur propre santé. En outre, toutes les tâches de direction du système de santé ne doivent pas nécessairement être accomplies par le ministère de la Santé ou le gouvernement central seuls. En effet, il existe des configurations de système de santé dans lesquelles d'autres acteurs (des niveaux décentralisés tels que les régions ou les provinces, des organismes publics, des caisses d'assurance maladie, des prestataires, des patients, des professionnels de santé et d'autres organismes de santé) jouent un rôle actif dans la fonction de direction.

6. Globalement, il semble être important, pour pouvoir améliorer les résultats sur le plan de l'état de santé, de déterminer l'influence relative de facteurs touchant les performances des systèmes de santé et de définir les meilleurs moyens possibles d'assurer une direction efficace. On sait (Preston, 1980) que la corrélation positive qui existe entre le PIB et la santé dans des conditions données de formation et de technologies de santé est liée à la gouvernance et à la fonction de direction. Il a été démontré que les effets de la prospérité sur les systèmes de santé, la santé et l'équité d'une façon globale (c'est-à-dire la corrélation significativement positive entre le produit national brut (PNB) par habitant et l'espérance de vie) résultent principalement des effets du PNB sur les revenus des pauvres en particulier et sur les dépenses publiques, notamment dans le domaine des soins de santé, deux aspects qui sont étroitement liés à la gouvernance et à la fonction de direction (Anand and Ravallion, 1993). En outre, les différents résultats sur le plan de l'état de santé à des niveaux de revenus comparables – même compte tenu d'exceptions frappantes au principe de la corrélation positive entre le PIB par habitant et l'espérance de vie (Sen, 1999) – sont directement corrélés avec les valeurs sociales et la gouvernance du système de santé. Comme l'a démontré la Commission sur la macroéconomie et la santé de l'OMS (OMS, 2001), la fonction de direction inclut d'importants aspects économiques.

7. C'est dans ce contexte que la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (organisée conformément à la résolution EUR/RC55/R8, adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2005) a été tenue à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008. Parmi d'autres thèmes, les participants ont examiné les effets des systèmes de santé sur la santé, le bien-être et la prospérité des individus, tout en établissant le bilan de stratégies récentes visant à améliorer les performances des systèmes de santé. Dans cette optique, le renforcement de la fonction de direction des systèmes de santé semble être crucial. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité vise à favoriser un

engagement et une action politiques d'ordre général, en reconnaissant la diversité des systèmes de santé, des contextes culturels et de politique sanitaire, et de situations économiques qui existent dans la Région. Cette charte définit également la fonction de direction comme l'un de ses éléments essentiels. Le présent document et son examen par les représentants des États membres lors de la session du Comité régional permettent à nouveau de présenter les problèmes cruciaux auxquels les pouvoirs publics doivent faire face lorsqu'ils orientent le système de santé vers une amélioration de ses performances. Les discussions porteront également sur la façon dont le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe doit aider les États membres à surmonter ces problèmes, comme cela est indiqué dans la description de sa mission (« Aider les États membres à mettre en place leurs propres politiques sanitaires, systèmes de santé et programmes de santé publique ; à prendre des mesures de prévention et de lutte contre les menaces pesant sur la santé ; à anticiper les problèmes à venir ; et à promouvoir la santé publique »).

8. Le présent document vise : 1) à clarifier les définitions, les rôles et les valeurs fondamentales de la fonction de direction du système de santé dans la Région européenne de l'OMS ; 2) à proposer un cadre visant à faciliter l'analyse et l'évaluation de la fonction de direction du système de santé ; 3) à présenter certains des outils et instruments de la direction du système de santé ; et 4) à étudier les problèmes cruciaux que pose la fonction de direction du système de santé. Il utilise l'expérience de différents pays de la Région européenne de l'OMS et d'autres régions en vue de proposer, dans le projet de résolution joint, une action liée à la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Le présent document repose sur les orientations données par le Comité permanent du Comité régional et les conclusions des réunions préalables à la Conférence qui ont eu lieu au cours des deux années écoulées et de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS elle-même. Les contributions des organisations partenaires sont explicitement incorporées dans ce document. Celui-ci est complété par un glossaire (voir annexe 1).

## Concepts et définitions

9. On entend par système de santé « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions qui visent principalement à améliorer, à maintenir ou à rétablir la santé » (OMS, 2000). Les systèmes de santé s'efforcent d'atteindre certains buts, dont le premier est d'améliorer la santé (en parvenant au meilleur niveau moyen possible et aux différences les plus faibles entre les individus et les groupes). Ils ont également pour but de répondre de façon appropriée aux attentes des citoyens, de protéger contre les risques financiers catastrophiques des maladies, de répartir la charge du financement de façon équitable et d'améliorer l'efficacité (WHO, 2007b). La fonction de direction du système de santé est l'une des quatre fonctions du système de santé qui sont mentionnées dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (OMS, 2000) et est définie comme suit : « fonction d'un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien fondé et de la légitimité de ses activités aux yeux des citoyens ». Fondamentalement, la fonction de direction « a trait au rôle des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et à sa relation avec les autres parties prenantes dont les activités ont des effets sur la santé » (WHO, 2007b). Cette notion incorpore les divers éléments nécessaires pour constituer la base de cette fonction (par exemple, la gouvernance et le rôle dirigeant) et des débats ont eu lieu en ce qui concerne son application à un certain nombre d'environnements professionnels. Par ailleurs, les notions de direction et de gouvernance ont souvent été confondues. La gouvernance peut être définie comme suit : « l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative sur la gestion des affaires d'un pays à tous les niveaux » (OMS, 2000). Plus précisément, la gouvernance est non seulement un contexte dans lequel les responsables de la direction agissent dans le cadre plus large du secteur public tout entier, mais également un ensemble de mécanismes liés au système de santé (tels que ceux qui se rapportent à la responsabilité et à la transparence), qui peuvent être adaptés ou modifiés en vue d'aligner le comportement des parties prenantes au système sur les buts recherchés par le système de santé. Il faut reconnaître que le mot anglais correspondant (« stewardship ») est difficile à traduire. C'est ainsi qu'en allemand, le terme anglais est souvent conservé (WHO Regional Office for Europe, 2002). En conséquence, bien que la gouvernance et la fonction de direction ne soient pas deux notions identiques, dans le domaine de la santé, ces deux termes sont souvent considérés comme des synonymes.

10. Différentes positions ont été adoptées au sujet des objectifs, rôles et instruments précis des responsables de la direction d'un système de santé, mais dans l'ensemble la fonction de direction d'un système de santé va au-delà de l'exercice de l'autorité et englobe la capacité de « formuler une orientation stratégique de la politique, de mettre en place une bonne réglementation et les instruments requis pour sa mise en œuvre, et de fournir les informations utilisables sur la performance du système de santé qui sont nécessaires pour assurer la responsabilité et la transparence » (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005a). En conséquence, les rôles essentiels des responsables de la fonction de direction d'un système de santé sont les suivants : définir un modèle et la stratégie à utiliser pour le concrétiser ; utiliser des informations exploitables lors de la définition du modèle et de l'évaluation des résultats ; diriger le système de santé en se fondant sur des valeurs et une éthique, et d'une manière propice à l'atteinte des buts du système de santé ; mobiliser ses pouvoirs légaux et réglementaires pour atteindre les buts du système de santé ; veiller à ce que celui-ci soit conçu de telle façon qu'il puisse s'adapter à une évolution des besoins ; et exercer une influence sur d'autres secteurs que la santé et plaider en faveur d'une amélioration de la santé. Aspect important, bien que la fonction de direction relève fondamentalement des pouvoirs publics, elle inclut le secteur privé et sa gouvernance. De ce fait, par exemple, l'obtention d'une couverture universelle est un objectif de la politique des pouvoirs publics mais cela ne signifie pas a priori que la prestation et le financement des services doivent être entièrement publics. Les assureurs et prestataires privés peuvent jouer des rôles importants dans l'atteinte de cet objectif, ce qu'ils font souvent, dans le contexte d'une gouvernance et d'une réglementation cohérentes.

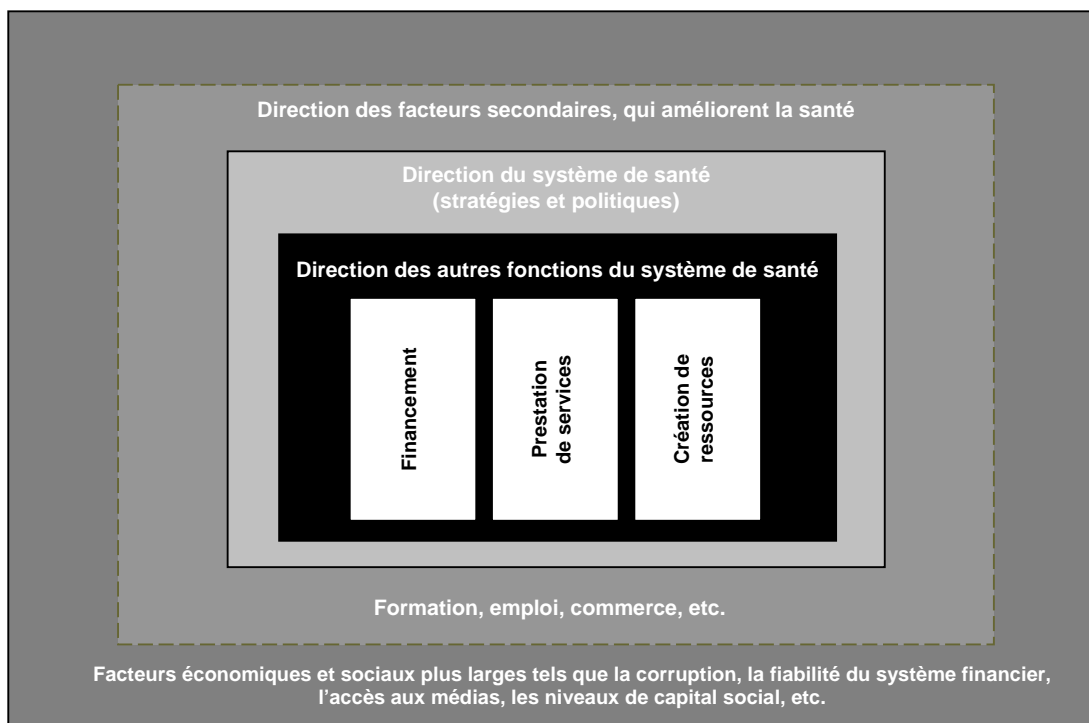
11. Il existe un débat sur le point de savoir si la fonction de direction du système de santé et la direction de la santé sont deux choses différentes et, dans l'affirmative, par qui et à quels niveaux des pouvoirs publics l'une et l'autre sont exercés. D'une certaine façon, il peut être soutenu que, comme un système de santé est l'ensemble des ressources, organisations et institutions dont l'objet premier est d'améliorer, de rétablir ou de promouvoir la santé, il inclut par définition tous les services, ainsi que l'action intersectorielle pour la santé. Selon un point de vue légèrement différent, la fonction de direction est exercée, au sein des pouvoirs publics, à deux niveaux : le gouvernement est responsable de la fonction de direction de la santé d'une manière générale, tandis que le ministère de la Santé est responsable du système de santé au sens strict de cette expression. Selon cette conception, la fonction de direction de la santé des gouvernements se traduit par des actions relatives aux facteurs secondaires d'amélioration de la santé (voir fig. 1), pour lesquelles des responsabilités peuvent être exercées par d'autres ministères (mais sont influencées par le ministère de la Santé ou font l'objet d'une coordination avec ce dernier) ou par des actions sur des facteurs tertiaires tels que les facteurs socioéconomiques plus larges ou les niveaux de capital social, qui relèvent généralement du chef du gouvernement (le premier ministre) et du gouvernement tout entier. On peut trouver une illustration multilatérale de l'importance de la fonction de direction de la santé exercée par les gouvernements dans la déclaration adoptée par les représentants des 27 États membres de l'Union européenne à l'issue de la Conférence sur le thème « La santé dans toutes les politiques : réalisations et défis » (Rome, 18 décembre 2007), dans laquelle ils indiquent leur engagement à renforcer des approches et des processus multisectoriels aux niveaux européen, national, régional et local par lesquels les effets sur la santé publique peuvent être efficacement pris en compte dans toutes les politiques. De plus en plus, la fonction de direction de la santé des gouvernements peut également être exercée au niveau transnational grâce à des impulsions relatives à des questions de santé mondiales ou à une assistance à des États en difficulté (Gostin and Archer, 2007).

12. La fonction de direction du système de santé est accomplie par le ministère de la Santé, qui s'en acquitte en exerçant une influence sur les autres fonctions du système de santé (prestations des services personnels et destinés à la population, création de ressources et financement du système de santé). Elle consiste notamment à établir un équilibre entre l'individu et l'État (en garantissant les droits des patients, par exemple) et englobe un certain nombre d'actions telles que les suivantes : orienter les soins de santé personnels (fournis dans les lieux de soins primaires et des hôpitaux) vers la qualité, l'efficacité et l'amélioration de la santé ; assurer la pertinence et le bon rapport coût-efficacité des services destinés à la population (éducation pour la santé, prévention des maladies, etc.) ; influencer sur la planification de la main-d'œuvre future en répondant aux besoins de santé dans un cadre éthique ; et assurer la disponibilité des fonds. Il est à noter que la fonction de direction du système de santé ne s'exerce pas parallèlement aux autres fonctions, mais les englobe. La direction du système de santé consiste notamment à donner des



impulsions et à sensibiliser les parties prenantes en vue d'influencer et de coordonner l'action menée en collaboration avec d'autres secteurs des pouvoirs publics (finances, commerce, transport, agriculture, etc.) aux niveaux central et régional ou aux niveaux locaux (pour les systèmes décentralisés) et avec le secteur privé et les autres parties intéressées, afin d'assurer la présence des préoccupations relatives à la santé dans toutes les politiques, et de veiller à ce qu'une attention appropriée soit accordée aux déterminants sociaux de la santé (Figueras et al., 2008). Les efforts décrits ci-dessus exigent non seulement des actions épisodiques, mais également la création d'organismes sociaux solides capables d'exercer une influence continue dans la société. Les responsables de la direction des systèmes de santé doivent donc trouver un équilibre entre les résultats à moyen terme nécessaires pour se conformer au rythme de la vie politique et les actions à long terme requises pour favoriser une meilleure santé.

Figure 1. Direction des différents facteurs qui influent sur la santé



Source : d'après Davies, 2001.

13. Le gouvernement d'un pays, agissant via son ministère de la Santé, reste chargé d'assurer une direction efficace, mais ces responsabilités peuvent être partagées avec d'autres ministères ou organismes tels que ceux responsables du financement et de la planification, des commissions de la fonction publique, des commissions d'audit, des parlementaires, des associations professionnelles, des médiateurs, des inspections, des caisses d'assurance, d'autres agents chargés des achats (y compris des donateurs) et même certains prestataires (Travis et al., 2003). Il importe de comprendre que les contextes nationaux déterminent différentes configurations dans lesquelles la fonction de direction est assurée. La fonction de direction du système de santé peut être exercée de façon centrale, au seul niveau national, ou également au niveau sous-national, selon le degré de décentralisation du pays. Cependant, ce n'est que dans les systèmes les plus décentralisés qu'une véritable direction peut être exercée au niveau sous-national, étant donné qu'une large gamme de pouvoirs et d'outils d'élaboration de politiques doit être alors utilisée.

14. Une gouvernance éthique – par exemple grâce à l'établissement de valeurs partagées pour la santé, à la promotion d'une responsabilité à l'échelle de l'ensemble du système et à une clarté des rôles et des responsabilités des acteurs du système de santé, et à l'octroi d'un degré élevé de priorité à la protection du consommateur – est également un élément essentiel de la fonction de direction. Dans la Région européenne de l'OMS, ce principe est conforme à la Charte de Ljubljana élaborée en 1996 (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996), qui a énoncé les principes à mettre en œuvre pour réformer les

systèmes de santé dans la Région en déclarant que les systèmes de santé doivent : i) être guidés par les valeurs fondamentales que sont la dignité humaine, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle ; ii) avoir la santé pour objectif ; iii) être axés sur les individus ; iv) être centrés sur la qualité ; v) reposer sur un financement viable ; et vi) être orientés vers les soins de santé primaires. La version actualisée de 2005 de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS indique également que « dans l'ensemble de la Région européenne, certaines valeurs communes jouent un rôle essentiel pour la prise de décisions en matière sanitaire » (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005b). Même si ces valeurs sont traduites dans les faits de différentes façons dans les divers États membres, elles constituent une base solide qui permet de s'acquitter de la fonction de direction du système de santé, étant donné qu'elles contribuent à définir la conception de la santé dans le pays considéré, eu égard aux contextes politique, économique et social qui lui sont propres. Comme l'indique la politique-cadre de la Santé pour tous, ces valeurs sont la solidarité entre les individus et au sein de l'ensemble de la société, l'équité (dans le processus et les résultats), la participation des patients et des citoyens à la prise de décisions et une gouvernance du système de santé éthique et fondée sur des valeurs (voir les définitions présentées dans l'annexe 1).

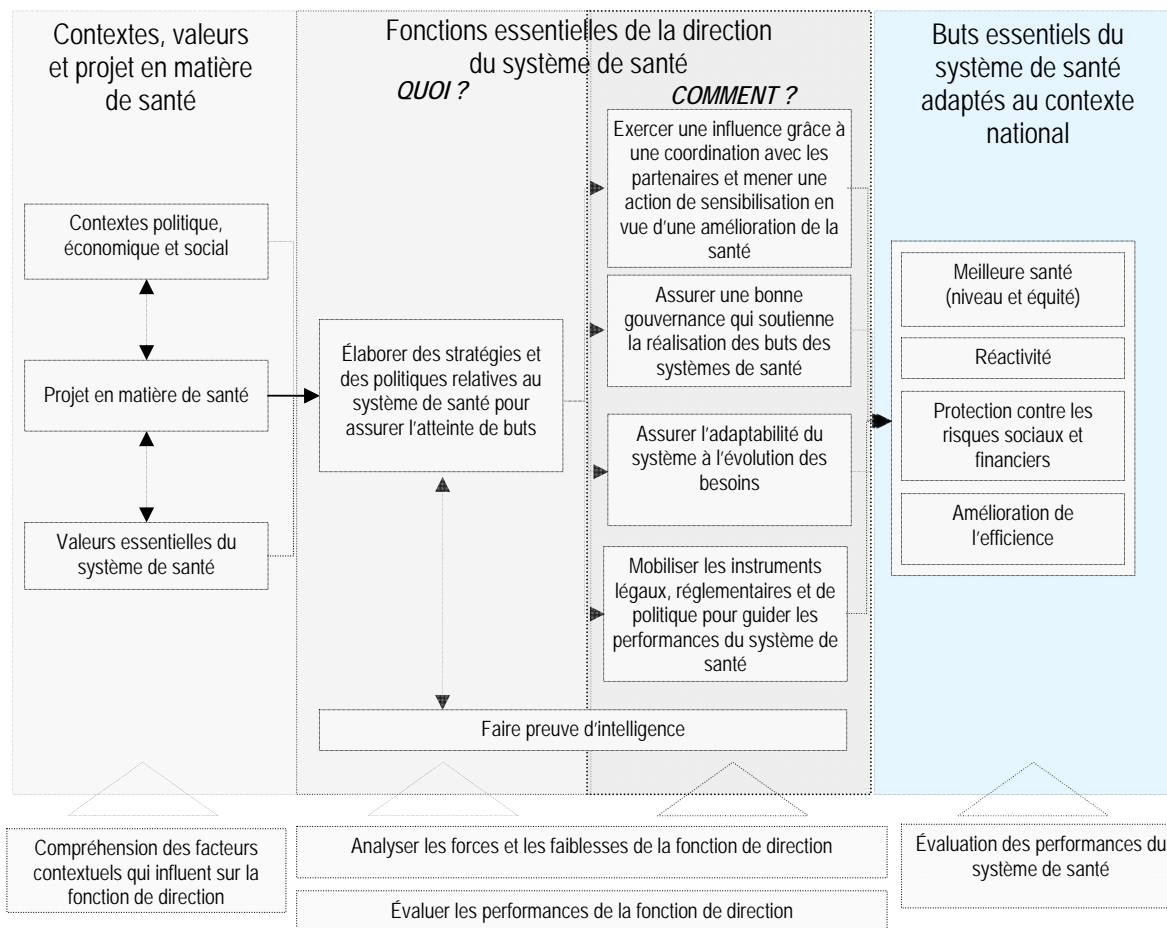
## **L'amélioration de la direction des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS : méthodes, outils et techniques**

15. Comme cela a été signalé plus haut, la configuration de la fonction de direction du système de santé peut varier en fonction du contexte économique, politique ou social et des valeurs fondamentales qui sous-tendent une culture nationale. Par exemple, le rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé ou le degré de décentralisation des pouvoirs au niveau sous-national varient selon la situation, la culture et l'histoire du pays considéré. La combinaison d'un ensemble de valeurs et du contexte politique, économique et social constitue une variable importante qui influe sur la façon dont la fonction de direction du système de santé est exercée. Il est crucial que les responsables de la direction du système de santé assurent la cohérence entre les objectifs du système de santé, les rôles essentiels de direction dont ils s'acquittent et le contexte national dans lequel ils agissent. La figure 2 représente ces relations tout en indiquant les trois questions qui permettent de mieux comprendre la fonction de direction du système de santé : i) quels sont les facteurs contextuels qui contribuent à expliquer la configuration de la fonction de direction propre au pays ? ii) Quels sont les rôles essentiels qui font partie de la fonction de direction du système de santé ? iii) Et quels sont les critères de performances selon lesquels la fonction de direction peut être mesurée ? Ces questions pourraient aider les pays à analyser les forces et les faiblesses de leur fonction de direction et de décider de la façon de s'en acquitter de la façon la plus efficace pour atteindre les buts du système de santé.

16. Comme le but ultime des responsables de la fonction de direction est d'atteindre des objectifs du système de santé adaptés au contexte national, l'exercice de cette fonction est en définitive lié aux performances globales du système de santé. Ces responsables doivent non seulement mettre en place les processus appropriés et veiller à ce qu'ils soient bien conçus, mais également faire en sorte que ceux-ci aient des effets positifs sur les performances du système de santé. En conséquence, la première tâche consiste à définir des stratégies et des politiques qui garantissent l'atteinte des objectifs du système de santé. À cet effet, les actions à mener sont les suivantes : i) définir un projet en matière de santé ; ii) guider le processus d'élaboration de la stratégie et de politiques coordonnées, et définir les priorités d'investissement dans la santé pour atteindre les buts souhaités (par exemple en adoptant un plan sanitaire national d'ensemble) ; et iii) préciser les rôles des parties prenantes publiques, privées et bénévoles, et de la société civile. Un engagement en faveur de la santé, au-delà des seuls soins de santé, est ambitieux et difficile, car il exige des efforts de longue durée et la constitution d'alliances entre un grand nombre d'intérêts potentiellement concurrents, ce qui prend beaucoup de temps. L'élaboration d'une stratégie nationale est un processus à la fois technique et politique qui consiste à convertir des buts larges en objectifs mesurables et propres aux différents pays, et à faire en sorte que les politiques relatives au système de santé soient alignées sur ces objectifs, compte tenu d'autres processus politiques et des plans d'autres ministères et administrations locales. Il est crucial d'obtenir la participation des secteurs concernés, tant au sein des pouvoirs publics qu'en dehors de ces derniers. Il convient de mettre l'accent

sur la relation qui existe entre le développement économique et la santé via des investissements ciblés, de façon à ce que les responsables politiques des deux secteurs comprennent bien les incidences de la politique des pouvoirs publics et des décisions d'affectation de ressources. Le plan national du Portugal (2004-2010), par exemple, vise à intégrer des cibles à moyen terme relatives à certains objectifs et buts du système de santé, tout en associant les parties prenantes aux mesures prises grâce à divers moyens de participation (ministère portugais de la Santé, 2004).

Figure 2. Représentation schématique de la fonction de direction du système de santé



17. Une autre tâche des responsables de la fonction de direction du système de santé consiste à mettre en œuvre les informations utilisables, ce qui peut être réalisé par les moyens suivants : i) assurer la création, l'analyse et l'utilisation d'informations élaborées (« informations utilisables ») sur la réalisation ou la non-réalisation des buts du système de santé au moyen d'une évaluation des performances de ce dernier ; et ii) mettre en place des processus de décision reposant sur les informations factuelles, notamment en utilisant activement des informations épidémiologiques, économiques et relatives aux performances (Nutbeam, 2004). Outre qu'il convient d'encourager la mise en œuvre d'une politique fondée sur des informations factuelles, il importe que les responsables de la direction du système de santé adoptent des références et des protocoles cliniques nationaux fondés sur des informations factuelles pour tous les professionnels des soins de santé. C'est ainsi que la Fédération de Russie a annoncé la conception et l'adoption de normes et protocoles cliniques, qui figureront parmi ses principales priorités en matière de politique de santé. Il s'agit de veiller à ce que le processus clinique ait un meilleur rapport coût-efficacité dans les différentes régions et les divers établissements médicaux (Figueras, Jakubowski and Robinson, 2005). Pour améliorer la santé, il faut également que les responsables de la direction mettent en place des alliances solides avec les parties prenantes concernées, ce qui constitue un processus

essentiellement politique. Ce dernier exige une action efficace de sensibilisation, l'exercice d'une influence et l'utilisation d'outils et de techniques de négociation solides (Mizrahi and Rosenthal, 2001), ce qui nécessite un personnel capable et désireux de recourir aux informations utilisables mentionnées plus haut (voir encadré 1).

Encadré 1. Le renforcement des capacités institutionnelles en matière d'analyse des politiques au Kirghizistan

Le projet de l'OMS relatif à l'analyse de la politique de santé a été lancé au Kirghizistan en 2000. Il visait à soutenir le programme public de réforme des soins de santé « Manas », dont le but était d'améliorer la viabilité, l'efficacité et la qualité du système de santé kirghize. Ce projet prévoyait quatre types d'activités : l'analyse de la politique ; l'établissement d'un lien entre les informations factuelles et la politique ; le renforcement des capacités en matière d'analyse de la politique et la conception d'une politique fondée sur des informations factuelles ; et la diffusion des résultats. Le renforcement des capacités en matière de surveillance et d'évaluation des performances du système de santé et, plus largement, d'analyse de la politique a été assuré de quatre manières. Des contacts fréquents ont eu lieu avec des responsables de haut niveau pour présenter les conclusions et les implications des études, démontrer leur utilité politique et stimuler la demande. Des tables rondes consacrées à d'importantes questions de politique sanitaire ont permis un apport technique et l'obtention d'un consensus politique. Des cours de gestion de la santé du ministère de la Santé destinés aux gestionnaires des soins primaires et des établissements hébergeant des patients ont permis d'informer des gestionnaires de soins de santé sur des questions de politique sanitaire et de les faire participer à ces dernières. Les cours relatifs à la politique de santé destinés aux pays d'Asie centrale et du Caucase, organisés en collaboration avec l'Institut de la Banque mondiale et la Région européenne de l'OMS, ont permis à un grand nombre de responsables kirghizes d'acquérir des connaissances valables pour une série de pays. Enfin, un groupe de jeunes analystes de la politique de santé ont été formés, pendant la période de six ans, de façon à pouvoir devenir des chercheurs indépendants qui fournissent un soutien continu au ministère de la Santé. Ces activités essentielles ont maintenant été institutionnalisées grâce à la création d'un département de la planification stratégique et de la mise en œuvre des réformes au sein du ministère, qui entreprend maintenant une surveillance des performances du système de santé, et d'un centre pour le développement du système de santé, qui est une entité publique autonome créée par le ministère pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de la politique grâce à la création de connaissances et à la formation. Le soutien apporté à ces deux jeunes organismes se poursuivra au moins jusqu'en 2010 (OMS, 2007b).

18. Les responsables de la fonction de direction devraient aussi s'efforcer d'établir un équilibre approprié entre les instruments légaux, réglementaires et de politique qui sont nécessaires pour améliorer les performances des systèmes de santé. Cela consiste principalement : i) à veiller à ce que les dispositions législatives et réglementaires soient appliquées de façon équitable (de la même façon pour tous les acteurs du système de santé) ; ii) à avoir le bon dosage de pouvoirs, incitations, principes directeurs, pratiques optimales et sanctions pour orienter les parties prenantes dans la direction choisie (Figueras, Saltman and Busse, 2002) ; et iii) à aligner les incitations du système de santé pour qu'elles soutiennent l'atteinte des buts de la politique poursuivie par le gouvernement. De nombreux pays de la Région européenne de l'OMS ont favorisé différentes combinaisons de dispositions législatives et réglementaires et d'incitations visant à renforcer les politiques relatives à la qualité et à la sécurité. En France, par exemple, le parlement a voté en 1996 une loi qui établit un processus obligatoire d'accréditation des hôpitaux publics et des cliniques privées. On y a également élaboré des dispositions réglementaires pour améliorer les prescriptions concernant les volumes minimums de services (par exemple les seuils minimums pour que les hôpitaux soient autorisés à pratiquer des accouchements normaux) ou renforcer les qualifications du personnel et les normes qui lui sont applicables (par exemple en établissant des conditions supplémentaires relatives à du personnel qualifié pour que les hôpitaux soient autorisés à gérer des services de réanimation). Des incitations ont été créées (par exemple l'inclusion d'indicateurs de la qualité dans les contrats entre les hôpitaux et les agences régionales de l'hospitalisation) et la Haute Autorité en santé a assuré la promotion de lignes directrices professionnelles et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette orientation s'observe également dans la façon dont

les gouvernements, les ministères de la Santé et les caisses d'assurance maladie surveillent le développement et le fonctionnement du secteur privé et les moyens par lesquels l'égalité des chances des acteurs du secteur privé est assurée grâce à l'accréditation, à des mécanismes de contrôle de la qualité, à des incitations, etc. L'obtention d'un équilibre et d'un dosage approprié d'outils de politique adaptés aux buts de la politique et les mesures garantissant que les incitations soutiennent la réalisation de ces buts offrent au ministère de la Santé et, plus largement, aux gouvernements des moyens très efficaces de s'acquitter de leur fonction de direction. L'alignement des incitations dans des systèmes de santé complexes peut constituer pour les gouvernements une façon moins lourde mais efficace d'atteindre les buts de leur politique.

19. La fonction de direction consiste aussi à concevoir le système de santé de façon à ce qu'il puisse s'adapter à une évolution des besoins, ce qui réduit les doubles emplois et la fragmentation. Par exemple, il convient d'augmenter les capacités du système pour répondre à la modification des besoins sanitaires, accroître son aptitude à adapter les stratégies compte tenu de changements de priorités, établir une bonne adéquation entre la stratégie et la structure, ou veiller à ce que l'évaluation soit incorporée dans les instruments de politique de façon à faciliter une amélioration constante des performances. L'évaluation des performances du système de santé consiste à évaluer l'équilibre des rôles joués par les responsables de la direction du système de santé pour atteindre certains objectifs de la politique dans le contexte national ou sous-national considéré. Il importe également de déterminer si les processus mis en place sont pertinents et proportionnés. Cette tâche n'est jamais facile, car les différentes actions de direction dépendent en grande partie du contexte dans lequel le système fonctionne et de l'équilibre des buts du système de santé recherchés par le pays en question. L'incorporation de processus d'amélioration des performances en général et des boucles de rétroaction en particulier dans le processus d'évaluation permet de maintenir l'orientation de la fonction de direction vers l'obtention de meilleures performances grâce à une amélioration des résultats du système de santé (Smith, Mossialos and Papanicolas, 2008). Une autre façon de faire en sorte que le système de santé s'adapte à l'évolution des besoins consiste à mettre en cause continuellement l'adéquation entre les besoins du système de santé et les investissements dans la santé. Le recours à des techniques du secteur privé telles que la gestion de portefeuille permet également aux ministères de la Santé d'examiner si le dosage d'investissements dans la santé est celui qui a le plus de chances de produire les résultats attendus.

20. Les responsables de la direction doivent également assurer une bonne gouvernance (éthique et reposant sur des valeurs), qui soutienne l'atteinte des buts du système de santé. À cet effet, ils doivent : i) mettre en place des valeurs communes et un socle éthique pour l'amélioration de la santé ; ii) assurer la responsabilité et la transparence dans l'ensemble du système et veiller à la clarté des rôles et des responsabilités des acteurs du système de santé ; iii) établir une adéquation entre la stratégie et la structure, et réduire les doubles emplois et la fragmentation ; et iv) ériger la protection du consommateur en priorité. Il est possible d'améliorer la gouvernance du système de santé, par exemple en associant davantage les citoyens à la prise de décisions. Au Royaume-Uni, le livre blanc *Choosing health* a posé des questions très diverses sur la façon dont le pays pourrait s'attaquer à des problèmes susceptibles d'être prévenus tels que l'obésité et le tabagisme. Ce document a constitué le fondement d'une consultation nationale qui a comporté des centaines de manifestations et a associé de nombreuses personnes, le secteur privé, les associations à but non lucratif et les pouvoirs publics. Dans ce livre blanc, le gouvernement s'est également engagé à incorporer la santé dans toutes les dispositions législatives futures, en en faisant un élément à prendre en considération lors des évaluations d'impact réglementaires (OMS, 2005a ; Department of Health, 2004). L'augmentation de la responsabilité et de la transparence sont également des objectifs importants et garantissent que les prestataires et les organismes qui agissent au nom de l'État s'emploient à améliorer les résultats du système de santé. Il s'est avéré que diverses techniques, telles que les contrats et les incitations axés sur les performances, sont des moyens très efficaces d'aligner le comportement des fonctionnaires sur les buts propres au système de santé.

21. Enfin, il incombe aux responsables de la direction du système de santé de défendre la cause de la santé et exercer une influence par la coordination avec des partenaires. À cet effet, ils doivent : i) collaborer et mettre en place des coalitions entre secteurs des pouvoirs publics et avec des acteurs extérieurs à ces derniers pour atteindre les buts du système de santé ; ii) favoriser des initiatives visant à

améliorer la santé ou à agir sur les déterminants sociaux de la santé ; et iii) préconiser la prise en compte des questions de santé dans toutes les politiques. Les évaluations d'impact sur la santé menées en Finlande et en Slovénie en vue d'évaluer les effets sanitaires probables de politiques menées en dehors du secteur de la santé sont des exemples prometteurs de coordination, d'action intersectorielle et de sensibilisation à l'amélioration de la santé, qui se retrouvent dans la Déclaration de l'Union européenne sur la santé dans toutes les politiques.

#### Encadré 2. Actions intersectorielles pour la santé

Il est largement reconnu que les facteurs socioéconomiques influent beaucoup sur la santé. À cet égard, les responsables de la direction des systèmes de santé doivent donner des impulsions et assurer la réalisation d'actions intersectorielles pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. En Suède, le secteur sanitaire a entrepris des études multidisciplinaires sur les déterminants de santé et facilité la participation active de tous les partis politiques, de la population et d'autres parties prenantes au processus de définition de buts de santé publique. Cette initiative a débouché sur l'adoption d'une loi concernant les objectifs de la santé publique (2003), qui constitue l'une des premières stratégies sanitaires formalisées du monde qui emploient une démarche fondée sur les déterminants de santé. Les 11 buts et leurs cibles précises et mesurables sont suivis et évalués pour le compte d'un comité de direction constitué de ministres de différents secteurs et présidé par le ministre de la Santé publique. Au Royaume-Uni, la politique nationale relative à l'équité en santé a permis de définir des actions intersectorielles qui constituent une stratégie essentielle. La création de « zones d'action sanitaire » vise à organiser des actions locales et intersectorielles sur le thème des déterminants sociaux de la santé. On procède également à un audit de l'équité en santé pour faire en sorte que les plans pour la santé et le développement élaborés par les communautés locales accordent la priorité aux personnes dont les besoins sont les plus importants. En Slovénie, le ministère de la Santé a commencé à réaliser une évaluation d'impact sur la santé au niveau national en appliquant cette technique aux politiques alimentaires et agricoles liées à l'adhésion à l'Union européenne. Ce processus a engendré une meilleure coopération entre les secteurs de l'agriculture et de la santé, ce qui a entraîné l'adjonction d'un « pilier » de sécurité alimentaire dans le plan d'action national pour l'alimentation et la nutrition. Enfin, la Norvège a adopté une démarche progressive qui vise à réduire les inégalités sociales de santé en créant d'abord un service de compétences dans la direction des affaires sanitaires et sociales, afin de développer les connaissances et de renforcer les activités relatives à l'évaluation d'impact sur la santé. Ensuite, le gouvernement a soumis à l'Assemblée nationale un rapport qui présente sa stratégie sur dix ans et comprend des principes directeurs destinés au gouvernement et à l'administration centrale (Stahl et al., 2006 ; Bonnefoy et al., 2007 ; Agence de la santé publique du Canada, 2007).

22. Bien que la fonction de direction soit peut-être soutenue par autant d'intentions que d'instruments qui ont fait leurs preuves, il existe un certain nombre d'outils et de techniques qui permettent de s'en acquitter efficacement (par exemple, des politiques du secteur sanitaire et des cadres de dépenses à moyen terme ; des ensembles de prestations normalisés ; des formules d'allocation des ressources ; et des contrats fondés sur les performances). Ces outils sont liés à certaines sous-fonctions de la fonction de direction du système de santé telles qu'elles ont été présentées dans la figure 2. Même s'il faut procéder à des études et évaluations complémentaires pour faire en sorte que ces outils soient efficaces dans différents contextes, certains d'entre eux semblent être à même d'améliorer la direction des systèmes de santé et sont examinés ci-après.

- Du point de vue de l'élaboration de la stratégie, il conviendrait de réexaminer la planification stratégique et opérationnelle et d'utiliser de façon plus ciblée l'analyse épidémiologique et économique. Les cadres de dépenses à moyen terme, les comptes nationaux de la santé et les techniques de fixation de cibles et de priorités (telles que l'évaluation des technologies de santé ou WHO-CHOICE<sup>1</sup>) sont des outils utiles dans cette perspective.

<sup>1</sup> WHO-CHOICE : initiative de l'OMS sur le choix d'interventions efficaces par rapport à leur coût.

- Pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie, des lois-cadres sur la santé et des outils tels que des incitations ou des modes de rémunération en fonction des performances permettent d'adapter ces dernières aux attentes énoncées dans la stratégie relative au système de santé.
- Il est possible de soutenir la collaboration intersectorielle en recourant à des techniques telles que l'évaluation d'impact sur la santé et l'évaluation des besoins sanitaires (Wright et al., 1998), ainsi que des démarches portant sur l'ensemble du secteur (OMS, 2000).
- Il est possible de renforcer la responsabilisation grâce à des contrats fondés sur des performances conclus avec des prestataires ou à la diffusion d'informations sur les performances aux prestataires et à la population (comme cela a été fait au Royaume-Uni).
- Il est possible d'associer les citoyens à la prise de décisions publiques grâce à des mécanismes novateurs tels que les conférences de consensus (Danemark, France, Royaume-Uni) ou des forums sanitaires nationaux (France, Royaume-Uni).
- Enfin, des techniques novatrices telles que la planification de scénarios de longue durée utilisées aux Pays-Bas ont permis de modéliser différents scénarios futurs pour les services de santé, ce qui accroît l'aptitude des responsables de la direction à anticiper les changements et à s'adapter à des besoins en évolution.

Il convient cependant de noter qu'aucun pays n'est capable de fournir des solutions à tous les dilemmes que pose la bonne mise en œuvre de la fonction de direction.

## **Évaluation de la fonction de direction du système de santé**

23. Une meilleure compréhension des rôles et des compétences requises pour l'exercice de la direction du système de santé peut aider les gouvernements à analyser la mesure dans laquelle cette fonction est remplie de façon efficiente. Il faut que les rôles et les responsabilités des acteurs soient bien définis et compatibles avec des buts recherchés, qui sont d'évaluer si la responsabilité est assumée et si les processus de décision associent suffisamment les différentes parties prenantes, dont le secteur privé, les patients et les citoyens. L'examen de l'utilisation des pouvoirs légaux soulève des questions relatives à la primauté du droit dans le pays et à l'alignement des incitations de façon à ce que les buts du système de santé puissent être atteints. Il est également possible de soulever des questions relatives à la conception du système, afin de déterminer si et dans quelle mesure celui-ci est en mesure de s'adapter à une évolution des besoins. Enfin, il est possible d'analyser l'élément d'influence et de sensibilisation en examinant les processus qui permettent d'améliorer la santé qui sont mis en œuvre dans l'ensemble du gouvernement et en dehors de celui-ci. Les méthodes qui permettent aux responsables de la direction du système de santé d'analyser ses différents rôles doivent bien entendu être mieux adaptées aux contextes et aux buts de la politique du pays considéré.

24. Une bonne exécution de la fonction de direction devrait en définitive se traduire par des effets satisfaisants sur l'état de santé. À cet égard, il est notamment difficile de trouver le bon dosage d'indicateurs de performances qui rendent compte de façon valable et fiable des progrès accomplis en matière de réforme des systèmes de santé (en d'autres termes, ceux qu'un gouvernement considérerait comme un signe de bonne performance) et qui suggèrent une action. Le décalage temporel entre les interventions et leurs effets sur l'état de santé, ainsi que les difficultés d'attribution d'un effet à des interventions déterminées incitent généralement les gouvernements à donner la préférence aux indicateurs de processus par opposition aux indicateurs de résultats. D'autres démarches ont été adoptées, comme l'utilisation d'indicateurs composites, qui reposent sur différents coefficients de pondération, ou les indicateurs de la « confiance des citoyens dans le système de santé », qui est considérée comme une mesure significative du succès. Ces techniques démontrent qu'il importe et qu'il est difficile d'établir un lien entre la fonction de direction et les performances du système de santé. Globalement, les responsables politiques doivent veiller à ce que l'approche de la mesure des performances dans son ensemble fasse partie intégrante des systèmes de gouvernance (Smith, Mossialos and Papanicolas, 2008).

25. En outre, la comparaison des méthodes avec certains points de référence s'avère utile, comme le montrent des exemples qui proviennent non seulement du secteur privé mais également et de plus en plus du secteur public, et elle peut contribuer à favoriser la continuité et le partage des meilleures pratiques en vue d'une amélioration des performances. Les initiatives telles que la Commission on a High Performance Health System aux États-Unis ont montré l'intérêt de l'établissement de comparaisons entre pays (un certain nombre d'entre eux sont européens) et entre les niveaux sous-fédéraux de ce pays (Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2006 ; Davis, 2007 ; Cantor et al., 2007). D'autres enseignements peuvent être tirés de différents types d'organisations des soins de santé, ainsi que de l'expérience de gouvernements fédéraux qui ont commencé à utiliser le système d'évaluation par score équilibré pour établir un lien entre les principaux indicateurs des performances et leur stratégie d'ensemble, et mesurer leurs performances organisationnelles globales (Zelman, Pink and Matthias, 2003). Les Pays-Bas ont mis en œuvre un cadre de performances de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour évaluer de larges indicateurs de la qualité des soins de santé que chaque partie prenante du système peut utiliser pour évaluer ses performances (Tawfik-Shukor, Klazinga and Arah, 2007).

Encadré 3. Recherche des meilleures pratiques en vue d'une amélioration des performances des systèmes de santé : l'exemple du Commonwealth Fund aux États-Unis

Le Commonwealth Fund est une fondation privée qui œuvre en faveur d'un système de santé fonctionnant de façon optimale aux États-Unis, en soutenant des travaux indépendants de recherche sur des questions relatives aux soins de santé et en stimulant des politiques et pratiques novatrices aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés. En 2005, il a créé la Commission on a High Performance Health System, qui regroupe des experts et des dirigeants représentant tous les secteurs des soins de santé ainsi que des associations professionnelles, le secteur privé, des universités, les autorités d'État et le gouvernement fédéral.

Cette commission a analysé les meilleures pratiques dans plusieurs pays et a conclu, en se fondant sur les renseignements ainsi retirés, que le système des États-Unis pouvait parvenir à une couverture universelle et à de meilleurs résultats sur le plan de l'état de santé à un coût par habitant considérablement réduit. Les comparaisons qu'elle a établies avec un certain nombre de pays européens ont montré que, sur le plan de la satisfaction de la population à l'égard du système de santé, le Danemark obtient de meilleurs résultats que tous les autres pays d'Europe. Ce dernier se classe également parmi les pays qui réussissent le mieux dans les domaines des soins de santé primaires (niveaux élevés d'accessibilité des professionnels de premier contact, soins axés sur le patient et prodigués dans la durée, ensemble complet de services et coordination des services lorsque ces derniers doivent être fournis ailleurs), et il continue d'avoir des dépenses de santé inférieures à de nombreux autres pays. L'Allemagne est en pointe sur le plan de la qualité des soins hospitaliers et recueille à cet égard des informations sur tous les hôpitaux du pays en utilisant plus de 300 indicateurs de qualité. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni se distinguent par l'excellence qu'ils ont atteinte en matière de transparence de la communication de données sur la qualité (Davis, 2007). Aux États-Unis, la Commission a également comparé des États fédérés les uns aux autres. Après avoir établi un score national concernant les performances du système de santé des États-Unis en 2006, la Commission a évalué les variations entre États selon cinq dimensions essentielles des performances des systèmes de santé (accès, qualité, hospitalisations et coûts hospitaliers évitables, équité et hygiène de vie) en utilisant le système de score d'État (Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2006). Les classements d'ensemble selon chaque dimension ont été calculés et les implications pratiques qui en résultaient pour les responsables ont été suggérées. Les résultats, que toute personne peut obtenir, devraient aider les États à définir des possibilités de mieux répondre aux besoins sanitaires de la population et à tirer des enseignements de l'expérience acquise par les États qui obtiennent les meilleurs résultats (Cantor et al., 2007).

26. Les conseils d'administration des sociétés utilisent généralement des indicateurs de performances pour évaluer la qualité de leur gouvernance ou établissent des comparaisons avec d'autres conseils d'administration qui obtiennent de bons résultats dans d'autres secteurs. Une telle pratique pourrait être



prometteuse pour les responsables de la direction des systèmes de santé, qui pourraient concevoir des indicateurs pour mesurer leurs performances et les comparer soit avec celles d'autres responsables de la direction qui s'efforcent d'atteindre des buts des systèmes de santé comparables ou même avec d'autres organisations complexes. Bien que cette pratique ait rarement été utilisée en matière de santé, elle pourrait contribuer à assurer une continuité et un partage des meilleures pratiques en vue d'une amélioration des performances. À cet égard, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (2008) a mis au point un cadre méthodologique qui permet d'évaluer la direction et la gouvernance en matière de santé. Adapté à partir des principes et thèmes de gouvernance du Programme des Nations Unies pour le développement, ce cadre analytique repose sur les principes suivants : vision stratégique ; participation et orientation en fonction de consensus ; primauté du droit ; transparence ; réactivité ; équité et absence d'exclusive ; efficacité et efficience ; responsabilité ; informations et informations utilisables ; et éthique (pour plus de détails, voir annexe 2). Pour chaque principe, trois niveaux d'évaluation (national, élaboration de la politique de santé, et mise en œuvre de la politique) sont définis et un ensemble de questions larges et précises est proposé. Ce cadre a fait l'objet d'un examen externe par des pairs et a ensuite été appliqué par neuf pays de la Région de l'OMS pour la Méditerranée orientale, qui ont été en mesure de recenser les points forts et les faiblesses de la gouvernance et de la fonction de direction de leurs systèmes de santé.

## **Défis et priorités critiques pour la direction des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS**

27. Les États membres de la Région européenne de l'OMS s'efforcent de concevoir des systèmes de santé adaptés à leurs valeurs et à leur contexte sociopolitique. Malgré leurs différences, tous les pays tentent, dans la pleine mesure de leurs moyens, de mettre en pratique leurs valeurs communes profondes en poursuivant les buts des systèmes de santé : une amélioration globale de la santé et de l'équité dans les résultats sanitaires obtenus, une meilleure protection contre les risques financiers impliqués par un recours aux services de santé, une répartition plus équitable de la charge de financement du système, et une meilleure « réactivité » (meilleure réponse aux attentes de la population). À cette fin, ils doivent s'assurer que leur système de santé ait une orientation stratégique en ce qui concerne les problèmes sanitaires et leurs déterminants ; que les décisions soient influencées par une bonne compréhension du rapport coût-efficacité des interventions possibles ; que la notion de « politique publique favorable à la santé » soit promue dans tous les aspects des affaires publiques afin d'obtenir une amélioration maximale de la santé ; et que les relations entre toutes les parties prenantes dans le domaine de la santé soient réglementées dans un contexte de transparence et de responsabilité. Cependant, certains pays peinent à adapter leurs approches et leurs structures à une fonction de direction moderne des systèmes de santé. Les quatre raisons pouvant expliquer cette situation sont les suivantes : a) la durée moyenne relativement courte du mandat ministériel (par opposition au long délai entre la mise en place d'une intervention et son impact sur les résultats pour la santé) ; b) un cadre insuffisamment clair pour l'alignement de la fonction de direction des ministres de la Santé, combiné aux contraintes politiques suscitées par l'exécution de tâches à court terme aux dépens d'une action à moyen et à long termes ; c) les difficultés rencontrées dans l'adaptation des qualifications et des compétences du personnel des ministères afin d'accomplir la fonction de direction des systèmes de santé (par opposition à une fonction administrative traditionnelle), en particulier si le ministère reste largement impliqué dans la gestion et la prestation directes de services de santé ; et d) le manque d'informations et de bases factuelles valables et fiables sur la performance pour la prise de décisions.

28. Les priorités mondiales de l'OMS dans le domaine de la fonction de direction (OMS, 2007b) sont d'aider les États membres dans les tâches suivantes : a) élaborer des politiques et des cadres dans le secteur de la santé adaptés aux stratégies de développement et aux structures de ressources plus générales au niveau national ; b) concevoir, appliquer et surveiller les législations, réglementations et normes relatives à la santé et contribuant à la réalisation d'objectifs clairement définis ; c) soutenir une plus grande prise de responsabilités du système de santé par une évaluation de sa performance et des mécanismes d'établissement de ces responsabilités ; d) générer et interpréter des informations utilisables et des activités de recherche sur les options stratégiques ; e) établir des coalitions interministérielles, ainsi

qu'avec le secteur privé et d'autres entités, afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et de s'assurer que les besoins sanitaires des groupes les plus vulnérables sont bien pris en compte ; et f) collaborer avec les partenaires externes et les intervenants en vue de promouvoir une plus grande harmonisation et un meilleur alignement sur les politiques nationales de la santé. Cependant, les différentes fonctions du système de santé sont interconnectées, et l'amélioration de la performance requiert une approche cohérente impliquant d'agir de façon coordonnée sur l'ensemble de ces fonctions. Les actions ciblant l'unique fonction de direction ont peu de chances d'entraîner des progrès sensibles ou d'aboutir aux résultats souhaités.

## **Le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe**

29. En réponse aux défis et contraintes expliqués ci-dessus, et conformément à son mandat, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera à aider les États membres à mettre en place leurs propres politiques de santé, système de santé et programmes de santé publique en définissant des priorités dont l'objectif est de renforcer la fonction de direction des systèmes de santé. Le Bureau régional poursuivra son rôle normatif et technique en collaborant étroitement avec de nombreux partenaires tels que la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation internationale pour les migrations, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et institutions apparentées, ainsi que la Banque européenne d'investissement. Ses travaux seront particulièrement motivés par la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité signée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » organisée à Tallinn. Les deux ouvrages, les neuf synthèses et les trois documents de références rédigés spécialement pour la Conférence seront également une source d'inspiration. Les thèmes de ces publications ont été déterminés par les États membres et examinés lors de quatre réunions préparatoires : à Bruxelles (Belgique) en mars 2007 (évaluation de la performance des systèmes de santé) ; à Belgrade (Serbie) en septembre 2007 (politiques en matière de personnel sanitaire) ; à Bled (Slovénie) en novembre 2007 (amélioration de la prestation des services de santé) et à Rome (Italie) en avril 2008 (fonction de direction des systèmes de santé).

## **Projet de résolution**

30. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aidera les États membres à développer leurs rôles et compétences, et à élaborer les méthodes et les cadres, eu égard à la fonction de direction de la santé et du système de santé. Ces priorités sont reprises dans le projet de résolution joint au présent document. Les principales questions énoncées dans ce projet de résolution se basent sur les débats engagés lors de la réunion organisée préalablement à la Conférence sur la fonction de direction des systèmes de santé et lors de la Conférence ministérielle elle-même, la Charte signée pendant la Conférence, et les discussions prévues lors de la cinquante-huitième session du Comité régional.

## Annexe 1

### Glossaire

*Accès* : évaluation de la mesure dans laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles ou autres lors de l'utilisation de ces services.

*Prise de responsabilités* : le processus selon lequel les administrateurs et gestionnaires sont tenus responsables (obligation de rendre des comptes). Il s'agit notamment d'évaluer l'efficacité des mesures prises par l'organisation afin d'atteindre les résultats souhaités et mesurés (Sinclair, Rochon et Leatt, 2005).

*Équité* : impartialité dans l'allocation des ressources ou le traitement des résultats entre différents individus ou groupes. Référence est généralement faite à l'équité horizontale et verticale. L'équité horizontale s'applique communément à un « traitement égal de besoin égal ». Par exemple, l'équité horizontale en matière d'accès aux soins de santé implique l'accès équitable à tous quels que soient les facteurs comme le lieu, l'ethnicité ou l'âge. En revanche, l'équité verticale porte sur la mesure dans laquelle les personnes dotées de caractéristiques différentes doivent être traitées différemment. Par exemple, le financement des soins de santé par le biais d'un régime d'assurance maladie peut exiger que les personnes à revenus plus élevés contribuent davantage au système d'assurance que les personnes à revenus modestes.

*Efficiences* : obtenir la meilleure valeur possible pour les ressources consenties (ou utiliser le moins de ressources pour aboutir à un certain résultat). Référence est généralement faite à l'efficacité allocative (allocation optimale des ressources) et à l'efficacité technique. L'efficacité allocative fait allusion à l'allocation des ressources de manière à maximiser autant que possible les retombées d'ensemble. L'efficacité technique (parfois aussi appelée rentabilité de la production) réfère à la production, à partir d'un ensemble donné d'entrants, du plus grand nombre possible de résultats viables.

*Gouvernance* : l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires courantes d'un pays à tous les niveaux (OMS, 2000). Dans le domaine de la santé, le terme est parfois utilisé comme synonyme de (fonction de) direction, notamment lorsque le terme ou sa traduction posent problème.

*Évaluation de l'impact sur la santé* : combinaison de processus, de méthodes et d'outils grâce auxquels une politique, un programme ou un projet peut être évalué en termes d'effets potentiels sur la santé d'une population, et de la répartition de ces effets au sein de la population (Centre européen pour la politique sanitaire, 1999).

*(Fonction de) direction (administration générale ou « stewardship » en anglais)* : « le rôle des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et leurs relations avec les autres secteurs dont les activités ont un impact sur la santé » (OMS, 2007b). La *fonction de direction du système de santé* fait parfois référence à la capacité de formuler une orientation stratégique, de garantir une bonne réglementation et la disponibilité des outils pour l'appliquer, et de fournir les informations utilisables nécessaires sur la performance des systèmes de santé afin d'assurer responsabilité et transparence (OMS, 2000 ; OMS, 2007b ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005a). Pour d'autres, la *fonction de direction de la santé* porte spécifiquement sur les actions menées sur les facteurs secondaires favorables à la santé, tels que l'éducation, ou les actions sur les facteurs tertiaires tels que les facteurs socioéconomiques au sens plus large. Si les pouvoirs publics dans leur ensemble sont concernés, la responsabilité de la fonction de direction de la santé impute principalement aux ministères de la Santé.

*Viabilité* : capacité du système à poursuivre des activités normales dans un lointain avenir. Référence est généralement faite à la viabilité financière et institutionnelle. La viabilité financière est la capacité du système de santé à maintenir un niveau adéquat de financement pour assurer ses activités. La viabilité institutionnelle fait référence à la capacité du système, en cas de financement adéquat, à mobiliser et à gérer les ressources non financières afin de réaliser efficacement ses activités normales à l'avenir.

Annexe 2

**Évaluation de la gouvernance (direction) des systèmes de santé : principes  
(Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2008)**

<i>Principe de la gouvernance</i>	<i>Explication</i>
<i>Vision stratégique</i>	Les responsables ont une perspective générale et à long terme sur le développement sanitaire et humain, ainsi qu'un sens des orientations stratégiques nécessaires à cette fin. Les complexités historiques, culturelles et sociales sous-tendant cette perspective sont également prises en compte.
<i>Participation et consensus</i>	Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé, soit directement ou par le biais d'institutions médiatrices légitimes qui représentent leurs intérêts. Une telle collaboration au sens large s'inspire de la liberté d'association et d'expression, et repose sur les capacités de participation constructive. Une bonne gouvernance du système de santé tient compte des intérêts divergents afin d'aboutir à un consensus général le plus avantageux pour le groupe et, lorsque c'est possible, sur les politiques et les processus sanitaires.
<i>Primauté de la loi</i>	Les cadres juridiques de la santé doivent être justes et appliqués en toute impartialité, notamment la législation relative aux droits humains en rapport avec la santé.
<i>Transparence</i>	La transparence repose sur le flux libre d'informations dans tous les aspects de la santé. Les processus, les institutions et les informations doivent être directement accessibles aux personnes et entités concernées, et suffisamment de données doivent être disponibles pour comprendre et surveiller les questions d'ordre sanitaire.
<i>Réactivité (réponse aux attentes des populations)</i>	Les institutions et les processus doivent tenter de servir toutes les parties prenantes afin que les politiques et les programmes répondent aux besoins des bénéficiaires dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines.
<i>Équité et « inclusivité »</i>	Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir améliorer ou préserver leur santé et leur bien-être.
<i>Efficacité et efficience</i>	Les processus et les institutions doivent aboutir à des résultats répondant aux besoins des populations et influençant les bilans sanitaires tout en faisant un usage optimal des ressources.
<i>Prise de responsabilités</i>	Les décideurs des pouvoirs publics, du secteur privé et des organisations de la société civile impliqués dans la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux intervenants institutionnels. Cette prise de responsabilités varie selon l'organisation ou selon la décision qui peut être interne ou externe à l'organisation en question.
<i>Données exploitables et informations</i>	Les données exploitables (« intelligence ») et les informations sont essentielles pour bien comprendre le système de santé, sinon il n'est guère possible de fournir les bases factuelles nécessaires à la prise de décisions avisées, influant sur le comportement des différents groupes d'intérêts qui soutiennent la vision stratégique pour la santé ou, du moins, ne s'y opposent pas.
<i>Éthique</i>	Les principes généralement acceptés de l'éthique des soins de santé concernent le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. L'éthique des soins de santé, qui inclut l'éthique de la recherche sanitaire, est importante pour sauvegarder les intérêts et les droits des patients.

## Références

Agence de la santé publique du Canada (2007). *Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. Ottawa, ministère de la Santé ([http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_f.html), consulté le 18 juillet 2008).

Anand S and Ravallion M (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7:133–150.

Arah OA et al. (2006). Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18:5–13.

Bonnefoy J et al. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health Secretariat (<http://www.who.int/pmnch/topics/socialdeterminantsguide/en/index.html>, accessed 15 July 2008).

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2007). Base de données de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (<http://www.euro.who.int/hfad/?language=French>, consulté le 18 juillet 2008).

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (1996). *La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2005a). *Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies : un aperçu de la stratégie européenne de l’OMS en matière de systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2005b). *La politique-cadre de la Santé pour tous de la Région européenne de l’OMS : version actualisée de 2005*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.

Cantor JC et al. (2007). *Aiming higher: Results from a state scorecard on health system performance*. New York, The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=494551](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=494551), accessed 15 July 2008).

Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System (2006). *Why not the best? Results from a national scorecard on U.S. health system performance*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=401577](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=401577), accessed 15 July 2008).

Davis K (2007). *Learning from high performance health systems around the globe*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=441618](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=441618), accessed 15 July 2008).

Davies P (2001). “Stewardship: what is it and how can we measure it?”. Presentation to meeting on Health economics in developing and transitional countries: the changing role of the state, Department for International Development, York, United Kingdom, 26 July 2001.

Department of Health (2004). *Choosing health making healthy choices easier*. London, The Stationery Office.

European Centre for Health Policy (1999). *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>, accessed 15 July 2008).

European Commission (1998). *Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Figueras J, et al. (2008). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Figueras J, Jakubowski E, Robinson R, eds. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press.

Figueras J, Saltman R, Busse R, eds. (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in the health sector*. Buckingham, Open University Press.

Gostin L, Archer R (2007). The duty of states to assist other states in need: Ethics, human rights and international law. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 35(4):526–533.

Kaplan RS, Norton DP (2003). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston, MA, Harvard Business School Press.

Khaleghian P, Das Gupta M (2004). *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/NR559H5L00>, accessed 15 July 2008).

Kirby J (2005). Towards a theory of high performance. *Harvard Business Review*, 83(7):30–39,190.

McKee M, Nolte E (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust.

Mizrahi T, Rosenthal B (2001). Complexities of coalition building: Leaders' successes, strategies, struggles, and solutions. *Social Work*, 46(1), 63–78.

Nohria N et al. (2003). What really works. *Harvard Business Review*, 81(7):42–52, 116.

Nutbeam D (2004). Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*, 19:137–140.

OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2001). *Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2007a). *Documents fondamentaux, 46<sup>e</sup> éd.* Genève, Organisation mondiale de la santé.

Perlin JB (2006). Transformation of the US veterans health administration. *Health Economics, Policy and Law*, 1:99–105.

Portuguese Ministry of Health (2004). *National Health Plan 2004–2010: Volume I – Priorities*. Lisbon, Ministry of Health (<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006666.pdf>, accessed 15 July 2008).

Preston S (1980). Causes and consequences of mortality declines in less developed countries in the twentieth century. Easterlin RA, ed. *Population and economic change in developing countries*. Chicago, IL, University of Chicago Press.

Sen A (1999). *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press.

Sinclair D, Rochon M, Leatt P (2005). *Riding the Third Rail; The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission 1996–2000*. Montreal, Institute for Research on Public Policy.

Smith P, Mossialos E, Papanicolas I (2008). *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Stahl T et al. (2006). *Health in all policies: Prospects and potentials*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health.

Suhrcke M et al. (2008). *Coûts économiques de la mauvaise santé dans la Région européenne*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Tawfik-Shukor A, Klazinga NS, Arah OA (2007). Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*, 7:25.

Travis P et al. (2003). Towards better stewardship: Concepts and critical issues. In: Murray CJL, and Evans DB, eds. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2007b). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2002). *Der europäische Gesundheitsbericht 2002*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2008). *Health system governance for improving health system performance: Report of a WHO global consultation*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (document WHO-EM/PHP/043E).

Wright J et al. (1998). *Health needs assessment in practice*. London, BMJ Books.

Zelman WN, Pink GH, Matthias CB (2003). Use of the balanced scorecard in healthcare. *Journal of Healthcare Finance*, 29:4.