



**issa**

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION  
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

## Bonnes pratiques en sécurité sociale

Bonne pratique mise en œuvre depuis: 2016

---

**La capitation basée sur l'engagement en tant que modèle indonésien pour un système de paiement s'appuyant sur la performance pour les prestataires de soins primaires: résolution des problèmes liés à la mise en œuvre du régime KBP au sein du Programme national d'assurance maladie**

**Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé**  
Indonésie

Publié en 2018

[www.issa.int](http://www.issa.int)

## Résumé

*Un an après le lancement du Programme national d'assurance maladie (Jaminan Kesehatan Nasional – JKN), l'Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé (BPJS Kesehatan) a mis en place en 2015 un régime «Pay for Performance» (P4P) dans le système de capitation appliqué aux prestataires de soins de santé primaires. Le P4P (Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan – KBK) est une capitation basée sur l'engagement, qui vise à mesurer la détermination des prestataires de soins de santé primaires à offrir des services de soins de santé primaire de manière globale. Malheureusement, la réticence des prestataires de soins de santé primaires a entravé le déploiement complet de ce régime. Il a donc été convenu de postposer le P4P jusqu'en 2016 et de l'appliquer uniquement aux prestataires de soins de santé primaires et aux centres de santé communautaires publics (Puskesmas) des capitales provinciales. Depuis 2017, tous les Puskesmas appliquent le P4P sauf les centres situés dans des régions reculées. En 2018, tous les prestataires de soins de santé primaires privés sont tenus d'appliquer le P4P. Trois principaux indicateurs permettent de contrôler le système P4P: le taux de contact, le pourcentage de visites actives des membres du Programme de gestion des maladies et le taux d'orientation vers des disciplines généralistes. Les trois indicateurs ont progressé entre janvier et décembre 2017, dénotant ainsi une amélioration du rôle des prestataires de soins de santé primaires en tant que médiateurs et coordonnateurs des soins. Cependant, de nouveaux défis continuent de se présenter et il est essentiel de rechercher l'amélioration continue.*

## Problème ou défi

*Quel problème ou défi votre bonne pratique devait-elle permettre de résoudre ou de relever? Veuillez fournir une brève description.*

La mise en place d'un système de capitation basée sur l'engagement a présenté un certain nombre de défis.

Premièrement, l'efficacité de ce système a posé problème dans la période initiale du programme JKN. Aucune réglementation n'encadrait le P4P. La BPJS Kesehatan était tenue de payer tous les prestataires de soins primaires selon la même norme, peu importe la façon dont ils respectaient leur engagement à assurer des services primaires optimaux. La Commission d'éradication de la corruption (*Komisi Pemberantasan Korupsi – KPK*) a prévenu la BPJS Kesehatan de la potentielle utilisation abusive des revenus de la capitation, laissant ainsi entendre la nécessité urgente de mettre en place un mécanisme P4P. En 2015, la BPJS Kesehatan a formulé une réglementation instaurant le P4P. Le régime P4P est une capitation basée sur l'engagement, qui vise à mesurer la détermination des prestataires de soins de santé primaire à offrir des services de soins de santé primaires de manière globale.

Deuxièmement, les vives réticences exprimées par les prestataires de soins de santé primaires ont également été problématiques. La crainte d'une réduction des revenus de la capitation et des problèmes de transparence ont été mis en évidence. Cela a empêché la mise en œuvre complète du P4P et ainsi forcé la BPJS Kesehatan à postposer le projet à l'année 2016 et à le limiter aux centres de santé communautaires publics des capitales provinciales.

Troisièmement, la question de savoir si la BPJS Kesehatan était en droit de réglementer le système de paiement a soulevé un autre grand problème. Par conséquent, en 2017, le ministère de la Santé et la BPJS Kesehatan ont émis une résolution conjointe réglementant le régime P4P et définissant une feuille de route pour l'appliquer à tous les prestataires de soins de santé primaire en 2018. Conformément à cette réglementation, les indemnités ne sont versées qu'aux

centres de santé communautaires publics, tandis que les prestataires de soins de santé primaires privés seront indemnisés en 2018. Les indemnités varient de 2,5 à 10 pour cent de la capitation perçue.

## **Relever le défi**

*Quels étaient les principaux objectifs du projet ou de la stratégie mis en œuvre pour résoudre le problème ou relever le défi? Veuillez énumérer et décrire brièvement les principaux éléments de ce projet ou de cette stratégie en mettant plus particulièrement l'accent sur ses aspects innovants et ses effets attendus ou visés.*

Stratégies mises en place pour résoudre les problèmes cités plus haut:

- mise en place d'un cadre juridique étant donné que la BPJS est un nouvel organisme qui a été créé en 2014, les parties prenantes ne connaissaient pas suffisamment son fonctionnement pour pouvoir réglementer le système d'indemnisation. Malgré les contraintes liées à la réglementation, le cadre juridique doit être accepté par tous afin de pouvoir pleinement appliquer le régime P4P;
- régime P4P pleinement appliqué par tous les prestataires de soins de santé primaires: le régime doit être mis en œuvre par tous les prestataires de soins primaires, aussi bien publics que privés, en suivant une feuille de route acceptée par tous;
- indicateurs utilisés pour évaluer les résultats: comme la capitation basée sur l'engagement était un concept nouveau, les indicateurs devaient évaluer les résultats du régime de manière transparente et en déterminant les responsabilités.

## **Objectifs à atteindre**

*Quels objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs ou indicateurs clés de performance avaient été définis pour le projet ou la stratégie? Veuillez les décrire brièvement.*

Les objectifs de mise en œuvre du régime d'indemnisation étaient:

- application par tous les centres de santé communautaires publics au niveau des capitales provinciales en 2016;
- application par tous les centres de santé communautaires publics en 2017;
- application par tous les prestataires de soins de santé primaires en 2018;
- les prestataires de soins primaires ont bénéficié d'une période d'adaptation, ce qui a facilité l'exécution en limitant le refus des prestataires.

Trois indicateurs de qualité sont utilisés pour le régime P4P. Ceux-ci sont basés sur les quatre éléments des soins primaires: soins de premier contact, soins globaux, continuité et coordination des soins.

Les indicateurs sont:

- le taux de contact: il évalue le rôle des prestataires de soins primaires en tant que premier contact pour les affiliés du JKN. L'objectif minimal s'élève à 150 visites par million d'affiliés;
- le pourcentage de visites actives des membres du Programme de gestion des maladies: cet indicateur représente les soins globaux, en particulier pour les affiliés du JKN souffrant de maladies chroniques (diabète et hypertension). Les prestataires de soins primaires doivent atteindre au minimum 50 pour cent de cet indicateur;
- le taux d'orientation vers des disciplines généralistes: ce taux décrit la manière dont les prestataires de soins de santé primaires assument leur rôle de médiateur et aiguillent les patients uniquement lorsqu'un traitement médical spécialisé est nécessaire. Pour être admissible, le taux d'orientation vers des disciplines généralistes ne doit pas dépasser 5 pour cent.

Les trois indicateurs sont mesurés grâce à P-Care, une application logicielle développée par la BPJS Kesehatan pour les prestataires de soins de santé primaires. Toutes les parties prenantes peuvent accéder aux données, ce qui assure la responsabilité et la transparence. Les aspects qualitatifs sont notamment l'amélioration du rôle des prestataires de soins de santé primaires en tant que médiateurs et coordonnateurs des soins, ou en d'autres termes, leur engagement à assurer des soins de santé primaires de manière globale.

## Evaluation des résultats

*La bonne pratique a-t-elle été évaluée? Veuillez fournir des données sur l'impact et les résultats de la bonne pratique à partir d'une comparaison entre les objectifs visés et les résultats réellement obtenus, d'indicateurs avant-après et/ou d'autres types de statistiques ou indicateurs.*

En raison de la réticence exprimée envers la réglementation de la BPJS Kesehatan en 2015, cette dernière a formulé une résolution conjointe avec le ministère de la Santé en 2017. Ce document définissait la feuille de route à suivre pour la mise en œuvre du P4P et les lignes directrices pour l'évaluation des indicateurs. En vertu de cette résolution conjointe, des contrôles et évaluations de routine sont réalisés auprès des parties prenantes aux niveaux local et central. L'équipe indépendante de contrôle qualité et de maîtrise des coûts (*Tim Kendali Mutu Kendali Biaya – TKMKB*) est un acteur clé du processus de contrôle et d'évaluation.

L'application du P4P est conforme à la feuille de route définie par la résolution conjointe:

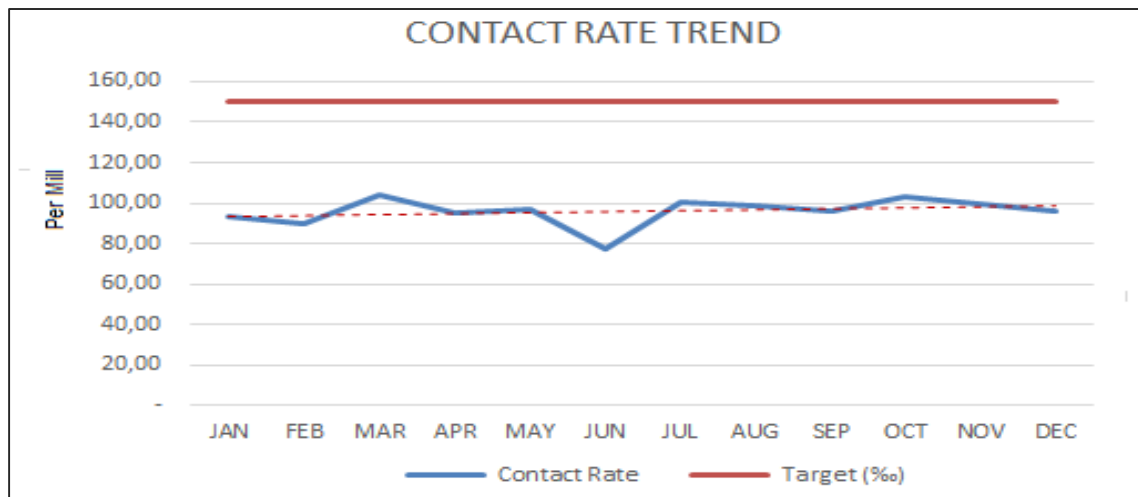
- en 2016, tous les centres de santé communautaires publics des capitales provinciales appliquaient le P4P;
- en 2017, seulement 12,4 pour cent des centres communautaires publics (1 220 sur 9 863) n'appliquaient pas encore le régime P4P en raison de leur situation géographique isolée ou reculée;
- en mars 2018, 7,2 pour cent des prestataires de soins primaires privés (336 sur 4 687) ont accepté d'être indemnisés avec le régime P4P; les 92,8 pour cent restants doivent satisfaire au versement d'indemnités d'ici juillet 2018 conformément à la réglementation conjointe.

Tous les prestataires de soins de santé primaires privés appliquant le régime P4P utilisent l'application P-Care pour enregistrer les données liées aux patients. L'analyse des données de P-Care dénote une amélioration des trois indicateurs de qualités:

- Taux de contact

Le taux de contact a augmenté, il est passé de 93,16 visites par million d'affiliés en janvier 2017 à 95,99 en décembre 2017 comme l'illustre le Graphique 1.

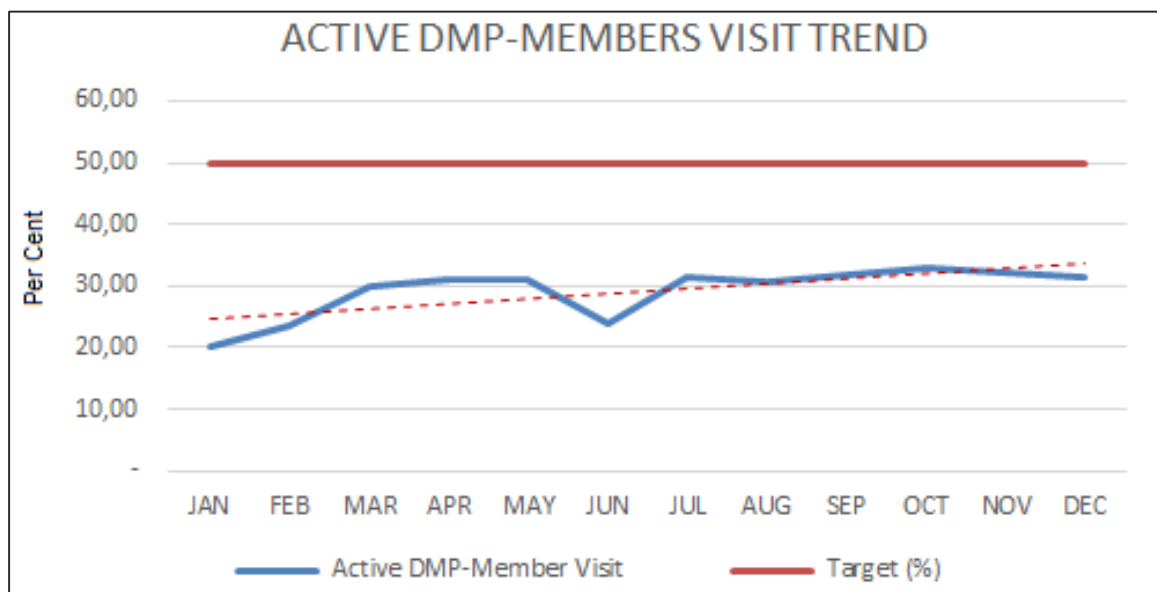
**Graphique 1.** Evolution du taux de contact en 2017



- Visites actives des membres du Programme de gestion des maladies

Pour l'année 2017, le pourcentage de visites actives des membres du Programme de gestion des maladies a augmenté de 20,23 pour cent en janvier à 31,33 pour cent en décembre, ce qui indique que les prestataires de soins de santé primaires s'efforcent de faire participer activement les membres du Programme de gestion des maladies. Le graphique 2 illustre cette augmentation.

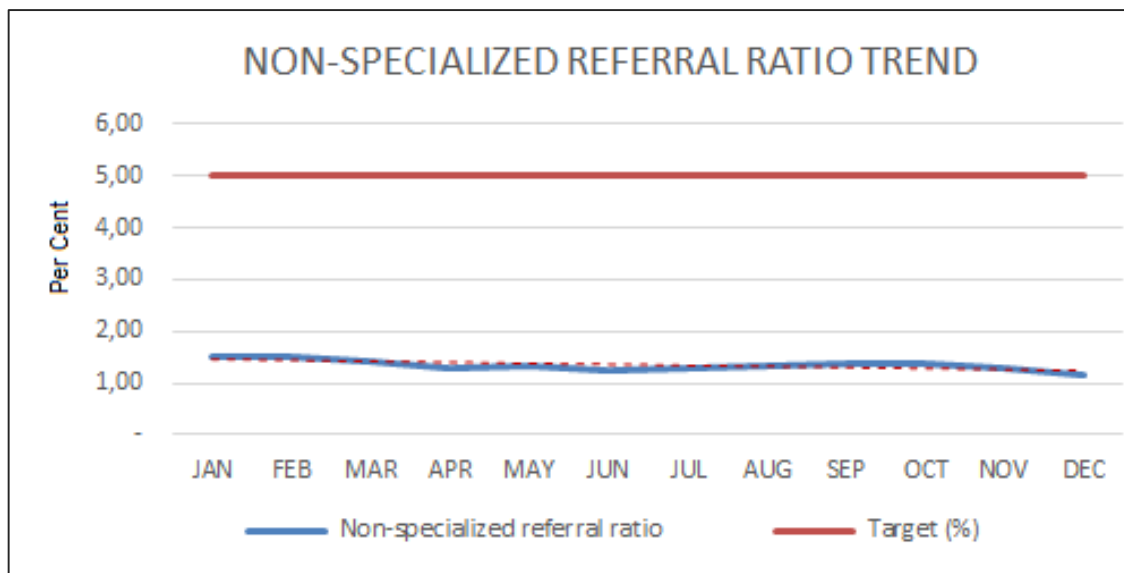
**Graphique 2.** Visites actives des membres du Programme de gestion des maladies en 2017



- Taux d'orientation vers des disciplines généralistes

Le taux d'orientation des patients vers des disciplines généralistes est passé de 1,51 pour cent en janvier à 1,18 pour cent en décembre, ce qui montre que les prestataires de soins de santé primaires ont davantage conscience de leur rôle de médiateur et aiguillent les patients uniquement lorsqu'un traitement médical spécialisé est nécessaire. Les chiffres sont présentés sur le Graphique 3.

**Graphique 3.** Taux d'orientation vers des disciplines généralistes en 2017



Même si en 2017 le versement d'indemnités n'était pas encore en place pour les cliniques privées, ces dernières ont obtenu le taux moyen de contact le plus élevé (132,4 visites par million d'affiliés), une augmentation significative du nombre de visites actives des membres du Programme de gestion des maladies (de 17,6 pour cent en janvier 2017 à 24,8 pour cent en décembre 2017) et une importante diminution du taux d'orientation vers des disciplines généralistes (de 2,1 pour cent en janvier 2017 à 1,7 pour cent en décembre 2017). Ces améliorations indiquent que les prestataires de soins de santé primaires privés sont disposés à accepter le versement d'indemnités en 2018.

## Enseignements tirés

*Veillez, en vous appuyant sur l'expérience de votre organisation, citer trois facteurs au maximum qui, selon vous, sont indispensables à la reproduction de cette bonne pratique. Veillez citer trois risques au maximum qui sont apparus/pourraient apparaître lors de la mise en œuvre de cette bonne pratique. Veillez décrire brièvement ces facteurs et/ou ces risques.*

Trois grands facteurs ont permis d'instaurer la capitation basée sur l'engagement:

- une coordination active avec les parties prenantes, en particulier le ministère de la Santé  
Comme la plupart des prestataires de soins de santé primaires sont publics (*Puskesmas*), il était essentiel d'obtenir le soutien du ministère de la Santé.

- un cadre juridique clair

Il s'agit un facteur crucial pour la réussite du projet. La vive réticence exprimée par les prestataires de soins primaires en 2015 s'est avérée être une expérience précieuse dans la tentative de réglementer le système de paiement. Finalement, la réglementation émise conjointement par la BPJS Kesehatan et le ministère de la Santé était une mesure d'atténuation préférable.

- un système d'information du secteur de la santé bien préparé

Toutes les activités liées aux patients doivent être enregistrées dans l'application logicielle P-Care afin que les performances des prestataires de soins de santé primaires puissent être évaluées. Ce système d'information, auquel peuvent accéder toutes les parties prenantes, contribue au succès de la mise en œuvre du programme P4P.

Les principaux risques liés à la mise en œuvre du régime P4P étaient:

- la réticence des prestataires de soins primaires

Comme expliqué plus haut, une coordination active permet de réduire la réticence des prestataires.

- la fraude potentielle, principalement par la création de faux dossiers

Afin de lutter contre ce risque, l'équipe d'évaluation (la TKMKB, la BPJS Kesehatan et les services de santé municipaux) jauge l'engagement des prestataires de soins de santé primaires chaque mois.

- la responsabilité et la transparence de l'évaluation de l'indemnité

Avec l'application P-Care, les prestataires de soins de santé primaires peuvent suivre les résultats qu'ils ont obtenus tous les mois. Toutes les autres parties prenantes ont également accès aux données. Les contrôles de routine, en particulier par l'équipe indépendante TKMKB, permettent la résolution des problèmes de responsabilité et de transparence.

La BPJS Kesehatan a dû affronter de nombreux problèmes dans la mise en place de la capitation basée sur l'engagement au travers du programme P4P. Cependant, l'institution s'est efforcée de résoudre chaque problème en prenant des mesures stratégiques, ce qui a permis d'assurer la durabilité du programme.