

AN ACTION PLAN TO ENGAGE THE PRIVATE HEALTH SERVICE DELIVERY SECTOR IN THE RESPONSE TO COVID-19



WHO calls on national governments everywhere to adopt a whole-of-government and whole-of-society approach in responding to the COVID-19 pandemic. Reducing the further spread of COVID-19 and mitigating its impact should be a top priority for Heads of State and Governments.

The response should be coordinated with actors in the private sector and civil society. WHO has developed this interim guidance to help governments with their efforts to engage the private sector as part of a whole of society response to the pandemic and also to support governments efforts to engage the private sector to help maintain essential health services <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>.

This interim guidance is based on a draft private sector engagement roadmap currently being developed by the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems>

Background

One of the critical lessons of the 2014-16 West African Ebola epidemic was the need to quickly mobilise the entire health system, both public and private in response to the epidemic ¹

In response to COVID-19, WHO's advice is that governments should take a whole-of-government and whole-of-society approach to their response efforts. This approach should include drawing on the capacities and resources of the private health sector (including commercial and not-for-profit providers of health products and services). Drawing on private sector resources and capacity is critical because in many low- and middle- income countries (LMICs), the private health sector provides a significant proportion of health services and products. For example, research shows that the private sector is the dominant source of treatment for children with fever or cough in a sample of 70 LMICs.² New research commissioned by WHO in 2019 showed that the private sector provides nearly 40 per cent of health care across the majority of WHO regions and provides 62 per cent of health care in the EMRO region³.

As Figure 1 shows, with the private sector represented in green and the public sector in blue, the private health sector can be present in

¹ Elston, J. W. T., Cartwright, C., Ndumbi, P., & Wright, J. (2017). The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. *Public Health*, 143, 60–70.

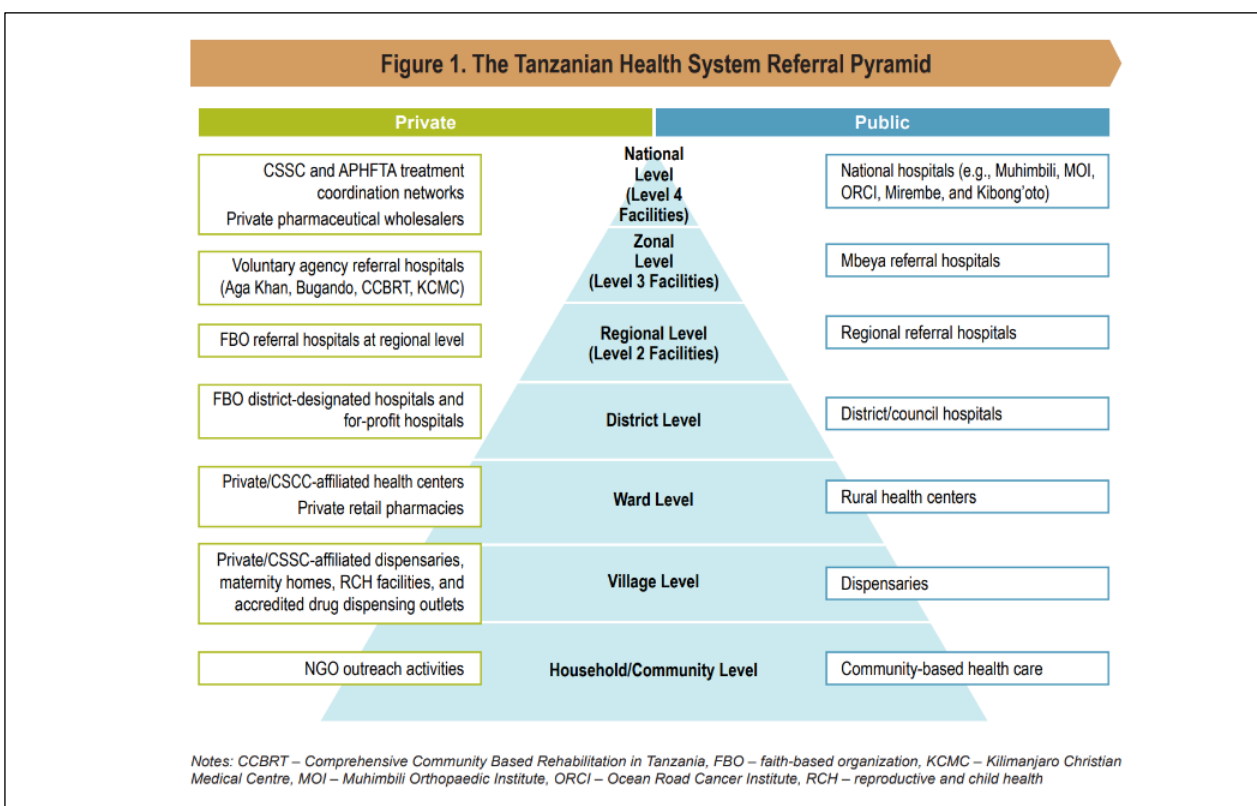
² Grepin, K. 2016. Private Sector an Important But Not Dominant Provider Of Key Health Services in Low- And Middle-Income Countries. *Health Affairs* 35, no.7. 1214-1221.

³ Dominic Montagu, and Nirali Chakraborty, Standard survey data: insights into private sector utilization, a technical report for WHO.

multiple service areas, including community health and prevention, tertiary and specialised health services, pharmaceutical manufacturing and retail pharmacies.⁴ During health emergencies, the activities of the private health sector actors must be aligned with national response efforts. For example, all providers public and private should be notifying cases, abiding with clinical protocols for testing, isolation and treatment, and ensuring financial and other barriers to care utilisation are eliminated). Moreover, the private health sector owns and manages resources that can contribute to surge capacity for responding to the pandemic: facilities, health professionals, medical equipment and essential supplies (such as isolation equipment, ventilators, oxygen, and personal protection equipment (PPE)). Where public sector resources are insufficient to cope with the increase in emergency-related demand

while maintaining routine essential health care requirements, governments should also act to mobilise all resources available – including the resources and capacities of the private sector. Here the private sector can contribute to the response and also help to maintain other essential health services.

The challenge in many LMICs is that the public and private health sectors operate in two parallel and separate spheres. Moreover, the private health sector is often fragmented and disorganised (see Figure 2). **This Action Plan for Private Sector Engagement (PSE) outlines concrete steps governments and Ministries of Health (MoHs) can take to harness private health sector resources so that both sectors are aligned and can act in concert to respond to the COVID-19 pandemic, while managing risks and mitigating conflicts of interest.**



⁴ SHOPS Project. 2013. Tanzania Private Health Sector Assessment. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.

Figure 2. Current interactions between public and private sectors

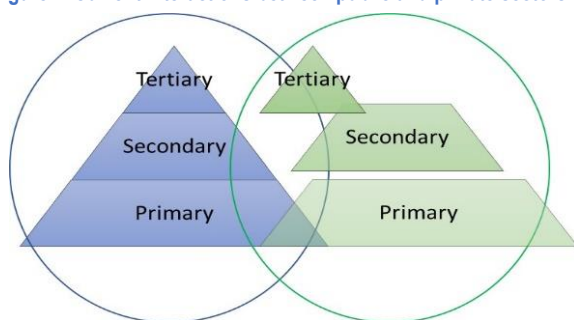
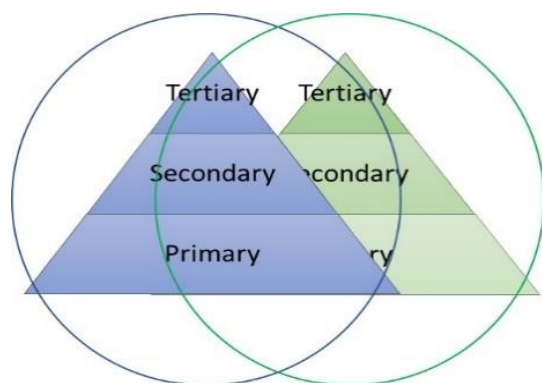


Figure 3. Potential interaction between public and private sectors



The Action Plan aims to create a single, unified, coherent response to the COVID-19 pandemic that integrates the public and private health sectors (see Figure 3). The intention is to ensure that care-seekers experience no material difference in terms of access or quality of services in public and private sector settings while being tested and treated for essential services during the COVID-19 outbreak. The Plan is organised around a simple framework to help governments plan to engage their local private health sector's *space, staff, stuff*, and *systems* to address the surge in demand through *supply-side* financing see Box 1).

Box 1. Private Sector Resources

- Space – infrastructure, facilities
- Staff – # and cadres
- Stuff – equipment, test, PPE supplies
- Systems – data, communication, referrals, transport, etc.
- Supply-side financing

Adapted from Paul Farmer, Partners in Health

Before outlining the Plan, it is essential to note that all LMIC governments will have to rapidly access additional funding for the COVID-19 response (see section 6 on supply-side financing, below). The first funding source is the government. The World Health Organization (WHO) has outlined recommendations on how government can leverage the range of budgetary mechanisms available (see <https://p4h.world/en/node/8821>). The second funding sources is the development sector. Development partners, such as the World Bank, United States Agency for International Development and a range of philanthropic foundations like the Bill and Melinda Gates Foundation, are reallocating their funds to address the pandemic in crucial 'hot spots' around the world.

Also, resources from the broader philanthropy sector may be available with a growing number of organisations, including those associated with banking, telecoms and other vital industries as well as individual philanthropists contributing to the response effort. Countries may wish to establish a task force, comprised of government officials and private sector leaders to mobilise funds from public and private sources for the response efforts. Such a task force could also be responsible for ensuring that funds are used effectively and efficiently, and for accounting for fund use.

The PSE Action Plan



Get organised to work together

Plan

1. Convene a high-level meeting with public and private sector representatives to determine if the private sector is willing to support the COVID-19 response and, if so, agree on how public and private actors will work together and in what areas during the response. Anchor public-

private dialogue within existing country policy dialogue mechanisms.

2. Conduct a rapid scoping exercise to identify private sector resources (e.g. space, staff, supplies and systems) and assess their relevance to the response effort.
3. Map out public and private resources, identify gaps, and define strategies to raise funds from public, private and international sources to address the funding shortfall.
4. Define roles, responsibilities and a definite 'division of labour' in the response effort (see 2.2 below) and the key terms for collaboration (e.g. via purchasing/contracting models).
5. Create mechanisms for fluid, transparent and continuous communication between the public and private sectors throughout the response.
6. Invite a select, but representative, group of private sector service delivery leaders from large and small- and medium-facilities to become part of the National Emergency Response Team and present at all government debriefings.

respiratory failure and other ICU conditions, and where?).

3. Reduce financial barriers to the population by identifying an appropriate and available partnership modes to engage private health facilities (see section 6, below).
4. Co-determine which public, private health facilities are best suited to respond to each level of care. In many LMICs, the private sector owns and operates well-equipped and well-staffed hospitals that comply with MoH quality standards. Establish volume/activity targets for each public and private facility based on forecasts of the disease's spread.
5. Similarly, the private laboratory sector – particularly, large chains such as Lancet in sub-Saharan Africa and ICMR in India – have strong capacity (e.g. state-of-the-art equipment, many points of service sites, a steady inventory of supplies, trained staff, etc.). Allow private labs to analyse tests as a matter of routine, referring complicated analysis to the MoH central lab.
6. Think beyond health care facilities and explore hotels, sports facilities, warehouses and schools to stage testing sites, erect quarantine services, isolation points and field hospitals and store emergency supplies.
7. Temporarily loosen laws and regulations to ensure private sector capacity can be used and to remove barriers to using private sector capacities, while maintaining quality and balance short term benefits & long term impact on the public health system.



Space

Secure private sector assets to increase surge capacity

1. Work with owners and managers of private health hospitals, labs, clinics and ambulance response services to conduct a rapid inventory of "space" resources (e.g. testing, lab diagnostics, ERs, ICUs, etc.).
2. As a cross-sector team, agree on how to organise levels of care needed to respond to COVID-19 (e.g. who will screen, and where? who will test, and where? who will analyse tests, and where? Who will treat patients with manageable symptoms, and where? Who will treat patients with



Staff

Mobilise and rationalise public and private health staff assignments according to need

1. MoHs should quickly draft COVID-19 clinical protocols and disseminate these to the entire private health sector so they can comply with them and become active participants in the response. Work with private sector leaders to disseminate the new protocols – as well as other critical information – using their own channels (e.g. through professional associations).
2. The MoH is responsible for the health and well-being of all healthcare providers.⁵ Make sure all private healthcare providers have the necessary equipment and supplies – particularly PPE and cleaning supplies, so they are safe while performing their tasks according to the clinical protocol.
3. Work with owners and managers of private health hospitals, labs and clinics to conduct a rapid inventory of “staff” resources (e.g. number, health profession, level of certification, etc.). Staff assessment can be done during the inventory of “space” resources (see 2.1).
4. Map all health staff (both clinical and support) to areas of intense demand, and the public or private facilities within those areas. Reassign staff between public and private facilities as needed.
5. If possible, map private providers in solo practices (e.g. physicians, clinical officers, nurses/midwives). Empower these practitioners to become “front-line” providers to screen and refer possible COVID-19 patients for testing and treatment to the appropriate public or private facility as well as treating other patients to tackle non-emergency related demand.

6. Involve staff in selected private sector facilities in rapid training of COVID-19 protocols. Encourage these providers to cascade the training within their own facility and, if possible, with other private providers in/near their private facility.
7. Be flexible in professional licensing to mobilise as many health staff as possible by relaxing certification requirements and/or fast-tracking certification of health workers. Examples may include allowing retired nurses and doctors to practice without a current license or allowing fourth-year medical students to carry out certain functions, such as monitoring ventilators, etc.
8. Ensure an adequate supply of non-clinical staff also critical to COVID-19 - such as security, cleaning, laundry, food - in both public and private health facilities. Allow both public and private facilities to temporarily hire more staff to fill these positions.
9. Work with the private sector leaders to keep their workforce informed about the progress of the disease, changes in strategy, and additional opportunities for them to coordinate with the public health team.

See Step on Supply Side Financing with respect to pay for staff.



Ensure all health facilities and staff have the supplies they need to respond to the crisis

1. Establish an “essential list” of equipment and supplies based on the new clinical protocols to be used by all providers.
2. Based on the essential list, assess the current supply of essential equipment and

⁵ See WHO guidelines on occupational safety and health of all health care workers at <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272583/retrieve>

supplies between the sectors, identify gaps from a whole health system perspective, and rationalise current supply according to need (can be done at the same time as 2.1 and 3.2).

3. Establish a pooled procurement mechanism to purchase supplies for all providers participating in COVID-19 response, minimising competition in demand and mitigate the risk of 'price gouging'. If not possible, explore the potential for the government to donate emergency supplies or extend subsidies (e.g. reduced prices) to private health providers.
4. Explore local capacity to manufacture essential medical equipment and supplies needed, given the unreliability of global supply during the pandemic. Possible examples include contracting: (i) businesses (e.g. sugar and distilleries) to develop hand sanitizer; (ii) clothing manufacturers to produce gowns and masks; and (iv) engineering firms to produce ventilators.
5. Rapidly put in place Guarantee Purchase Agreements to incentivise manufacturers to ramp up current production and/or re-purpose current manufacturing capacity.
6. Explore local private transport and warehouse companies' capacity to store and ship essential supplies to all facilities participating in COVID-19 response.
7. Be creative and explore non-health related logistics companies (e.g. soda and alcoholic beverage distributors, bus companies, pharmaceutical distributors) with expertise and capacity to rapidly move equipment, supplies and people.



Establish systems to integrate the public and private sector response effort



Supply-side

1. Create easy mechanisms (e.g. web-based and/or mobile technology) for the private sector to notify new cases to government authorities. Build on this system to share up-to-date and "real-time" data on the progress of the virus with the private health sector.
2. Establish a single communication channel with the private sector. In addition to the daily public debriefings that everyone can access, LMICs governments can set up an appropriate communication mechanism to interact with private providers working on the response to share critical information (e.g. clinical protocol, essential supply list, staffing, assignments, location of testing sites), updates on supplies, and changes in strategies for deploying space, staff and stuff.
3. Based on agreements regarding the organisation of care (see section 2), establish a transparent referral system and mechanism to transfer COVID-19 patients between public and private facilities as well as who (public or private) will tackle demand for other essential services during the outbreak.
4. The referral systems should, where possible, be complemented by telemedicine solutions (including teleradiology) to share expertise and minimise patient transfers.
5. Set up a logistics system that supports both public and private health facilities to ensure that all participating COVID-19 facilities have the supplies they need on a timely basis.

Supply-side financing

1. Identify appropriate and/or existing partnership models to engage private health facilities to cover their costs so that

no one is denied access to care in a private health care facility.

2. Possible mechanisms include (i) relaxing legislation governing procurement (e.g. review the Public Disposition Act) to purchase medical services; (ii) easing accreditation requirements under national/social health insurance schemes to empanel new/additional health facilities quickly; and (iii) allowing local governments to directly contract with private facilities under “state of emergency” laws to purchase essential capacity.
3. Get budgetary processes in place to rapidly pay private providers for assets and/or services on a volume-based prospective basis, thereby incentivising rapid scale-up of supply.
4. If purchasing is not an option, in extreme cases, the government may be required to temporarily requisition what is needed for the response effort.
5. Require that all private health insurance schemes cover all COVID-19 related costs. A post-crisis assessment can determine if the government will need to “bailout” the industry.
6. Consider other possible mechanisms to help defray private provider costs while participating in the emergency response, including (i) tax relief, and (ii) subsidised and/or (iii) donated inputs.

Conclusion

The COVID-19 crisis is leading to a surge in demand for health products and services that places even the best-resourced health systems under acute stress. Recent experiences in the countries with the largest outbreaks demonstrate that private sector capacity can play a crucial role in the response effort. As this Action Plan shows, partnering with the private

health sector requires governments to be (i) creative in the types of partnerships adopted, (ii) flexible in its application of regulations; and (iii) strategic in its attempts to cover the costs. Risks and challenges are inherent in acting swiftly in a context of uncertainty, but ultimately, patients will benefit if governments act to engage the private sector and collaboratively work together as partners in the fight against the COVID-19 pandemic. WHO is committed to supporting member states on how to implement this action plan over the coming months through technical documents with analysis of the evidence, best practices and experiences. These resources will link to other support and resources being developed by the WHO.

Acknowledgements

This document was written by Ms. Barbara O’Hanlon, a member of the WHO Advisory Group on the governance of the private sector, Dr Mark Hellowell, Director of Global Health Policy Unit at the University of Edinburgh, Ms Cynthia Eldrige of Impact for Health and David Clarke of WHO.

The following WHO staff also contributed to the preparation of this document, Dr Agnes Soucat, Dr Edward Kelley and Gerard Schmets.

WHO also thanks those who were involved in commenting on this guidance.

WHO continues to monitor the situation closely for any changes that may affect this interim guidance. Should any factors change, WHO will issue a further update. Otherwise, this interim guidance document will expire 2 years after the date of publication.

Un Plan d'Action pour Engager le Secteur Privé des Services de Santé dans la Réponse au COVID-19

L'OMS appelle tous les gouvernements à adopter une approche pangouvernementale intégrant l'ensemble de la société dans la réponse à la pandémie de COVID-19. Réduire la propagation du COVID-19 et mitiger son impact doit être une priorité pour les chefs d'états et leurs gouvernements.

La réponse doit être coordonnée avec les acteurs du secteur privé et de la société civile. L'OMS a développé ce guide provisoire pour aider les gouvernements dans leurs efforts pour engager le secteur privé dans le cadre d'une réponse à la pandémie intégrant l'ensemble de la société, et pour supporter les gouvernements dans leurs efforts pour maintenir les services de santé essentiels.

Ce guide provisoire est basé sur une ébauche de la Feuille de Route sur l'Engagement du Secteur Privé, développée en ce moment par le Groupe Consultatif de l'OMS sur la Gouvernance du Secteur Privé pour la Couverture Maladie Universelle.

<https://www.who.int/news-room/articlesdetail/public-consultation-on-the-draft-whoroadmap-engaging-the-private-health-sectorthrough-integrated-service-deliverygovernance-in-mixed-health-systems>

Contexte

Une des leçons les plus importantes apprises lors de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-16, c'est le besoin de rapidement mobiliser le système de santé tout entier, le secteur public et le secteur privé, dans la réponse à l'épidémie¹.

En réponse au COVID-19, l'OMS recommande aux gouvernements d'adopter une approche pangouvernementale intégrant l'ensemble de la société dans leurs efforts. Cette approche implique de puiser dans les capacités et ressources du secteur privé de la santé (incluant les prestataires commerciaux et à but non lucratif de produits et de services de santé). Puiser dans les ressources et capacités du secteur privé est critique car dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, le secteur privé de la santé fournit une significative proportion de services et de produits de santé. Par exemple, une recherche montre que le secteur privé est la source de soins dominante pour le traitement des enfants avec une fièvre ou une toux dans un ensemble de 70 pays à revenu faible ou intermédiaire². Une nouvelle recherche commissionnée par l'OMS en 2019 montre que le secteur privé fournit près de 40% des soins de santé dans la majorité des régions de l'OMS, et fournit même 62% des soins de santé dans la région méditerranée orientale (EMRO)³.

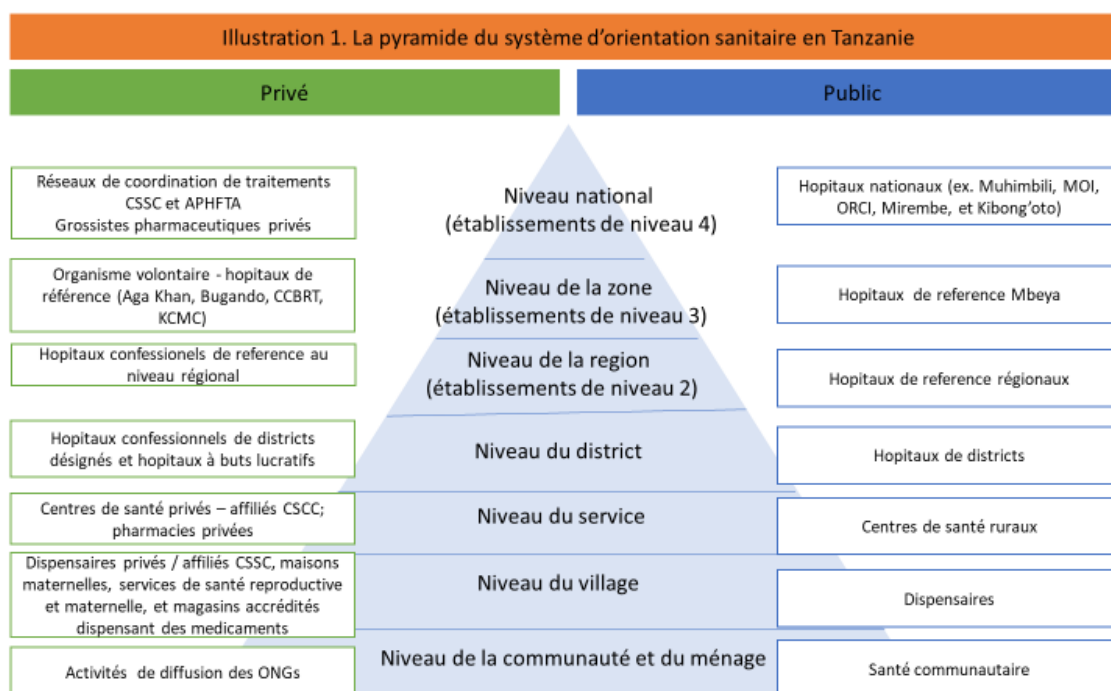
¹ Elston, J. W. T., Cartwright, C., Ndumbi, P., & Wright, J. (2017). The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. *Public Health*, 143, 60–70.

² Grepin, K. 2016. Private Sector an Important But Not Dominant Provider Of Key Health Services in Low- And Middle-Income Countries. *Health Affairs* 35, no.7. 1214-1221.

³ Dominic Montagu, and Nirali Chakraborty, Standard survey data: insights into private sector utilization, a technical report for WHO

Comme le montre l'illustration 1, avec le secteur privé représenté en vert et le secteur public en bleu, le secteur privé de la santé peut être présent dans de multiples secteurs de services, comme la santé communautaire et préventive, les soins de santé tertiaires et spécialisés, la production pharmaceutique ou la vente en pharmacie⁴. En cas d'urgence sanitaire, les activités du secteur privé de la santé doivent être alignées avec les efforts nationaux de réponse à l'urgence sanitaire. Par exemple, tous les prestataires publics et privés doivent notifier les cas de COVID-19, suivre des protocoles cliniques pour tester, isoler et traiter, et s'assurer que les barrières financières (et autres) à l'utilisation de soins sont éliminées. De plus, le secteur privé de la santé possède et gère des ressources qui peuvent contribuer à augmenter les capacités de réponse à la pandémie : établissements, professionnels de santé, équipements médicaux et fournitures essentielles (comme des équipements d'isolation, des ventilateurs, de l'oxygène, et des équipements de protection personnelle). Quand les ressources du secteur public sont insuffisantes pour gérer l'accroissement des demandes urgentes tout en maintenant les services de santé essentiels, les gouvernements doivent agir pour mobiliser toutes les ressources disponibles – y compris les ressources et les moyens du secteur privé. Ici, le secteur privé peut contribuer à la réponse et aussi aider au maintien des autres services de santé essentiels.

Le défi dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, c'est que le secteur privé et le secteur public opère dans deux sphères parallèles et séparées. De plus, le secteur privé de la santé est souvent fragmenté et désorganisé (voir illustration 2). **Ce plan d'Action pour l'Engagement du Secteur Privé présente quelques étapes concrètes que les gouvernements et les ministères de la santé peuvent suivre pour exploiter les ressources du secteur privé afin que les deux secteurs soient alignés et puissent agir de concert en réponse à l'épidémie de COVID-19, tout en atténuant les risques et les conflits d'intérêts.**



⁴ SHOPS Project. 2013. Tanzania Private Health Sector Assessment. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.

Le Plan d'Action vise à créer une réponse unique, unifiée et cohérente à la pandémie de COVID-19, intégrant les secteurs publics et privés (illustration 3). L'intention est d'assurer que les personnes ayant besoin de soins n'expérimentent aucune différence matérielle en termes d'accès ou de qualité de services, dans le secteur public ou privé, lorsqu'ils sont testés et traités pour des services essentiels durant l'épidémie de COVID-19. Le plan est organisé autour d'un simple cadre pour aider les gouvernements à engager *l'espace, le personnel, le matériel et les systèmes* pour remédier à l'augmentation de la demande au travers d'un financement de l'offre (voir box 1).

Figure 2: Interactions actuelles entre le secteur privé et le secteur public

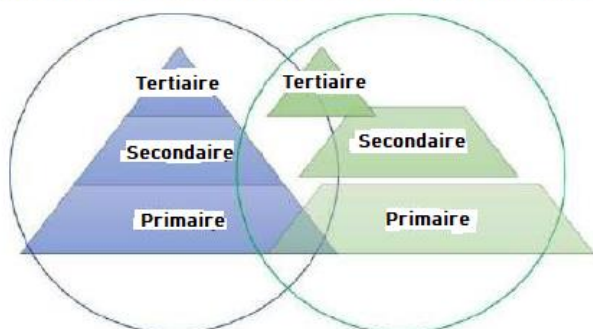
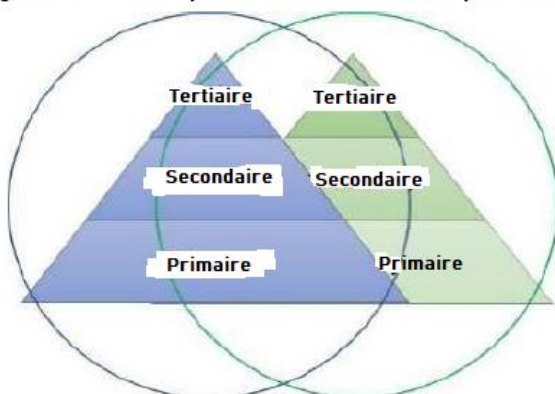


Figure 3: Interactions potentielles entre le secteur privé et le secteur public



Box 1 Ressources du secteur privé

Espace – Infrastructures, installations

Personnel – professionnels de santé, cadres

Matériel – équipements, tests, équipements de protection personnelle

Systèmes – données, communications, système d'orientation, transports, etc

Financement de l'offre

Avant de présenter le plan, c'est essentiel de noter que les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire vont devoir rapidement accéder à des financements supplémentaires pour la réponse au COVID-19 (voir section 6). La première source de financement est le gouvernement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a présenté des recommandations sur

comment les gouvernements peuvent exploiter un nombre de mécanismes budgétaires disponibles (voir : <https://www.who.int/news-room/detail/25-03-2020-how-to-budget-for-covid-19-response>).

La seconde source de financement est le secteur du développement. Les partenaires du développement, comme la Banque Mondiale, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International et une variété de fondations philanthropiques telles que la Fondation Bill et Melinda Gates, réaffectent des fonds pour répondre à la pandémie dans des zones cruciales autour du monde.

Aussi, des ressources venant du secteur philanthropique peuvent être disponibles grâce à un nombre grandissant d'organisations, du secteur bancaire, des télécoms ou d'autres industries vitales, ainsi que des philanthropes privés, qui contribuent à la réponse au COVID-19. Les pays peuvent espérer établir un groupe de travail, comprenant des officiels du gouvernement et des leaders du secteur privé, afin de mobiliser des fonds venant de sources publiques et privées pour la réponse au COVID-19. Un tel groupe de travail peut aussi être responsable pour assurer que les fonds sont utilisés de manière efficace et efficiente, et pour rendre compte de leur utilisation.

Le Plan d'Action pour l'Engagement du Secteur Privé



S'organiser pour travailler ensemble

Planifier

1. Convoquer une réunion de haut niveau avec des représentants du secteur public et privé pour s'accorder sur comment le secteur public et le secteur privé vont travailler ensemble, et dans quel domaine, durant la réponse. Ancrer le dialogue public-privé dans les mécanismes de dialogue politique existant.
2. Conduire une étude rapide afin d'identifier les ressources du secteur privé (ex. espace, personnel, fournitures, systèmes) et évaluer leur pertinence dans le cadre de la réponse.
3. Recenser les ressources publiques et privées, identifier les manques, et définir des stratégies afin de récolter des fonds venant de sources publiques, privées et internationales afin de résoudre le manque de fonds.
4. Définir les rôles, les responsabilités et la division du travail dans la réponse (voir 2.2) et les termes de la collaboration (ex. via un modèle d'achat, de contrat).
5. Créer des mécanismes pour une communication fluide, transparente et continue entre le secteur privé et le secteur public tout au long de la réponse.
6. Inviter un groupe de leaders représentatifs du secteur privé de la prestation de service de santé, venant de petits, moyens et grands établissements, pour faire partie d'une équipe nationale d'intervention d'urgence et être présent lors des réunions de briefings du gouvernement.



Espace

Sécuriser les ressources du secteur privé pour augmenter la capacité de réponse

1. Travailler avec les propriétaires et les managers des hôpitaux, laboratoires, cliniques et services ambulatoires privés pour conduire un inventaire rapide des ressources en terme « d'espace » (ex. unités de soins intensifs, urgences, laboratoires).
2. En tant qu'équipe intersectorielle, s'accorder sur comment organiser les différents niveaux de soins pour répondre au COVID-19 (ex. qui évalue, et où ? qui teste, et où ? qui analyse les tests, et où ? qui traite les patients avec des symptômes gérables, et où ? qui traite les

patients avec des défaillances respiratoires et autres conditions requérant une unité de soins intensifs, et où ?).

3. Réduire les barrières financières à la population en identifiant un mode de partenariat approprié et disponible pour engager les établissements du secteur privé (voir section 6).
4. Co-déterminer quels établissements publics ou privés sont les plus à même de répondre à chaque niveau de soins. Dans beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire, le secteur privé détient et opère des hôpitaux bien équipés et bien dotés en personnels qui respectent les standards de qualité du ministère de la santé. Etablir des objectifs de volume et d'activité pour chaque établissement public et privé sur la base des estimations sur la propagation de la maladie.
5. Le secteur privé des laboratoires – particulièrement, les grandes chaînes telles que Lancel en Afrique Sub-Saharienne et ICMR en Inde – dispose de fortes capacités et ressources (ex. équipements de pointe, plusieurs points de services, un inventaire régulier du stock, du personnels entraînés, etc.). Permettre aux laboratoires privés d'analyser les tests de manière routinière, et transférer les analyses complexes au laboratoire central du ministère de la santé.
6. Penser au-delà des établissements de santé et explorer les hôtels, les établissements sportifs, les entrepôts et les écoles afin de mettre en place des sites de tests, des services de quarantaines, des points d'isolations et des hôpitaux de campagne, et d'entreposer du matériel d'urgence.
7. Assouplir temporairement les lois et réglementations pour enlever les barrières à l'utilisation du secteur privé et s'assurer que les moyens du secteur privé puissent être utilisés, tout en maintenant la qualité et en trouvant une balance entre les bénéfices à court terme et l'impact à long terme sur le système de santé publique.



Mobiliser et rationaliser les affectations des personnels de santé du public et du privé en fonction des besoins

Personnel

1. Les ministères de la santé doivent rapidement écrire des protocoles cliniques pour le COVID-19 et les diffuser à **tout** le secteur privé de la santé afin qu'il le respecte et devienne un participant actif dans la réponse au COVID-19. Travailler avec les leaders du secteur privé afin de diffuser les nouveaux protocoles – ainsi que d'autres informations critiques – en utilisant leurs propres réseaux (ex. au travers des associations professionnelles).
2. Les ministères de la santé sont responsables pour la santé et le bien-être de **tous** les prestataires de santé⁵. S'assurer que les prestataires du secteur privé ont les équipements nécessaires – particulièrement les équipements de protection personnelle et les fournitures de nettoyage, pour qu'ils soient en sécurité lorsqu'ils effectuent leurs tâches conformément au protocole clinique.
3. Travailler avec les propriétaires et les managers des hôpitaux privés, des laboratoires et des cliniques, afin de conduire un inventaire rapide des ressources en termes de personnels (ex. nombre, professions, niveau de certification, etc.). L'inventaire du personnel peut être fait en même temps que l'inventaire pour les ressources « espace ».
4. Recenser tous les professionnels de santé (personnels cliniques mais aussi de soutien) dans les domaines de demandes intenses, et les établissements public et privés dans ces

⁵ Voir guide de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272583/retrieve>

mêmes domaines. Réassigner les personnels entre les secteurs publics et privés si besoin.

5. Si possible, recenser tous les prestataires de santé privés pratiquant seuls (ex. les médecins, les infirmières). Habilitier ces professionnels à devenir des prestataires de première ligne afin d'examiner et de référer de possibles patients COVID-19 pour qu'ils soient tester et soigner dans les établissements de santé publics ou privées les plus appropriés, et de soigner les autres patients afin de traiter les demandes non urgentes.
6. Impliquer le personnel de certains établissements de santé privés dans une formation rapide au protocole du COVID-19. Encourager ces professionnels à diffuser les informations dans leurs établissements ainsi que dans les établissements proches.
7. Être flexible sur les questions relatives aux licences professionnels afin de mobiliser le plus de personnels possibles, en assouplissant certaines exigences et / ou en mettant en place une procédure accélérée pour la certification de professionnels de santé. Par exemple, permettre aux infirmières et médecins retraités de pratiquer sans licence ou permettre aux étudiants de quatrième année d'effectuer certaines fonctions comme surveiller les ventilateurs.
8. Assurer un approvisionnement adéquat de personnels non-cliniques également critique pour la réponse au COVID-19 – par exemple les personnes de sécurité, d'entretien, de ménage, d'alimentation – dans les établissements publics et privés. Permettre aux établissements publics et privés de temporairement engager plus de personnels afin de remplir ces positions.
9. Travailler avec les leaders du secteur privé afin de garder leurs personnels informés des progrès de la maladie, des changements de stratégies, et des opportunités pour eux de coordonner avec l'équipe de santé publique.

Voir « financement » concernant le paiement du personnel.



Matériels

Assurer que les établissements de santé et leurs personnels ont les équipements nécessaires pour répondre à la crise

1. Etablir une liste des équipements et fournitures essentiels devant être utilisés par les fournisseurs de soins de santé sur la base des nouveaux protocoles cliniques.
2. Sur la base de cette liste, évaluer les stocks de ces équipements et fournitures essentiels entre les secteurs privés et publics, identifier les manques sur la base d'une perspective englobant tout le système de santé, et rationaliser les stocks actuels en fonction des besoins (cela peut être fait en même temps que l'inventaire pour le personnel et les « espaces »).
3. Etablir un mécanisme d'achats groupés afin d'acquérir les fournitures nécessaires pour tous les prestataires intervenant dans la réponse au COVID-19, minimisant ainsi la compétition et le risque de gonflement des prix. Si ce n'est pas possible, explorer la possibilité pour le gouvernement de donner des fournitures d'urgence et d'étendre des subventions (ex. prix réduits) aux prestataires de santé du secteur privé.
4. Explorer les capacités locales de fabrication des équipements médicaux et fournitures essentielles, étant donné le caractère peu fiable de l'approvisionnement durant les pandémies. Par exemple, il est possible de contracter : (i) certaines entreprises (ex. distilleries) pour produire du désinfectant pour les mains ; (ii) des fabricants de vêtements afin qu'ils produisent des blouses et des masques, (iii) des entreprises d'ingénierie afin de produire des ventilateurs.

5. Mettre en place rapidement des conventions d'achats garantis afin d'encourager les fabricants à augmenter leur production actuelle et / ou à réorienter leur production actuelle.
6. Explorer la capacité des sociétés privées de transport et des compagnies de stockage à stocker et à envoyer des fournitures essentielles à tous les établissements participants à la réponse au COVID-19.
7. Etre créatif et étudier des entreprises non liées à la santé (ex. distributeurs de boissons, compagnies de bus, distributeurs pharmaceutiques) concernant leur expertise et leur capacité à rapidement déplacer des équipements, des fournitures et des personnes.



Système

Etablir des systèmes afin d'intégrer les secteurs publics et privés dans la réponse

1. Créer des mécanismes faciles (ex. basés sur internet et / ou sur la technologie mobile) pour que le secteur privé puisse notifier de cas de COVID-19 aux autorités gouvernementales. Construire un système pour partager des données à jour et en temps réel sur les progrès du virus avec le secteur privé de la santé.
2. Etablir une unique voie de communication avec le secteur privé. En plus de briefings publics quotidiens que tout le monde pourrait accéder, les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent mettre en place un mécanisme de communication approprié pour interagir avec le secteur privé travaillant sur la réponse pour partager des informations critiques (e.g. protocoles cliniques, liste des fournitures essentielles, effectifs, affectations, localisation des sites de tests, mise à jour des stocks, et changements de stratégies pour déployer les espaces, les staff et les matériels).
3. Sur la base d'accords concernant l'organisation des soins (voir section 2), établir un système d'orientation transparent et un mécanisme pour transférer les patients atteint du COVID-19 vers les établissements publics ou privés concernés, et pour gérer la demande pour les autres services de santé essentiels durant l'épidémie.
4. Le système d'orientation doit, si possible, être complété par des solutions de télémédecine (incluant de la télé-radiologie) afin de partager l'expertise et minimiser les transferts de patients.
5. Mettre en place un système logistique qui supporte les établissements de santé publics et privés pour s'assurer que tous les établissements qui participent à la réponse au COVID-19 ont les fournitures dont ils ont besoin en temps opportun.



Financement de l'offre

Financement de l'offre

1. Identifier des modèles appropriés et / ou existant de partenariats avec le secteur privé afin de couvrir leurs frais et d'assurer que personne ne se voit refuser l'accès aux soins de santé dans un établissement privé.
2. Mécanismes possibles incluent : (i) assouplir les législations gouvernant l'approvisionnement et l'achat de services de santé ; (ii) alléger les critères d'accréditation pour les régimes d'assurance sociale / les régimes nationaux d'assurance afin d'inclure de nouveaux établissements de santé rapidement et ; (iii) permettre aux gouvernements locaux de conclure des contrats avec les établissements privés sous couvert de la loi relative à l'état d'urgence afin d'acheter des moyens essentiels à la réponse.
3. Mettre des processus budgétaires en place afin de payer rapidement les fournisseurs privés pour leurs biens et / ou leurs services sur la base d'un volume pressenti, afin d'encourager une rapide augmentation de l'offre.

4. Si l'achat n'est pas une option, dans des cas extrêmes, le gouvernement peut être requis de temporairement réquisitionner ce qui est nécessaire pour la réponse au COVID-19.
5. Exiger que **tous** les régimes d'assurance santé privés couvrent **tous** les coûts liés au COVID-19. Une évaluation après crise permettra de déterminer si le gouvernement doit renflouer l'industrie.
6. Considérer d'autres mécanismes possibles pour aider à rembourser les fournisseurs privés de leur frais pendant qu'ils participent à la réponse, incluant (i) allègement d'impôts, et (ii) contributions subventionnées et / ou (iii) données.

Conclusion

La crise du COVID-19 mène à une augmentation de la demande pour des produits et des services de santé qui place même les systèmes de santé disposant des ressources les plus importantes sous pression. De récentes expériences dans des pays avec de larges épidémies ont démontré que le secteur privé peut jouer un rôle crucial dans la réponse. Comme le montre ce plan d'action, s'associer avec le secteur privé de la santé demande que le gouvernement soit (i) créatif dans le type de partenariat adopté ; (ii) flexible dans son application des réglementations ; et (iii) stratégique dans ses efforts pour couvrir les coûts. Les risques et les défis sont inhérent à une action rapide dans un contexte incertain, mais au final, tout le monde en bénéficiera si le gouvernement agit pour engager le secteur privé et pour travailler en collaboration, comme partenaires, dans la bataille contre la pandémie de COVID-19. L'OMS s'engage à soutenir les états membres sur comment mettre en œuvre ce plan d'action dans les prochains mois au travers de documents analysant les preuves, les bonnes pratiques et les différentes expériences.

Remerciements

Ce document a été écrit par Mme Barbara O'Hanlon - membre du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Gouvernance du Secteur Privé pour la Couverture Maladie Universelle, Dr Mark Hellowell – Directeur de l'unité de santé publique à l'université d'Edimbourg, Mme Cynthia Eldridge – Impact for Health, et M. David Clarke - OMS.

Dr Agnès Soucat, Dr Edward Kelly et M. Gérard Schmets de l'OMS ont également contribué à la préparation de ce document.

L'OMS remercie les leaders des secteurs privés et publics autour du monde qui ont été impliqués dans la préparation de ce document.

L'OMS continue de surveiller la situation de près, notamment concernant des changements qui pourraient affecter ce document. Si un élément change, l'OMS publiera une mise à jour. Sinon, ce document expirera deux ans après la date de publication.

© Organisation Mondiale de la Santé 2020. Certains droits réservés. Ce document est disponible sous la licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.