

THE **AFRICAN** HEALTH MONITOR

ISSUE 17 • JULY 2013 • A SERIAL PUBLICATION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR AFRICA • ISSN 2077 6128

SPECIAL ISSUE:
HEALTH FINANCING IN THE AFRICAN REGION





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Africa

The African Health Monitor

Issue 17 • July 2013



© WHO-AFRO, 2013

Articles may be reproduced for noncommercial purposes by citing at least the authors' names, title of article, year of issue and name of magazine (*African Health Monitor*, World Health Organization Regional Office for Africa). For all other uses, permission for reproduction should be sought by sending an email request to the Editorial Office at AHM@afro.who.int.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either express or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization or its Regional Office for Africa be liable for damages arising from its use.

The contents of this publication do not necessarily reflect official WHO views. Some papers in this publication have not passed through formal peer review.

Contents

Editorial: Health financing in Africa	1
Luis Gomes Sambo	
AFRO support for a policy dialogue to develop health financing systems and move towards universal health coverage in Africa	2
Laurent Musango, Riku Elovainio and Bokar Toure	
Financial risk protection in the African Region	4
Laurent Musango, Priyanka Saksena and Bokar Toure	
Strategies towards universal health coverage in Rwanda: Lessons learned from extending coverage through mutual health organizations	6
Laurent Musango, Andrew Makaka, Diane Muhongerwa, Ina R Kalisa and Riku Elovainio	
Is universal health coverage via a national health insurance scheme financially feasible in Zanzibar?	11
Maximillian Mapunda, Juliet Nabyonga, Ole Doetinchem and Riku Elovainio	
La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon : Un chemin vers la couverture universelle	15
Aboubacar Inoua et Laurent Musango	
Exemption du paiement direct des soins d'urgences au Tchad 2007–2010 : Une étape vers la couverture sanitaire universelle	20
Seydou O Coulibaly et Hamadou Nouhou	
Une approche novatrice pour progresser vers la couverture universelle au Burundi : Intégration du financement basé sur la performance et de la gratuité des soins	25
Laurent Musango, Olivier Basenya et Riku Elovainio	
Long-term effects of the abolition of user fees in Uganda	30
Juliet Nabyonga, Maximillian Mapunda, Laurent Musango and Frederick Mugisha	
Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso	36
J Edouard O Doamba, Alexandre Ouedraogo et Priyanka Saksena	
Rapport sur les dépenses catastrophiques et l'impact des paiements directs sur l'appauvrissement des ménages : Cas de la Mauritanie	41
Mohamed Mahmoud Ould Khatry, Taleb Ely Ould Taleb Ahmed et Kelly Aminata Sakho	
Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011	46
Magor Sow, Malick Diop, Arona Mbengue, Abou AW, Farba Lamine Sall, Abibou Cissé, Badou Sonko, Ousseynou Diop, Sokhna Gaye et Priyanka Saksena	
News and events	51
Abstracts	54

The *African Health Monitor* is a quarterly magazine of the World Health Organization Regional Office for Africa (WHOAFRO). It is a multilingual publication with peer reviewed articles in English, French and Portuguese.

The aim of the *African Health Monitor* is to promote and facilitate evidence-based policy and decisions to strengthen programmes for health promotion, protection and restoration in the African Region. In order to achieve its aim, the *Monitor* publishes articles that monitor health situations across the region, discuss trends and track progress toward the health-related Millennium Development Goals and other internationally agreed-upon goals. It disseminates relevant and scientifically rigorous public health information and interventions carried out in the Member States with the cooperation of AFRO technical programmes.

Comments on published articles and suggestions for new papers are welcome. Prospective authors should follow the *Monitor* style guidelines, which can be obtained by contacting the Editorial Office at AHM@afro.who.int or by using this intranet link <http://intranet.afro.who.int/guidelines/ahm.pdf>

Editorial

Health financing in Africa



Health is now recognized as a key aspect of human and economic development, and health financing as a major function of a health system, whose objectives are to make funding available and ensure that all have access to effective health services.

An examination of the health financing situation in Africa reveals that countries will need to increase their investment in health and remove financial barriers to accessing health care through a number of innovative approaches, including compulsory prepayment and risk pooling mechanisms. Improving health financing in the Region will require several actions: the development of comprehensive health financing policies, plans and strategies; a move towards universal health coverage (UHC); institutionalizing national health accounts (NHA); and monitoring efficiency. It will also require strengthening financial management skills at all levels, as well as implementing the 2008 *Paris Declaration on Aid Effectiveness* with all international partners and the 2012 *Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector*.

The African Regional Office of WHO has taken a number of steps to support Member States in their implementation of these actions. Among others, it has developed a regional health financing strategy and supported countries in their development of health policies and strategies to move towards universal health coverage. It has also helped several countries compile and institutionalize their national health accounts, and developed an action plan to support the implementation of the Tunis Declaration.

Recently, participants from the African Regional Office, the WHO Headquarters in Geneva, non-profit organizations and representatives from ministries of health and finance in the Region were involved in the development of several technical and policy-related analyses and reports focusing on key aspects of health financing in the African Region. The results of this work are now available in this special issue of the *African Health Monitor*.

There are three aspects to universal health coverage: access to all health services needed; efficient and effective quality services; and the absence of financial hardship (or financial risk protection) discussed in the second article – the use of health services should not come at the expense of other essential necessities.

The 11 articles published in this edition of the Monitor were all finalized during an intensive one-week workshop organized by the Health Financing programme of the African Regional Office of WHO. Gathering experiences from English- and French-speaking countries, this issue focuses on a combination of evidence and reforms related to health financing and identifies key areas for future policy development in the African Region.

The challenges that countries face when implementing reforms and actions are numerous and often relate to financial, administrative and political aspects that fall beyond the health sector. The first article discusses AFRO's support for an inclusive policy dialogue towards universal health coverage involving all key governmental and non-governmental actors, emphasizing the importance of creating a discussion space between the ministries of health and ministries of finance in particular.

There are three aspects to universal health coverage: access to all health services needed; efficient and effective quality services; and the absence of financial hardship (or financial risk protection) discussed in the second article – the use of health services should not come at the expense of other essential necessities.

Five articles look at the implementation of specific national health financing interventions and reforms, with a particular focus on evaluation and highlighting lessons learned. These include the review of the health insurance reform and extension of coverage through mutual health organizations in Rwanda; the process of planning a health insurance to contribute towards universal coverage by the Government of Zanzibar (United Republic of Tanzania); the implantation of mandatory health insurance through the National Health Insurance and Social Security Fund of Gabon; the exemption from direct payment for emergency care in Chad between 2007 and 2010; and an innovative approach towards universal health care in Burundi that integrates free health care and performance-based financing. A further article reviews the outcomes, over a ten-year period, of the removal of user fees in the health sector in Uganda.

The last three articles highlight the relationship between out-of-pocket payments and catastrophic health expenditure and their impact on impoverishment and health services utilization in Burkina Faso, Mauritania and Senegal.

I trust that this special issue on health financing will be useful to country and regional policy-makers as well as academics.

Luis Gomes Sambo, Regional Director



AFRO support for a policy dialogue to develop health financing systems and move towards universal health coverage in Africa

Laurent Musangoⁱ, Riku Elovainioⁱⁱ and Bokar Toureⁱ

Corresponding author: Laurent Musango, e-mail: musangol@afro.who.int

Creating a discussion space between the the ministries of health and the ministries of finance to support policy dialogue towards universal health coverage

Session of the Assembly of the African Union (AU) on 24 July 2010 in Kampala, Uganda and the second on 28 March 2011 in Addis Ababa, Ethiopia as part of the AU Conference of Ministers of Economy and Finance. A third panel discussion took place on 30 September 2011 during the 61st session of the WHO/AFRO Regional Committee in Yamoussoukro, Côte d'Ivoire.

WHO/AFRO has been actively involved in the organization of several cross-ministerial panel discussions gathering participants from ministries of health and of finance and other high-level officials. The first took place during the 15th

On 4–5 July 2012, WHO/AFRO, through the Harmonization for Health in Africa (HHA) initiative together with WHO/EMRO, co-organized a conference in Tunis, Tunisia, which was attended by over

SUMMARY—Accelerating progress towards the goal of universal health coverage (UHC) calls for concrete actions to reinforce health systems and health financing mechanisms. Challenges that countries face when implementing these reforms and actions are numerous – they relate to financial, administrative and political aspects that often fall outside the health sector. In order to overcome these challenges and bottlenecks and to push the UHC agenda forward on all the fronts, countries will need to rely on policy dialogues that are inclusive of all the key actors. Within this larger policy dialogue, which integrates all the government (central ministries and other institutions) and non-government actors, one of the key elements is the relationship between the Ministry of Health (MoH) and the Ministry of Finance (MoF).

Voir page 54 pour le résumé en version française.

Ver a página 54 para o sumário em versão portuguesa.



i Health Systems and Services Cluster, WHO, Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo

ii Department of Health Systems Financing, WHO, Geneva, Switzerland



40 African health and finance ministers. The conference concluded with the Tunis Declaration, a “call for strengthened policy dialogue towards UHC between MoH and MoF, development partners, parliamentarians and civil society”.² The conference also adopted a framework document to support the country level implementation of the Tunis Declaration (on value for money, sustainability and accountability in the health sector).

Finally, several African countries were involved in the joint MoH-MoF meeting on UHC co-organized by WHO and the World Bank in Geneva from 18–19 February 2013.³

Lessons learned from the MoH-MoF discussions

The issues discussed at the different cross-ministerial events represent the key questions over which the policy articulation between MoH and MoF is particularly important. Both parties have acknowledged that countries in the African continent suffer from low public health spending which has resulted in low service coverage rates and in catastrophic health expenditures.⁴

The MoH-MoF discussions have shown that common understanding on what UHC is, and how to get there, is still lacking among these stakeholders and that MoH (and other health sector actors) need to further improve their arguments in dealing with MoF regarding the need to increase investment in health in order to effectively move towards UHC.

While inadequate funds for health is seen as a fundamental problem in the African Region, inefficient use of resources is




also a source of concern. The MoH-MoF discussions have revealed a large consensus that moving towards UHC not only requires increased funding, but also efficient use of existing resources.

In general, the discussions have revealed several points of convergence and divergence between MoH and MoF.⁵ These two actors still have different “natural instincts”, cultures, mandates and objectives. This calls for increasing national and international efforts to reinforce collaboration between these two institutions within the larger policy dialogue towards UHC.

Moving forward

AFRO will continue to support the process of improving the policy dialogue to orient African countries towards UHC. Together with its HHA partners, AFRO will support implementation of the Tunis Declaration by organizing regional seminars aimed at MoH, MoF and other key stakeholders. WHO/AFRO will also organize a new panel discussion at the 63rd Regional Committee in September

2013 aimed at deepening reflection on how to address the current challenges and bottlenecks in the move towards UHC. This panel discussion will broaden the debate to ministries of planning, ministries of social affairs and other key actors. It will focus on the key issues for policy dialogues:

- creating a common understanding of the concept of UHC;
- sharing country experiences on UHC reforms; and
- proposing recommendations on how to drive the policy dialogue in countries towards effective UHC reforms. 

References

1. WHO Regional Office for Africa. *Health Harmonization for Africa*, report of the panel discussion on health financing developments, WHO, 2012.
2. www.hha-online.org/hso/conference
3. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2013/uhc_20130219/en/index.html
4. WHO Regional Office for Africa. *The State of Health Financing in the African Region*. Discussion paper for the interministerial conference “Achieving results and value for money in health”, 2012.
5. Musango L *et al.* “Moving from ideas to action – developing health financing systems towards universal coverage in Africa”, *BMC International Health & Human Rights*, 12:30, 2012.



Financial risk protection in the African Region

Laurent Musangoⁱ, Priyanka Saksenaⁱⁱ and Bokar Toureⁱ

Corresponding author: Laurent Musango, e-mail: musangol@afro.who.int

There are two aspects to universal health coverage: access to all the quality health services needed and the absence of financial hardship.¹ Monitoring access to health services has been on the radar of health policy-makers for some time. Investment in multiple instruments, notably demographic and health surveys, has made this useful information regularly available to guide policy in many countries. However, there is still much to know about services other than those for reproductive, maternal and child health and additional investment in routine information systems could be very useful. Additionally, information on the quality of care is also urgently needed.

The other key aspect of universal health coverage – the absence of financial hardship associated with seeking care – has also emerged as an important assessor of health systems performance since 2000.² The absence of financial hardship, or financial risk protection, is the embodiment of the notion that the use of health services should not come at

the expense of other essential necessities such as nutritious food or children's education.

Comparable indicators of financial risk protection, both from a time series as well as an international perspective, have simplified the task for analysts.³ However, the data necessary for this type of exercise are still missing in many countries, or are not collected regularly enough. In other countries, the ministries of health still have not fully committed to monitoring financial risk protection.

Catastrophic health expenditure in the region

The availability of evidence on financial risk protection in the African Region is limited. To date, fewer than 20 countries have produced data on financial risk protection using the methodology developed by WHO.⁴ Excluding the four countries with detailed reports on catastrophic health expenditure

SUMMARY—The absence of financial hardship (as well as the availability of quality health services) is a necessary prerequisite for universal health coverage. Information on this indicator is not widely available in the African Region. However, with support from WHO methodology some countries are now producing reports on catastrophic health expenditure. The findings are used to inform policy development on such issues as user fees and the expansion of prepayment and pooling mechanisms designed to encourage UHC. This article looks at studies from Burkina Faso, Mauritania, Senegal and Uganda, which show a number of interesting findings and also the positive impact of targeted policies in improving financial risk protection.

*Voir page 54 pour le résumé en version française.
Ver a página 54 para o sumário em versão portuguesa.*



i Regional Office for Africa, World Health Organization, Brazzaville, Congo
ii World Health Organization, Geneva, Switzerland

presented in this edition of the *African Health Monitor*, the average catastrophic health expenditure in the remaining countries with available data is around 3.0%, with a range extending from almost 0% to around 8%. However, this figure still hides important disparities: the incidence among the poorest quintiles in these countries was over 4.5%, while it was less than 2% in the richest quintiles. Impoverishment due to out-of-pocket (OOP) health expenditures was around 1%.⁴

While these figures may not seem large, if applied to the whole region, they imply that more than 25 million Africans face catastrophic health expenditures, while over 8 million are impoverished due to OOP health expenditures. These numbers become even more daunting when we consider how many people, particularly poor people, must have forgone the use of health services due to financial barriers to access. Indeed, the situation of vulnerable populations is particularly worrying, as highlighted in the four studies on catastrophic health expenditures in this issue.

But this information on financial risk protection has been used constructively in many countries. The state of financial risk protection has influenced a wide range of policies on issues such as user fees, availability and cost of pharmaceutical products and, of course, the expansion of prepayment and pooling mechanisms aimed towards achieving universal health coverage. Indeed, without up-to-date information on financial risk protection, the need for and impact of these and other health systems policies is not evident. In the end, even with good intentions, the only way to be sure about being on the path to universal health coverage is through investing in monitoring and evaluation, including in this important domain of financial risk protection.

Evidence from Burkina Faso, Mauritania, Senegal and Uganda

The four studies on catastrophic health expenditures presented in this issue of the *African Health Monitor* highlight this key point. The study from Mauritania found

that despite the existence of coverage mechanisms for the poor, such as the waiving of user fees, the burden from OOPs is most pronounced among the poor. In fact, in all four countries, it is the poor who are most at risk of catastrophic health expenditures. The study from Uganda also found that the removal of user fees is not necessarily sufficient in the short term to reduce the incidence of catastrophic health expenditure – it needs to be accompanied by other mechanisms in order to be translated into a reduced burden from OOPs. In some of these studies, others factors – such as households with disabled members, those with female heads, those living in rural areas or with members who were hospitalized – were also found to be more at risk of facing catastrophic health expenditure. In the three West African countries, the incidence of catastrophic health expenditure ranged from 1.43% to 4.11% among all households, while impoverishment was between 1.52% and 1.78%.


The three West African studies also indicate that medication accounts for the biggest share of OOPs, which is something that is often not adequately appreciated by policy-makers. At the same time, hospitalizations also create financial problems for households. More positively, these studies support the beneficial effect of certain policies. For example, evidence from Burkina Faso and, to a certain extent, Senegal suggests that households with children under five are better protected from catastrophic health expenditure, which could be linked to policies targeted towards providing free care for children in these countries.

Finally, these studies also highlight that, in addition to being most at risk of catastrophic health payments, the poorest households – who often live in rural areas – also use health services the least. In addition to the financial barriers, geographic and other types of barriers could also explain this effect. Indeed, the study from Mauritania found that the burden from transportation expenditures could be significant. Removal of these barriers would increase the use of health services, but may also increase the incidence of catastrophic health expenditures, particularly among the

poorest. Policies should thus envisage not only improved access to health services, but also better financial protection for all.

Ownership of the evidence and the study process

Overall, these studies provide much food for thought for policy-makers. The ministries of health of the countries where the studies were conducted have been involved and have provided guidance from the very beginning, so as to align the studies with their information needs. All the actors involved in the studies also benefitted from the involvement of the WHO, which provided extensive knowledge transfer and technical assistance to build national capacity for these studies. Additionally, these studies gained greatly from the fruitful collaboration between analysts at national statistical offices and the policy-makers and specialists in the ministries of health. This process has led to full ownership of the results at the country level, as well as a commitment to use information on financial risk protection in guiding and evaluating policy.

Indeed, all countries in the African Region should aim to monitor and evaluate financial risk protection in their own settings, with a view towards achieving universal health coverage. The WHO continues to strive to support countries in this through customized knowledge transfer and other follow-up activities, as was done for these four countries. To this end, WHO is planning to organize another workshop on household survey analysis for monitoring financial risk protection. More information can be obtained on this and other related activities from the WHO's Regional Office for Africa. 

References

1. World Health Organization. *The world health report 2010 – health systems financing: the path to universal health coverage*, WHO, Geneva, 2010.
2. Murray CJL and Evans DB (eds). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, WHO, Geneva, 2003.
3. Xu Ke et al. "Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis", *The Lancet*, 362, 2003, 111–7.
4. Xu Ke et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*, World health report (2010), background paper 19, WHO, Geneva, 2010.



Strategies towards universal health coverage in Rwanda: Lessons learned from extending coverage through mutual health organizations

Laurent Musango,ⁱ Andrew Makaka,ⁱⁱ Diane Muhongerwa,ⁱⁱⁱ Ina R. Kalisa^{iv} and Riku Elovainio^v

Corresponding author: Laurent Musango, e-mail: musangol@afro.who.int

Rwanda, situated in central Africa, experienced war and genocide in 1994. These tragic events contributed to the deterioration of infrastructure and services, including in the health system. As soon as the war ended, Rwanda undertook its reconstruction and many initiatives and innovations were initiated, some of which have resulted in positive outcomes. The health insurance system is one such example of satisfactory performance.¹

The health system has undergone several reforms, leading to the current high level of coverage, notably through mutual health organizations. In an initial first phase, between 1999 and 2001, a MHO pilot project was implemented in three districts. This was followed by a second phase that saw the extension of these initiatives between 2002 and 2005 to other districts either by political and administrative authorities, health providers or high-profile personalities. This resulted in a third phase, starting in 2006 and still on going, which witnessed a broad-based review on how to take advantage of a MHO approach to expanding the health insurance system nationwide with the aim of providing universal health coverage.

Rwanda's approach to extend health insurance coverage through MHOs has

been the subject of particular attention at both regional and international level. Several articles have presented MHO schemes as innovative financing mechanisms, focusing specifically on household fund collection, risk pooling and purchase of services from providers.² Recent studies have presented the results achieved, in terms of population coverage, improved access and avoidance of catastrophic health expenditure.^{3,4,5}

While it is true that the introduction of MHOs in Rwanda is a recent experience that is still facing many challenges – notably in terms of financing and risk pooling – its overall performance is generally deemed positive.⁶ In fact, substantial progress has been made towards the attainment of the main targets of universal health coverage – reduction of financial barriers for better access to health services and cutting of catastrophic health expenditure.

This article proposes to review a number of the “lessons learned” with a view to identifying the specific strategies adopted by the Government of Rwanda to achieve such performance. It presents ten strategies that can be of relevance in other countries or contexts. The section on discussions is aimed at better understanding the “strategies”, and focusing attention on the validation of good practices.

SUMMARY—Rwanda has undertaken several health sector reforms over the last two decades. One of particular interest is the health insurance reform and extension of coverage through mutual health organizations (MHOs). This strategy and its implementation is analysed in this article with a view to highlighting good practices or lessons learned, based on experience on the ground and on existing literature, that could be used in other countries. This report shows that it is possible to achieve health insurance coverage in countries such as Rwanda where the informal sector is as large as 90% of its total population. Ten good practices were identified as lessons learned and these are deemed to be key factors in moving towards universal health coverage in Rwanda and should be supported and reinforced in order to sustain the improvements in health care access.

*Voir page 54 pour le résumé en version française.
Ver a página 54 para o sumário em versão portuguesa.*

i Regional Office for Africa, WHO, Brazzaville, Congo
ii Ministry of Health, Kigali, Rwanda
iii Health Systems and Innovation Cluster, WHO, Rwanda office
iv School of Public Health, Rwanda
v Health Systems and Services Cluster, WHO, Geneva, Switzerland

Methodology

A desk review of the studies and reports cited above was undertaken, in parallel to discussions with the government authorities and other stakeholders to review the MOH approach and its role and function within the overall health financing system. To strengthen the analysis, the strategies that were identified were matched with available literature and compared with the good practices identified by other experts involved in other policy processes. Such comparisons enabled us to determine to what extent the choices and operational processes adopted in Rwanda were allied to possibly more generic practices in other parts of the world. Efforts were also made to verify to what extent the strategies adopted in Rwanda are referred to in scientific literature on health insurance extension through MHOs implemented in other low or middle-income countries. This dual comparison prompted reflections on the external validity of lessons learned in Rwanda.

Results – the ten best practices identified

1. Selection and management of destitute people

A strategy namely *ubudehe* (collective work) was devised to select and manage destitute people in order to determine MHO contribution subsidizations and exemptions. This approach is based on traditional values aimed at rallying the people around a collective and shared effort, with a view to improving their social conditions. In the past, the population living in the same smallest village level unit used to organize themselves to work in farms and build houses for poor people. Building on this practice was recognized and encouraged by some of the country's development partners. Under the new organization, the community identifies destitute people itself and determines the assistance they need. The participation of government and development partners involves sending aid to such organized population groups that have identified their own needs, within the overall context of poverty alleviation.

In a bid to determine the social category of each household at the village level for deciding on the MOH contribution exemptions and subsidizations, discussions were carried out within communities on the notion of poverty, its causes and consequences. The community

itself defined the various categories of rich/poor among its members and identified criteria for allocating community members to the various categories. The number of categories identified and their characteristics are described in Table 1.

Table 1. Household classification criteria for identifying destitute people using the *ubudehe* approach

Population group	Characteristics
<i>Abatindi nyakuja</i> (people living in abject poverty)	This group of people own no property, live from begging and the assistance of other people and consider that death would be a relief.
<i>Abatindi</i> (very poor people)	These people are homeless and lack food, access to food is not easy but they are able to work for other people in order to survive. They are poorly clothed and own no land or livestock.
<i>Abakene</i> (poor people)	These people depend on food deficient in nutrients, own a small plot of land, have low production and cannot afford to send their children to secondary school.
<i>Abakene bifashije</i> (less poor people)	These people own a small plot of land, some livestock, a bicycle and produce an average quantity of food; their children can attend secondary school and they face fewer difficulties accessing health care.
<i>Abakungu – jumba</i> (rich people because they have food)	This group of people own large areas of land, can afford a balanced diet and live in decent homes. They employ other people, own livestock and their children can easily attend university.
<i>Abakire</i> (rich people because they have money)	This group comprises people who have a bank account, can access bank loans, own a beautiful house, a car, livestock, fertile lands, sufficient food and have permanent employees.

Source: Ministry of Public Administration and Social Protection, "Ubudehe" programme, Kigali, Rwanda.



2. Resource mobilization mechanisms for the granting of microcredit to facilitate MHO subscription

Microcredits are granted to beneficiaries without any obligation of guarantee; only the moral guarantee of the administrative authority is required by *banques populaires*.⁷ Credits are granted annually, either to individuals, households, groups or associations. They are repaid over a 12-month period at an interest rate of 4%. It should be noted that the negotiations which led to these arrangements took place between the Government and the *banques populaires* which cover the entire national territory. This method is aimed at helping the population pay their MHO contribution in a single instalment. Information obtained from the banks show that 96% of debtors repay their debt regularly, without any delay. Another option would be to combine health insurance credits with loans for income-generating activities in communities organized within cooperatives. This enables people not only to borrow, work and repay collectively, but also reduces the insolvency risks related to credits granted only for health insurance.

3. Establishment of a legal framework for the operation of health insurance in Rwanda

The various health insurance schemes, including MHOs, in Rwanda were governed by several legal instruments: firstly, the decree of 15 April 1958 relating to “mutual organizations” which remained in force until 2006. Later, from 2006 to April 2008, a ministerial order set out the provisions of the law that was tabled before parliament for enactment, relating to the coordination of MHO expansion activities. Finally, Law No. 62/2007 of 30 September 2007 setting up compulsory health insurance in Rwanda was enacted in April 2008 and published in the Official Gazette of the Republic of Rwanda. This law sets out provisions relating to the creation, organization, operation and management of health MHOs within the strategy of extending health insurance coverage in Rwanda. It stipulates in Section 33 that: “Any person residing in Rwanda shall be bound to health insurance.

Any foreigner entering the country or territory of Rwanda shall also be bound to health insurance within a time limit not exceeding 15 (fifteen days)”. The application of this law, however, depends on ministerial orders that are still being prepared.

4. Decentralization and separation of functions

In the context of decentralization, district mayors sign performance contracts with the Presidency of the Republic. These contracts relate to four main elements:

- good governance;
- justice;
- economic development; and
- promotion of the well-being of the population.

For each element, the performance indicators to be assessed at the end of every year are defined. Performance indicators relating to MHOs are among the main indicators regarding the promotion of well-being of the population. Consequently, mayors are encouraged to sensitize communities on the importance of MHOs in order to satisfy these indicators.

The recent decentralization process in Rwanda divided the country into 30 districts. As MHOs are developed according to districts, there are 30 MHOs in the country at the health centre level, there is a MHO branch in each health centre and at a lower level, that is, at the level of cells and communities (*imidugudu*), committees are set up to sensitize people on the need to subscribe to MHOs.

5. Development of human resources and establishment of management bodies

Several committees have been established at different levels:

- a) The MHO Technical Support Unit (CTAMS), set up at the Ministry of Health, provides support for the development of MHOs, facilitates experience sharing between districts and improves policies and strategies. The unit is also responsible for gathering MHO-related data, operational research, as well as training and dissemination of good practices. CTAMS has a staff of nine people, including a coordinator, a project

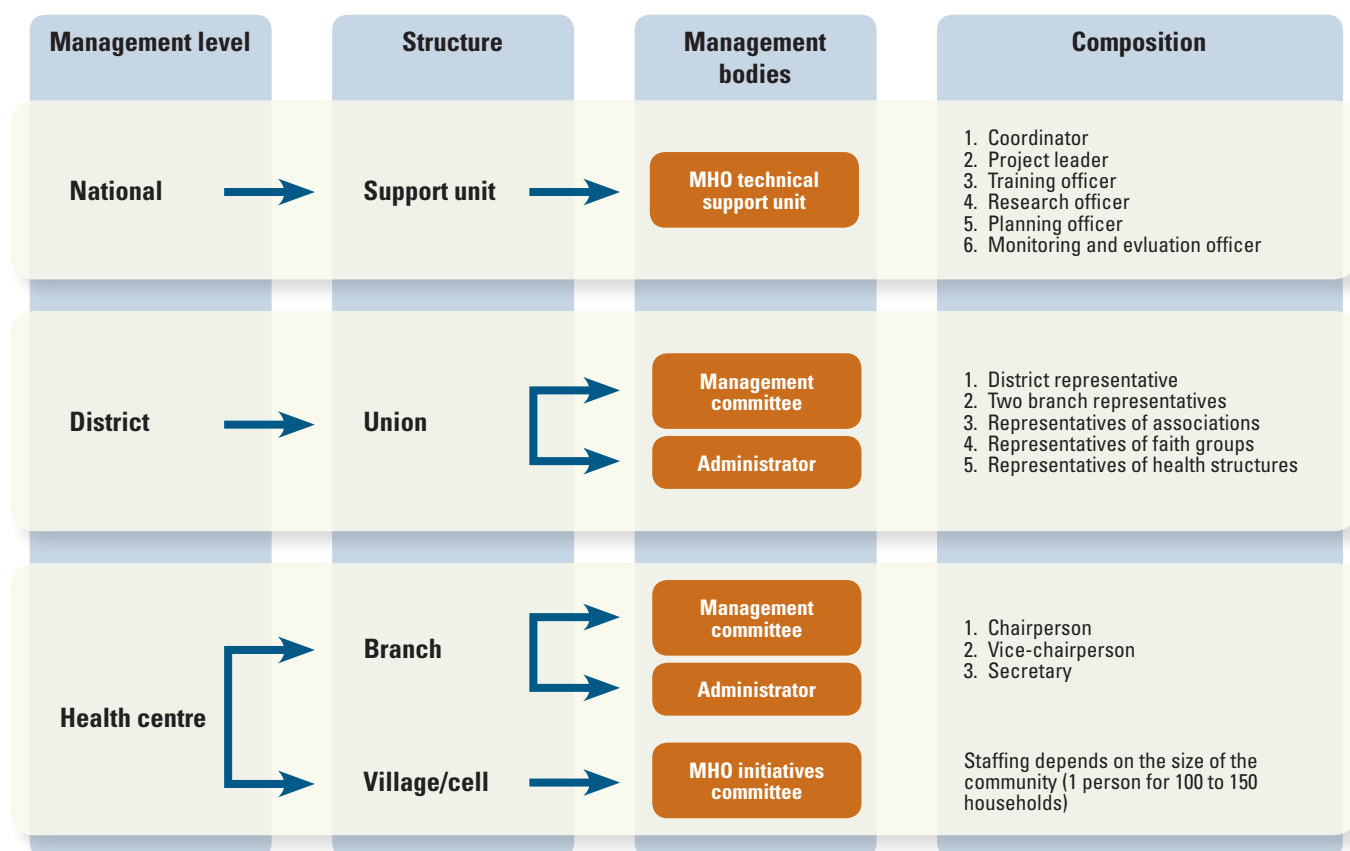
leader, a training officer, a research officer, a planning officer, a monitoring and evaluation officer, an accountant and a stocks manager.

- b) At the district level, there is a board of directors and a manager. The board is composed of seven people, and board members are elected for a term of three years, renewable once. The manager is a permanent officer in charge of the daily management and monitoring of health insurance activities in the district.
- c) At the branch level, there is a management board composed of five people, notably: the chairperson, the vice-chairperson, the secretary and two advisors, each from a sector. They are elected for a term of two years, renewable once.
- d) Finally, at the level of villages and communities, there are MHO committees in charge of sensitizing the community. Their staffing depends on the size of the community; on average, one person is responsible for 100 to 150 households. Figure 1 shows MHO management bodies at the various levels.

6. Upgrading of services provided to MHO subscribers

During the pilot phase, the health services provided to MHO subscribers were limited to minimal services proposed by health centres and complementary services offered by district hospitals. During the second phase, the system was similar, although complementary services could vary between the MHOs, and the contribution amounts were not the same. MHO subscribers complained about the gaps in coverage in comparison with the existing health insurance schemes for formal sector workers and civil servants (RAMA and MMI). Those covered by these schemes could access care in district and referral hospitals. With the advent of risk pooling between the district MHOs during the third phase (see next section on resource mobilization), community or district MHO subscribers could also access care in district and referral hospitals. This enabled the mobilization of additional resources for MHOs and is greatly appreciated by subscribers, as well as being an incentive to subscribe to a MHO since subscribers are entitled to

Figure 1. MHO management bodies and their composition at various levels of the health pyramid



the same services as those in the formal sector, except private health providers and pharmacies.

7. Mobilization of additional financial resources to support MHO initiatives

Several sources of financing are directed towards MHO support, in particular, member contributions that account for a large share of resources, government support and partner assistance. The Government of Rwanda allocates a budget to MHO strengthening. The funds are used for the operation of MHOs and district level inter-branch pools. The Government also negotiated with partners to secure their financial contribution to the MHO mechanism. The Global Fund, in the context of the 2005 Round 5, granted the Government of Rwanda US\$ 34 million over a five-year period to subsidize the coverage of complementary services in district hospitals and the MHO subscription of people living with HIV (PLWHIV). Such funds are also used to subsidize

MHO contributions of destitute people. Table 2 presents the contributions of the Government and the Global Fund to MHO strengthening.

Negotiations between the Government of Rwanda and its partners extended to include other development partners, e.g. US cooperation (USAID), German

cooperation (GIZ), Belgian cooperation (CTB), International Labour Organization (ILOSTEP), Dutch cooperation, Swiss cooperation, the European Union, World Bank, WHO and UNICEF. Such financial support enabled broadening of the scope of coverage to include services at referral hospitals.

Table 2. Contribution of the Government of Rwanda to health insurance strengthening through the Global Fund and under the state budget

Contributions (US\$ ^a)			
	2008	2009	2010
Subsidization of health insurance contributions of destitute people (basic and complementary services)	714 250	646 024	5 202 400
Subsidization of health insurance contributions of "poor people" (for complementary services)	937 166	1 098 278	6 094 316
Subsidization of health insurance contributions for orphans (basic and complementary services)	74 359	69 244	545 741
Subsidization of health insurance contributions for PLWHIV (basic and complementary services)	121 677	125 784	971 912
Total	1 847 452	1 939 330	12 814 368
Government contribution (US\$) under the state budget			
Total financial flows for health care	4 048 169	7 409 543	11 193 705

8. Raising community awareness on the importance of MHO coverage

Political and administrative authorities use various channels to raise awareness: popular gatherings, church services, community labour, etc. Officials from the MHO management bodies use the opportunity offered by these mass gatherings to transmit messages regarding MHOs.

CTAMS has produced a number of brochures on MHOs and has sent them to district MHO offices for dissemination. Sensitization messages are aired on national radio and bi-weekly television programmes, even where the number of viewers is limited – only 3.9% of the population owns a television.⁹

Finally, in the context of sensitization efforts, it should be noted that each year the Ministry of Health organizes a health insurance day during which it awards prizes to the best MHOs.

9. Synergy between MHOs and other health system processes with a view to improving health care quality and political leadership

Other health system mechanisms, including performance-based financing (PBF) and quality assurance (QA), have developed in Rwanda and synergies between the various approaches could facilitate their institutionalization. For instance, the increase of service utilization due to MHOs will also have a positive impact on the quantitative indicators used in the context of PBF and thus leads to increased funding flows to health facilities that operate under a PBF contract with the Government.

Regarding quality assurance, the strategy facilitates continuing supervision and technical audit which, additionally, is useful for the management of MHOs and PBF.

10. Political leadership and involvement of political and administrative authorities in extending coverage through MHOs

The Government of Rwanda is involved at the highest level in the promotion of

universal health coverage. It has already been mentioned that the Presidency of the Republic signs contracts with district mayors with a view to meeting certain indicators.

Within the framework of performance contracts signed between the Presidency of the Republic and districts, an annual evaluation is conducted to ensure the effectiveness of the performance indicator relating to social well-being (see point 4 on decentralization and separation of functions). Mayors who fail to comply with the performance commitments undertaken with the Presidency of the Republic are expected to resign. The practice of performance assessment thus encourages political and administrative authorities to undertake commitments that they have a duty to honour, for the benefit of the population, at risk of losing their position.

Conclusions and recommendations

The support from the Government of Rwanda to the MHO approach deserves particular attention. The high level of government involvement that characterized the establishment of the MHO schemes enabled the population to understand the importance of pooling risk and created public support of the MHO approach. Today, the population adheres strongly to the MHO system but in the years ahead, there will be a need to strengthen ownership by the population in order to sustain MHOs in Rwanda.

Performance of health facilities is not due to a single strategy but rather to a combination of different strategies, including: MHO, PBF and AQ.

It is also worth noting that households constitute a major direct source of MHO financing. Financial viability therefore depends on the capacity and will of households to pay to these mechanisms. Consequently, contribution costs should remain affordable and the various mechanisms enabling the population to mobilize funds strengthened. In fact, new mechanisms, such as the classification of populations in income categories, depending on their capacity to pay, should

be reinforced and sustained in order to consolidate the system. Support from development partners for subsidizing the contributions of destitute people and PLWHIV remains significant. Hence, the Government should continue to mobilize both domestic and external resources for strengthening these subsidization mechanisms. Combining further innovation in the contribution categories according to capacity to pay of households and consolidating the subsidization policies could lead to resource mobilization in line with Rwanda's economic development and growth in the long run. External support will also be indispensable to accompany the process in the foreseeable future.

Lastly, it is incontrovertible that research is a useful instrument that needs strengthening in order to improve universal health coverage and the mechanisms to achieve it, and to enable political leaders to defend their policy decisions on the basis of reliable facts. 📄

References

1. Musango L. *Organisation et mise en place des mutuelles de santé : Défi au développement de l'Assurance Maladie au Rwanda*, Université Libre de Bruxelles/Ecole de Santé Publique, thèse de doctorant, Bruxelles, 2005.
2. Schneider P *et al.* *Pilot testing prepayment for health services in Rwanda: Results and recommendations for policy directions and implementation*, Partnerships for Health Reform, Technical Report no. 66, Bethesda, 2001.
3. Kayonga C. *Towards Universal Health Coverage in Rwanda*, Briefing Summary Notes, Brookings Global Economy and Development, 2007.
4. De Rebecca Donauer, Elsa Kleinschmager, Faustin Murangwa et Florence Touly. *Rwanda : une assurance-maladie pour tous*, ARTE GEIE, France 2011.
5. Priyanka Saksena *et al.* "Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on access to care and financial risk protection", *Health Policy* 99, 2011, 203–209.
6. *Idem* 5.
7. The Rwandan Government, with support from Swiss technical cooperation, developed a network of *banques populaires* throughout the national territory. Farmers can deposit their money and the bank requires no minimum amount for opening an account. This bank also grants credits to its members at an interest rate of 4%, contrary to commercial banks where the interest rate is between 12% and 18%.
8. The institutions in charge of the Global Fund contributions are: CTAMS and Imbuto Fondation (for orphans and PLWHIV).
9. Ministry of Finance and Planning, 2002.



Is universal health coverage via a national health insurance scheme financially feasible in Zanzibar?

Maximillian Mapunda, Juliet Nabyonga, Ole Doetinchem and Riku Elovainio
Corresponding author: Maximillian Mapunda, e-mail: mapundam@tz.afro.who.int

Zanzibar is a state within the United Republic of Tanzania. The Ministry of Health (MoH) in Zanzibar collaborated with the President's Office of Public Service and Good Governance (PoPSGG), the President's Office of Finance, Economy and Development Planning (PoFEDP), the Zanzibar Social Security Fund (ZSSF), the Zanzibar Insurance Corporation (ZIC) and the Office of Chief Government Statistician (OCGS) from June 2011 to September 2012 to undertake a feasibility study on the introduction of a health insurance scheme as an option to finance health care in Zanzibar. The financial feasibility assessment consisted of calculating and projecting revenues and expenditures of the scheme from 2013 to 2021. Quantitative data from government and other sources and qualitative data from discussions with health financing stakeholders were gathered.

The team selected to lead the implementation of the health insurance scheme in Zanzibar was led jointly by the directors of the MoH and the PoPSGG and included representatives from each collaborating institution. It also included a consultant recruited to conduct a training workshop on SimIns – a health insurance simulation that allows the financial forecasting and evaluation of the financial feasibility of health insurance.

The purpose of the study was to provide a solid foundation upon which policy-makers could make an informed and evidence-based decision on the establishment of a health insurance scheme in Zanzibar as an element of health financing reform for UHC in Zanzibar. Moreover, the findings of this study can be used to design features

of a potential health insurance scheme in Zanzibar.

Methodology

The financial sustainability assessment of the proposed scheme made use of macroeconomic, health and demographic data. The key data required for the macroeconomic input were GDP and its growth rate, a measure of inflation, interest rates, national account data as well as public finances, i.e. general government revenues and expenditures by different categories. Most of these data were obtained from the Office of the Chief Government Statistician Zanzibar (OCGSZ), using its March 2012 statistical report.¹

Other documents consulted were the OCGSZ household budget survey 2009/10, for the household consumption data and the World Economic Outlook Database of the International Monetary Fund for the US dollar inflation estimates as of April 2012.

The health care data needed for the study centred on variables that can explain what drives the cost of covering health care services by a health insurance scheme. Information on public and private expenditures was also used, although the estimate for total private expenditure on health had to be estimated in the absence of concrete data. For the preliminary scenarios the group used the approximate ratio of public to private expenditure on health from the Tanzanian mainland² and applied it to the total government expenditure on health as taken from the public expenditure review reports, thereby making the working assumption

SUMMARY—The Government of Zanzibar is in the process of planning a health insurance scheme expected to contribute towards the aim of universal health coverage (UHC). The scheme is expected to be implemented either as part of or in collaboration with the Zanzibar Social Security Fund (ZSSF). The Zanzibar Social Security Fund Act, 1998, specifies that ZSSF is to pay medical benefits to its members and the health insurance is one way of fulfilling this legal requirement. Current coverage of ZSSF includes formal sector employees only – both public and private, however, for UHC the access to health services and financial protection of the entire population must be considered. A study to assess the financial feasibility of national health insurance (NHI) in Zanzibar was undertaken using the SimIns (health insurance simulation software) tool in July 2012. This article reports on that assessment. There is strong indication that health insurance in Zanzibar is financially feasible in the medium term leaving policy-makers with some room for designing the technical aspects of a health insurance within the financial parameters, i.e. population and costs, leaving the other dimension on health services access to be considered separately.

*Voir page 54 pour le résumé en version française.
Ver a página 54 para o sumário em versão portuguesa.*



patient is assumed to pay twice that of an outpatient in user fees.

Most of the population data were obtained from the OCGSZ economic survey, whereas the workforce data predominantly came from ZSSF/POFEDD/POPSG annual reports and database. The data sets were analysed using the SimIns tool, which helps analyse the basic financial mechanisms of health insurance. Its principal use is in financial projections for social health insurance.

Results

Four SimIns scenarios for health insurance in Zanzibar have emerged on the basis of the data inputs described in the previous section, each varying in terms of population coverage and payment into health insurance.

Scenario 1 models a simple policy of mandatory enrolment of all working in the formal sector of the economy into the health insurance, while excluding the rest of the population. This scenario translates into a population coverage level of 16.4%. The contribution rate entered into the model corresponds to 3% of gross wages. As a result, the first scenario has only a modest impact on the overall structure of health expenditure in Zanzibar, which currently registers only around 5% of total health expenditure. In other words, the insurance as such would have little impact on the way health services are financed for the population as a whole, but would improve access to services for the formal sector.

In terms of financial feasibility, the projection shows a probable large surplus for the health insurance under the configurations of Scenario 1. As detailed in Table 1 the insurance is estimated to

that the ratio of total private expenditure on health to total public expenditure on health in Zanzibar is the same as that on the Tanzanian mainland.

Health care services were categorized by types of facilities and by in- and outpatient services. For each category utilization rates were calculated using full head counts of patients from every facility, as provided by the MoH Health Management Information System (HMIS).³

Data estimating the average cost per health service came from two principal sources: the 2007 review of the essential health care package (EHCP review)⁴ for primary-level care (PHCUs); and the MOH medium-term expenditure framework for secondary and tertiary health care. It is important to note that it was decided not to include the cost of personnel in the calculation of average cost per health service, as the current policy of having basic salaries paid directly by the government is expected to continue and thus does not affect the health insurance bottom line.

The EHCP review provided costs for PHCUs by input type. To estimate the part of the cost that is funded from

MoH budgets, the team assumed that maintenance costs and 40% of drugs and supplies would represent the government-funded share of the cost.

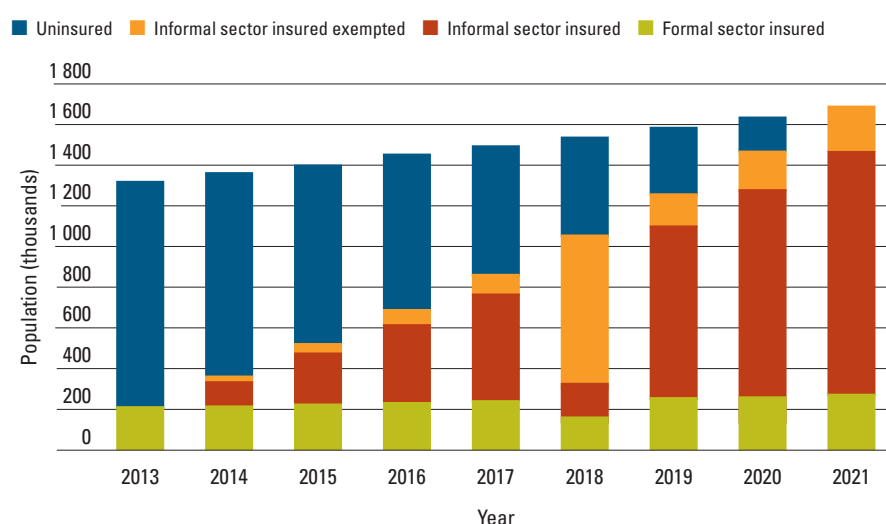
For secondary and tertiary health care services, data from the Medium-Term Expenditure Framework (MTEF)⁵ was used to estimate average costs. For this, the MTEF expenditure was added by health care facility type (which did not include human resources either) and cost-sharing revenue, before receiving the limitation of budget figures from the MoF. To estimate the government-funded share of this cost, the sum was compared with MTEF following the budgetary figures provided by MoF. Non-food inflation data from OCGSZ were used to standardize figures using 2011 as the base year.

As the MTEF data do not distinguish between outpatient (OP) and inpatient (IP) services, a working assumption of the two as IP/OP cost ratio was applied to the total sums, to be able to artificially split the cost into these health care categories. Thus, the preliminary scenarios assume that admissions are, on average, twice as costly as outpatient cases. The same assumption was applied to cost-sharing data, i.e. an admitted

Table 1. Scenario 1: Health insurance revenue and expenditure (in TZS millions, constant prices)

Scenario 1	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Revenue from contributions	6 203	6 116	6 030	5 945	5 862	5 779	5 698	5 618	5 539
Revenue from interest on reserves		10	20	29	38	46	54	61	68
Expenditure on health care services	1 861	1 919	1 978	2 039	2 103	2 168	2 235	2 304	2 376
Expenditure on administration and reserves	279	288	297	306	315	325	335	346	356
Balance of the fund (deficit [-] / surplus [+])	4 063	3 920	3 775	3 629	3 481	3 332	3 181	3 029	2 875
Surplus as a percentage of total revenue	66%	64%	62%	61%	59%	57%	55%	53%	51%

Figure 1. Simulated population coverage in scenarios 2 to 4



have a surplus worth 66% of total revenue in the first year, i.e. only a third of all revenues would be spent as expenditure on health care services for the insured and as administrative costs. This ratio of revenues to expenditures would decline during the projection period to about 50%, i.e. the health insurance would spend one Tanzanian shilling (TZS) for every two TZS in revenue.

Scenario 2 (and the following scenarios) builds on Scenario 1 by adding a gradual expansion of population coverage to include the informal sector of the economy in addition to the formal sector. In scenarios 2 to 4, the health insurance covers the entire formal

sector in the first year of operation and is then modelled to extend coverage to the rest of the population gradually, until full coverage is reached in 2021. The informal sector is assumed to pay a flat contribution of TZS 60 000 per year per household, with an increase of TZS 20 000 every three years. In this scenario, it is assumed that 13.2% of the total population would be exempt from contributions, a percentage that corresponds to the estimate of the poor in the population, who are assumed to be part of the informal sector. Figure 1 shows at a glance the resulting population coverage by groups over the projection period. This coverage projection forms the basis of scenarios 2 to 4.

With health care cost and utilization variables unchanged from Scenario 1, this scenario also runs an estimated surplus. However, with the addition of the informal sector, the ratio of revenue to expenditure declines to 33% by the end of the projection period. This still represents an enormous surplus for a health insurance scheme, as can be seen in Table 2.

Scenario 3 adds a further dimension to the projection by varying the cost (in real terms) of health care. Concerns can arise about the quality of care that the health care system is able to provide. Consequently, this scenario looks at the likely implications of using the introduction of health insurance to increase the amounts spent on care, continuously by 50% over and above inflation. The scenario thus assumes that measures to implement improvements in health service quality will be put in place concurrently with health insurance expansion, and that the health insurance disbursements will fund these measures. The results as projected by SimIns are shown in Table 3. Even with these high cost assumptions, the projection remains in surplus for all but the last year of the projection period.

Finally, **Scenario 4** adds a co-payment to the projection while keeping all other variables the same as in Scenario 3. The amount of co-payment is modelled on

Table 2. Scenario 2: Health insurance revenue and expenditure (in TZS millions, constant prices)

Scenario 2	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Revenue from contributions	6 203	8 328	10 190	13 767	15 667	17 303	21 950	23 444	24 693
Revenue from interest on reserves		10	27	49	77	111	151	197	249
Expenditure on health care services	1 861	3 144	4 505	5 947	7 474	9 090	10 799	12 605	14 513
Expenditure on administration and reserves	279	472	676	892	1 121	1 364	1 620	1 891	2 177
Balance of the fund (deficit [-] / surplus [+])	4 063	4 723	5 036	6 978	7 150	6 961	9 682	9 145	8 252
Surplus as a percentage of total revenue	66%	57%	49%	51%	45%	40%	44%	39%	33%

Table 3. Scenario 3: Health insurance revenue and expenditure (in TZS millions, constant prices)

Scenario 3	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Revenue from contributions	6 203	8 328	10 190	13 767	15 667	17 303	21 950	23 444	24 693
Revenue from interest on reserves		12	31	59	97	145	205	277	363
Expenditure on health care services	2 104	3 741	5 656	7 869	10 382	13 264	16 483	20 093	24 201
Expenditure on administration and reserves	316	561	848	1 180	1 557	1 990	2 472	3 014	3 630
Balance of the fund (deficit [-] / surplus [+])	3 784	4 038	3 717	4 777	3 825	2 195	3 199	614	-2 775
Surplus as a percentage of total revenue	61%	48%	36%	35%	24%	13%	14%	3%	-11%

Table 4. Scenario 4: Health insurance revenue and expenditure (in TZS millions, constant prices)

Scenario 4	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Revenue from contributions	6 203	8 328	10 190	13 767	15 667	17 303	21 950	23 444	24 693
Revenue from interest on reserves		11	29	56	92	138	195	263	345
Expenditure on health care services	1 984	3 543	5 365	7 471	9 867	12 612	15 675	19 120	23 033
Expenditure on administration and reserves	298	531	805	1 121	1 480	1 892	2 351	2 868	3 455
Balance of the fund (deficit [-] / surplus [+])	3 921	4 265	4 050	5 232	4 412	2 938	4 118	1 719	-1 450
Surplus as a percentage of total revenue	63%	51%	40%	38%	28%	17%	19%	7%	-6%

current cost sharing levels, by taking the proportion of cost sharing revenues from all revenues from the MTEF data. As can be seen from Table 4 the difference in expenditure by the health insurance is relatively modest.

Discussion and conclusions

The four scenarios presented in this article provide a snapshot of the possible financial evolution of health insurance for Zanzibar, on the basis of readily available data and clear assumptions. Looking beyond the specific figures shown, the projections provide several useful pointers about the financial feasibility of health insurance in Zanzibar, including the strong indication that health insurance in Zanzibar is financially feasible in the medium term. The Government now needs to explore the willingness and the ability/capacities of the providers and employers to participate in the scheme.

All of the scenarios project a financial surplus, and a very considerable one in some cases. Even Scenario 3, in which the highest levels of health expenditures are modelled, shows a surplus that lasts for eight years. This leaves policy-makers with some room for designing the technical aspects of a health insurance (scheme) that would remain within acceptable financial parameters.

A key question for policy-makers concerns how national health insurance (NHI) will impact on the three UHC axes – population, costs and health services. Whereas the first scenario models coverage of the formal sector only, the other scenarios look at the implications of reaching full population coverage thus meaning that NHI would be an important vehicle for attaining UHC. Regarding

the cost axis of UHC, modifying co-payments may modify the scheme and its financial viability but this could have a negative effect on achieving the objective of population coverage of UHC. Besides the population and cost aspects, policy-makers will also have to include in their projections the health services package that will meet universal health coverage goals.

In terms of population coverage, it should not be assumed that a health insurance scheme must cover all. However, the health implications of insurance should be considered for both the population group that is covered and the group that is not. In other words, should a formal sector health insurance be pursued, it is equally important to ensure that the informal sector retain the same access and quality to health care as the formal sector. This could, for example, be funded via transfers from the health insurance surplus to the publicly accessible health care services, or through increases in public funding to the health system. The same would be true for an insurance system that aims to cover the entire population: the health needs of the population groups of the informal sector should not be neglected during the years before full coverage is reached.

The projections show that, in the medium term, the financial equilibrium of a health insurance scheme can be threatened by inflation. The health insurance revenue is based on income and a flat rate for the informal sector set by policy-makers. In all scenarios it is clear that without changes in inflation, sooner or later cost control measures would have to be considered for the health insurance and/or revenue increased via higher contributions or subsidies. The crucial variables here, those of wage growth, inflation and

formalization of the working population, are outside the direct influence of the health sector.

The results of this study reflect the current thinking on health insurance in Zanzibar. The variables used in the projections include the issues of population coverage (who should be covered), the contribution levels (e.g. is 3% of wages acceptable and feasible) and others. It is important that all stakeholders be consulted in the process of establishing whether these variables reflect a consensus. Such consultations should also seek to establish how a health insurance policy fits into the wider health sector strategy of Zanzibar, which also includes delivery of health services.

In addition, it is recommended that assessment of the technical details of how a potential health insurance scheme would be set up and run be started. This would include issues of technical feasibility, organizational set up, infrastructure, human resources and health services expansion capacities that are available or need to be built. The NHI plans need to be seen in the light of UHC and not in isolation, and it should be recognized that different scenarios for NHI will need different actions in a number of other areas of intervention. 🗨️

References

1. Government of Zanzibar. *Zanzibar Health Sector Public Expenditure Review*, Ministry of Health and Social Welfare, 2010.
2. WHO. Global Health Expenditure Database, 2012; United Republic of Tanzania National Expenditure on Health (<http://apps.who.int/nha/>).
3. Government of Zanzibar. Health Management Information Systems pivot tables, Ministry of Health, 6 July 2012.
4. Bijlmakars L et al. *Review of the essential health care package in Zanzibar*, Partners in International Health, 2007.
5. Tanzania National Bureau of Statistics. *Tanzania Demographic and Health Survey (TDHS)*, 2010.
6. Government of Zanzibar. *Zanzibar Health Bulletin*, Ministry of Health, 2010.
7. Government of Zanzibar. *Zanzibar Labour Force Survey*, Office of the Chief Government Statistician, 2008.

Le numéro facile

CNAMGS

8889

Pour toutes informations
questions ou préoccupations

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon : Un chemin vers la couverture universelle

Aboubacar Inoua et Laurent Musango

Auteur correspondant : Aboubacar Inoua, e-mail : inouaa@afro.who.int

Le Gabon est un pays d'Afrique Centrale avec une superficie de 267 667 km² et une population estimée à 1 520 000 habitants qui vit majoritairement en zone urbaine (73 %).

Le pays a toujours opté pour la gratuité des soins à la population. La loi n° 3/91 du 26 mars 1991 garantissait la gratuité des soins aux fonctionnaires dans les structures publiques. Les travailleurs du secteur privé bénéficiaient d'une couverture maladie financée uniquement par les cotisations patronales de 4,1 %. Les agents contractuels de l'État, les travailleurs indépendants et les indigents étaient couverts par la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) par l'entremise d'une subvention de l'État.

L'adoption de l'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 a marqué un changement de politique. Bien que cette ordonnance ait garanti la protection de la santé de la population, elle a introduit la notion de participation de chacun selon ses ressources au financement de la santé, officialisant ainsi la participation des usagers au coût des soins. Cette période coïncide avec le développement des assurances privées à visées lucratives du fait des nombreux dysfonctionnements de la Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS).

La réforme de 2007 a été marquée par l'adoption de l'ordonnance n° 0022/PR/ du 21 août 2007 qui créa la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon (CNAMGS).¹ Il s'agit d'une caisse unique d'assurance maladie et de garantie sociale qui est née du transfert de la branche maladie et évacuations sanitaires de la CNSS,

des prestations de santé offertes aux fonctionnaires et de certaines anciennes attributions de la CNGS. Elle est composée de trois fonds distincts : i) Le fonds d'assurance maladie des agents publics de l'État ; ii) celui des travailleurs salariés du secteur privé, parapublic, des travailleurs indépendants, des professions artisanales, commerciales et libérales ; iii) le fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles, des étudiants, des élèves et des réfugiés. La CNAMGS est un établissement public soumis aux règles de gestion de droit privé avec comme tutelles les ministères du Travail et celui des Finances. Ses organes de gestion comprennent un conseil d'administration, une direction générale et une agence comptable.² Les assurances privées complètent ce dispositif à titre d'assurances complémentaires.

Le présent article se propose d'analyser la situation actuelle de l'assurance maladie obligatoire ainsi que les perspectives et défis auxquels elle doit faire face. Après une description du système d'assurance maladie du Gabon, nous analyserons le niveau de performance de certains indicateurs avant d'en tirer des enseignements pour son renforcement en vue d'atteindre la couverture universelle.

Méthodologie

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé une analyse documentaire et une recherche qualitative. Pour l'analyse documentaire, les documents de mise en place de la CNAMGS – les lois, ordonnances, décrets, etc. – ont été mis à notre disposition. Pour l'analyse qualitative, nous avons effectué une collecte de

RÉSUMÉ—Le Gabon s'est lancé, en 2007, dans une réforme de son système de financement de la santé pour atteindre la couverture universelle. Cette réforme a abouti à la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale dont la mission est d'assurer la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité.

Le financement de cette caisse est assuré par des taxes spéciales prélevées auprès des sociétés de téléphonie mobile et de transferts d'argent. Les cotisations sociales des salariés, des travailleurs indépendants, des employeurs ainsi que les subventions de l'État contribuent au financement du dispositif. Une adhésion progressive, en commençant par les plus démunis y compris les indigents en 2008, les agents publics de l'État en 2010 et ceux du secteur privé en 2013 a été retenue par les autorités.

Le panier de soins couverts est composé de soins ambulatoires, d'hospitalisations, de médicaments et des évacuations sanitaires. La prise en charge des soins est assurée à 80 % par le tiers payant et 20 % par le bénéficiaire excepté les soins de maternité pris en charge à 100 %. Cette prise en charge est de 90 % pour les maladies de longue durée, soit 10 % à la charge du malade.

La mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Gabon est une expérience innovante et prometteuse. Cependant, quelques défis liés à la mise en commun des ressources, à l'achat des prestations, au niveau du ticket modérateur, à l'aléa moral et à la faible utilisation des médicaments génériques sont à relever.

See page 55 for the summary in English.

Ver a página 55 para o sumário em versão portuguesa.

données en conduisant des entretiens par catégorie de population : les assurés, certains prestataires de soins agréés (des structures de santé, des pharmacies,...), et certains agents de la CNAMGS. Les données collectées ont été regroupées et analysées pour nous permettre de dégager des recommandations.

Résultats

Dans notre description du dispositif d'assurance maladie obligatoire, nous allons aborder quatre points, à savoir : les bénéficiaires, le financement du dispositif, le panier de soins couvert, les prestataires et la gouvernance du système.

Les adhérents de la CNAMGS

Le Gabon a choisi de faire d'abord adhérer les plus démunis, qualifiés de Gabonais économiquement faibles, à la CNAMGS. Avec près de 33 % de la population vivant sous le seuil national de

pauvreté,³ le pays a lancé un recensement de la population pour identifier, selon des critères prédéfinis, les populations pauvres. Ce recensement a permis d'identifier 546 125 personnes décrites comme Gabonais économiquement faibles (GEF). À la fin de 2012, 79 % d'entre eux étaient immatriculés, soit 431 117 bénéficiaires. L'adhésion des dépendants a été retenue sous le principe de la solidarité, et les enfants à charge de l'assuré sont considérés comme dépendants jusqu'à l'âge de 16 ans révolus. Cet âge peut être porté à 21 ans pour les enfants scolarisés ou en formation, ou souffrant d'une infirmité.

Les autres bénéficiaires de la CNAMGS sont les agents publics de l'État (APE –180 903) et les étudiants (16 317) comme l'indique le tableau 1. Au total, si l'on considère l'ensemble de la population, la CNAMGS couvrirait 628 337 habitants à la fin 2012 soit plus de 40 % de la population totale du pays.

La prise en compte des employés du secteur privé, estimés à 300 000 personnes,⁴ actuellement gérés par la CNSS et dont le transfert à la CNAMGS devrait commencer en 2013, et des bénéficiaires des assurances privées, estimés à 100 000 personnes, devrait porter ce chiffre à plus de 60 % de la population gabonaise bénéficiant d'une couverture maladie à travers les mécanismes assurantiels en 2012, soit plus d'un million d'habitants.

Financement de la CNAMGS

Les sources de financement de la CNAMGS sont différentes selon la catégorie de population. Les cotisations sociales des salariés du secteur public, parapublic et privé sont constituées par 6,6 % du salaire imposable de chaque agent, dont 2,5 % payé par l'employé et 4,1 % par l'employeur, y compris l'État. Les retraités cotisent au niveau de 1,5 %. Les cotisations des travailleurs indépendants sont forfaitaires et fixées selon leurs revenus.

Tableau 1. Evolution du nombre de bénéficiaires de la CNAMGS

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
GEF	8 748	114 317	264 064	29 989	13 999	431 117
APE	—	—	39 438	70 891	70 574	180 903
Etudiants	—	—	—	16 317	—	16 317
Total	8 748	114 317	303 502	117 197	84 573	628 337

Des taxes et impôts, appelés Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie (ROAM) financent les Gabonais économiquement faibles,⁵ les élèves et étudiants non couverts au titre d'ayants droits et les réfugiés. Les sociétés de téléphonie mobile versent à l'État 10 % de leur chiffre d'affaires hors taxe, et les sociétés de transferts d'argent prélèvent une taxe de 1,5 % sur tous les transferts à l'étranger (hors zone CEMAC) qu'ils reversent à l'État à titre de ROAM.

Les autres sources de revenus de la CNAMGS proviennent des recettes issues des activités propres à la caisse, des intérêts de placements, de dons et de legs. L'État alloue également une subvention de fonctionnement à la caisse.

Les ressources de la CNAMGS consacrées à la santé ont été multipliées par quatre environ en trois ans, passant d'environ 10 milliards de francs CFA en 2008 à plus de 37 milliards de francs CFA en 2011. Cet accroissement s'explique par le doublement des revenus de la ROAM, qui est passé de huit milliards en 2008 à plus de 17 milliards de francs CFA en 2011. Le démarrage des activités du fonds des agents publics de l'État en 2011 a également permis de collecter environ



17 milliards de francs CFA de cotisations sociales, comme indiqué dans le tableau 2 ci-dessous.

Les ressources de la CNSS tirées des cotisations patronales sont estimées à environ 20 milliards de francs CFA pour couvrir les salariés du secteur privé. Nous n'avons cependant pu avoir accès aux données des assurances privées pour notre recherche.

Les dépenses de la CNAMGS sont réparties en trois grands blocs : les dépenses de santé liées aux prestations sanitaires de ses assurés, les dépenses de prestations sociales pour les Gabonais économiquement faibles et les dépenses de fonctionnement, y compris l'investissement.

Les dépenses de prestations sanitaires sont passées de 446 610 000 francs CFA en 2009 à 14 012 153 407 francs CFA en 2012. Ces dépenses ont été multipliées par vingt en trois ans. Cette augmentation des dépenses de santé peut s'expliquer en partie par l'immatriculation progressive des populations. Mais la comparaison entre les dépenses de santé de 2011 et celles de 2012 montre un doublement des dépenses de santé, alors que le taux d'accroissement des nouvelles immatriculations durant la même période a été de moins de 10 % (voir tableau 3). L'augmentation de ces dépenses de santé est donc en partie liée à la surconsommation de soins, notamment des médicaments, et à la surprescription des prestations, elle-même induite par le paiement à l'acte. Il s'agit de « l'aléa moral » bien connu des systèmes d'assurance maladie.

La comparaison de l'évolution des dépenses et des recettes de la CNAMGS montre que l'écart s'amenuise au fil

Tableau 2. Evolution des ressources financières de la CNAMGS (CFA)

	2008	2009	2010	2011	2012 (projection)
ROAM	8 233 443 907	14 968 805 979	17 234 290 000	17 578 186 000	17 800 000 000
Cotisations salariales APE	—	—	—	6 381 988 000	6 500 000 000
Cotisations patronales APE	—	—	—	11 000 000 000	11 000 000 000
Subvention CNAMGS	2 300 000 000	2 760 000 000	2 325 000 000	2 325 000 000	2 325 000 000
Total	10 533 443 907	17 728 805 979	19 559 290 000	37 285 174 000	37 625 000 000

des années. D'ici cinq ans, si la courbe d'évolution reste la même, les dépenses de santé seront identiques à la ROAM et d'ici une dizaine d'année, le fonds des Gabonais économiquement faibles pourraient être déficitaires si des recettes supplémentaires ne sont pas trouvées. Une réflexion doit donc être engagée maintenant sur de nouvelles sources de financement de ce fonds, soit par l'élargissement de la taxe sur la téléphonie mobile à d'autres secteurs de l'économie gabonaise, ou encore la création d'autres mécanismes de financement. Le débat ne doit pas uniquement se limiter à une question d'augmentation des ressources. La prise en compte de l'efficacité doit également être considérée. Il est possible de faire plus et mieux avec les ressources existantes en adoptant, par exemple, d'autres modalités de paiement des prestataires et en augmentant la part du médicament générique dans la liste des médicaments remboursés.

Les excédents budgétaires de la CNAMGS sont placés dans des banques publiques (caisse de dépôt et de consignation) et/ou privées dans le cadre de la création de réserves stratégiques.

Les dépenses consacrées aux coûts administratifs de la CNAMGS représentent en moyenne 25 % de ses ressources. Ces chiffres restent

supérieurs aux normes fixées par l'OCDE (6–7 %) et s'expliquent par les nombreux investissements requis pour le démarrage du programme – achat de matériel d'immatriculation, construction d'un siège et des délégations provinciales, achat de logiciel métier, diverses études actuarielles, recrutement des personnels. L'adhésion en 2013 des travailleurs du secteur privé va accroître les ressources de la caisse et entraîner une baisse proportionnelle des coûts administratifs, qui devrait se situer en dessous de 15 %.

Le panier de soins

Les prestations couvertes par l'assurance maladie sont décrites par types de services et sont fixées par un arrêté conjoint du Ministre de la Santé et celui de la Prévoyance Sociale.⁶ Les soins ambulatoires comprennent les consultations médicales, les soins infirmiers, les soins dentaires, les examens radiologiques et/ou imageries médicales, les examens de laboratoire, la petite chirurgie et toute autre prestation à caractère médical et paramédical. Les prestations de maternité comprennent la consultation prénatale, les médicaments, examens de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale relative à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Au niveau de l'hospitalisation, les frais comprennent l'hôtellerie hospitalière à l'exclusion de toute dépense à caractère personnel, les actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et médico-techniques, les médicaments administrés au patient et les frais occasionnés par le transfert, sur le territoire national, d'un malade d'une structure sanitaire vers une autre. Les évacuations sanitaires à l'étranger complètent le panier de soins. Certaines prestations sont soumises à un accord préalable de la caisse. Les médicaments remboursés par la caisse figurent sur une liste révisable tous les

Tableau 3. Evolution des dépenses de la CNAMGS de 2008 à 2012 (CFA)

	2008	2009	2010	2011	2012 (projection)
Dépenses de santé	ND	446 610 000	2 451 224 000	7 617 322 967	14 012 153 407
Dépenses de prestations familiales	1 312 214 000	5 494 118 000	7 015 000 000	9 500 000 000	9 500 000 000
Dépenses de fonctionnement	2 300 000 000	11 760 000 000	5 771 858 000	9 317 034 800	9 317 034 800
Total	3 612 214 000	17 700 728 000	15 238 082 000	26 434 357 767	32 829 188 207

deux ans. Cette liste ne contient que 60 % de médicaments génériques.

Sont exclues du panier des soins les activités de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et de prise en charge sociale, à l'exception des consultations pré- et post-natales et des prestations liées au suivi de la malnutrition infantile. Les pathologies faisant l'objet d'un financement spécifique de l'État ou de ses partenaires, les interventions de chirurgie plastique et esthétique et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce et de la médecine traditionnelle sont également exclues du panier de soins.

Tous les assurés reçoivent le même paquet de services – les moins bien nantis bénéficient de la même gamme de services de santé que les plus riches, ce qui montre une certaine équité. L'entrave à l'accès peut se trouver au niveau du ticket modérateur pour les gros risques chez les patients à revenu limité.

L'accès aux prestations est conditionné par le paiement d'un ticket modérateur (20 % pour les pathologies courantes et 10 % pour les affections de longue durée (ALD)) qui est à la charge de l'assuré, la Caisse prenant en charge les 80 % restants (90 % pour les ALD). Les soins liés à la maternité sont pris en charge à 100 %.

Les prestataires

La contractualisation est le mode de recrutement des prestataires adopté par la CNAMGS. Des conventions précisent les obligations de chaque partie, notamment la qualité des soins et les modalités de paiement. Le nombre de prestataires ayant contractualisé avec la CNAMGS a considérablement augmenté en quatre ans, passant d'une quinzaine de structures du secteur public (les centres hospitaliers nationaux et régionaux) en 2008 à 286 en 2012. On dénombre 86 pharmacies / dépôts pharmaceutiques sur un total d'environ 120 pharmacies qui compte le pays, 126 structures publiques et 65 cliniques et cabinets médicaux privés. La CNAMGS couvre l'ensemble du territoire national. Le paiement à l'acte et à la journée d'hospitalisation sont les modes de remboursement des prestataires. La CNAMGS dispose d'une unité chargée du contrôle médical où des médecins procèdent au contrôle de l'effectivité

des prestations et de la conformité des factures des prestations réalisées par les établissements sanitaires conventionnés avant d'autoriser le paiement.

La gouvernance de la CNAMGS

La CNAMGS est une structure publique soumise aux règles de gestion du droit privé. Elle dispose d'un conseil d'administration ouvert aux représentants des employeurs et des employés. La direction générale administre la caisse et comprend un directeur général et trois directeurs généraux adjoints ayant la charge de chaque fonds. On dénombre cinq directions (contrôle médicale, prestations, immatriculation et contentieux, informatique et finance). Chacun des trois fonds dispose de ressources destinées à la couverture de ses bénéficiaires. Ils contribuent chacun à hauteur de 20 % au fonctionnement de la caisse. Le dispositif législatif interdit une mise en commun des ressources des trois fonds, pour que le déficit d'un fonds n'affecte pas les autres. Par contre, l'État a prévu un dispositif de soutien pour un fonds en difficulté, mais n'a pas défini ce mécanisme. Cette situation constitue un défi dans le cadre de la mise en commun des ressources.

La caisse compte également neuf délégations provinciales chargées, entre autres, des immatriculations et du contrôle des prestataires dans toutes les régions du pays. En matière de gestion financière, la caisse a un contrôleur de gestion, une agence comptable, des commissaires aux comptes et des auditeurs externes. Les comptes sont approuvés par le conseil d'administration.

Défis

La problématique liée à l'absence de mise en commun des ressources des différents fonds doit être examinée. Le dispositif juridique actuel empêche la CNAMGS de mettre en place un véritable système de mutualisation du risque et de solidarité entre les plus démunis et les plus riches, ainsi qu'entre les malades et les biens portants. Il est vrai que les plus riches contribuent indirectement par le biais de l'impôt spécial des sociétés de téléphonie au fonds des Gabonais économiquement faibles, mais la péréquation ne se fait

pas entre le fonds des plus démunis et celui des plus riches. Il serait donc urgent pour les autorités de la CNAMGS et du Gabon de définir un mécanisme clair de péréquation entre les fonds en cas de déficit de l'un d'entre eux, ou de mise en commun de tous les fonds.

Dans le cadre de l'achat de prestations, le choix du paiement à l'acte comme principale méthode de remboursement des prestations constitue un défi car il est à l'origine de la surprescription. D'autres pays comme le Rwanda ont également commencé par le paiement à l'acte, mais ont été confrontés à des déficits.⁷ La France, qui a aussi un mode de paiement à l'acte, présente des déficits budgétaires importants.

Les paiements hybrides⁸ ou différents par niveau de soins (c'est à dire une combinaison du paiement à l'épisode maladie pour les pathologies dont la prise en charge est bien codifiée), le prix de la journée avec définition du contenu, le budget global pour le reste des prestations au niveau des hôpitaux et au niveau des centres de santé et dispensaires et le paiement par capitation⁹ sont recommandés.¹⁰ La Tunisie, par exemple, a utilisé le budget global ou la capitation pour ses caisses.

D'autres stratégies de lutte contre la surprescription peuvent être utilisées, telles que les schémas thérapeutiques standardisés pour certaines pathologies, proposés par l'OMS, le respect du système de référence et contre référence. Il en est de même de la promotion et de l'utilisation systématique des médicaments essentiels et génériques (MEG) dans un cadre général de maîtrise des dépenses de soins et de lutte contre l'explosion des dépenses liées aux médicaments.

La mise en place du ticket modérateur par la caisse avait pour but de lutter contre les risques de l'aléa moral. Cependant, on observe que ce ticket modérateur redevient une barrière financière pour les Gabonais économiquement faibles. Il faut étudier les modalités de mise en place d'autres mécanismes tels que la franchise, un ticket modérateur dégressif ou un forfait qui se base sur les catégories socio-économiques de la population afin de préserver l'accès des plus démunis aux soins.



3. Ministère du Plan et du Développement. Document stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté au Gabon, 2002.
4. Gaston Biyogo, Aboubacar Inoua, Jean Pierre Mbeng Mendou, Jean Christian Nkoghe Eny. *Assurance maladie au Gabon, colloque sur la couverture maladie en Afrique Francophone WBI-IMA*, 2004.
5. Au sens de cette réforme d'Assurance Maladie Obligatoire, la qualité d'un Gabonais économiquement faible est toute personne physique de nationalité gabonaise, âgée d'au moins seize ans, ainsi que les ministres du culte, imams, pasteurs, religieux et religieuses dont le revenu est inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG qui est de 80 000 CFA). Le statut de Gabonais économiquement faible est reconnu après une enquête sociale sur le postulat, effectuée selon des critères prédéfinis.
6. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale. Arrêté définissant le panier de soins du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, 2008.
7. Laurent Musango, Ole Doetinchem et Guy Carrin. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle. Expérience du Rwanda*, discussion paper n°1, OMS, 2009.
8. On parle d'un système de paiement hybride quand, dans une structure de soins ou dans un système de santé, on utilise deux ou plusieurs modes de paiement de façon simultanée pour le paiement des prestations.
9. C'est une méthode de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le système d'assurance durant une période déterminée.
10. Marc Jegers, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve and Willem Gilles. "A typology for provider payment systems in health care", *Health Policy*, 60, 2002, 255–273.

La disponibilité et la qualité de l'offre de soins constituent souvent une contrainte au développement de l'assurance maladie. La définition d'une nomenclature des actes, y compris leurs critères de qualité, et la mise en place d'un système d'accréditation des formations sanitaires sont indispensables. La CNAMGS doit également promouvoir la stratégie d'incitation à la performance dans les structures de santé.⁸

Conclusion

La mise en place de la CNAMGS au Gabon est une expérience innovante et prometteuse dans le long processus de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Cette expérience tient sa spécificité de la mise en place d'un impôt spécial assis sur le chiffre d'affaires des sociétés de téléphonie mobile et de transfert d'argent pour financer les soins de santé des plus démunis. Le choix d'une adhésion progressive, en commençant par les plus vulnérables et en continuant ensuite par les salariés du secteur formel, constitue la seconde innovation.

Cependant, quelques défis liés à l'absence d'un mécanisme clair de mise en commun des ressources des différents fonds, au choix du paiement à l'acte pour l'achat des prestations, à l'inaccessibilité du ticket modérateur pour certains Gabonais, à la surprescription des soins et à la qualité des soins doivent être pris en compte pour pérenniser cette expérience.

La CNAMGS doit offrir une couverture maladie à l'ensemble de la population. A ce jour, elle couvre 40 % de la population, 60 % prévu en 2013 après l'adhésion des salariés du privé et 70–75 % d'ici 2015 avec l'intégration des travailleurs indépendants. Il faut développer d'autres mécanismes et stratégies pour compléter le dispositif actuel et tendre vers la couverture universelle. 📄

Références

1. Présidence de la République. Ordonnance n° 0022/2007/PR instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en république Gabonaise, 2007.
2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale. Arrêté fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, 2008.



Exemption du paiement direct des soins d'urgences au Tchad 2007–2010 : Une étape vers la couverture sanitaire universelle

Seydou O Coulibalyⁱ et Hamadou Nouhouⁱⁱ

Auteur correspondant : Seydou O Coulibaly, email : coulibalys@bf.afro.who.int

RÉSUMÉ—Le Président de la République du Tchad déclarait en 2007 à Kyabé une exemption du paiement des urgences médicales, pédiatriques, chirurgicales et gynéco-obstétricales. Après trois ans, il s'est avéré nécessaire d'analyser les effets de cette initiative sur le système de santé. Une approche quantitative, couplée à un volet qualitatif, a été adoptée pour cette analyse. Des données ont été recueillies dans 28 hôpitaux et des entretiens effectués auprès de 908 bénéficiaires et de 525 prestataires.

On retiendra des résultats de l'étude une augmentation de la fréquentation, l'inadéquation entre l'offre et la demande, l'insuffisance du financement, une faible qualité perçue des soins, l'absence des facteurs de prestations et l'iniquité du dispositif. L'étude a également montré qu'une focalisation sur les accouchements, les traumatismes, le paludisme et les infections respiratoires aiguës, accompagnée d'une extension de l'initiative aux centres de santé, couvrirait 70 % des urgences, réduirait le déficit du dispositif et serait plus favorable à la qualité et à l'équité.

See page 55 for the summary in English.

Ver a página 55 para o sumário em versão portuguesa.

Les données les plus récentes du système d'information sanitaire du Tchad (SIS) montrent que le taux d'utilisation des services de santé par la population du Tchad est faible : seulement 19 personnes sur cent avaient été en contact avec un professionnel de santé en 2008.¹ Les taux de mortalité maternelle et infantile sont élevés et n'ont guère diminué depuis une décennie. Le taux de mortalité maternelle, quant à lui, a augmenté de 827 à 1099 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1997 et 2004. Durant la même période, le taux de mortalité infantile a baissé de 103 à 102 pour 1000.² Selon la même source, plus de la moitié des femmes enceintes (57 %) ne bénéficient pas d'un suivi adéquat et 79 % des accouchements ne sont pas assistés par un personnel qualifié.

Selon les résultats de la deuxième enquête sur la consommation du secteur informel au Tchad en 2010, 55 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, une proportion qui atteint 87 % dans le milieu rural. Les dispositifs de couverture du risque maladie sont encore au stade embryonnaire, avec une couverture de moins de 6 % de la population.

Face à cette situation, le Gouvernement du Tchad s'est engagé dans un processus de couverture sanitaire universelle en levant une partie de la barrière financière relative au paiement direct au point de service. Cette disposition concerne les

soins d'urgences en milieu hospitalier, à savoir : les urgences médicales², pédiatriques³, chirurgicales⁴ et gynéco-obstétricales.⁵

La mise en œuvre de cette nouvelle politique d'exemption s'est organisée au sein d'un système de santé fragile où subsistent encore des dysfonctionnements nombreux, tels l'insuffisance des ressources humaines et la faiblesse du SIS et de la chaîne d'approvisionnement en intrants. Au terme de trois années de mise en œuvre de l'initiative, les autorités sanitaires ont décidé d'effectuer une étude à visée évaluative afin d'estimer ses répercussions sur le fonctionnement du système de santé et envisager les mesures idoines pour son amélioration et sa pérennisation.

L'étude a pour objectif d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires des soins d'urgence, d'analyser les répercussions de la décision de la gratuité des soins d'urgence sur les composantes du système de santé et de proposer des solutions envisageables pour améliorer la mise en œuvre de l'initiative.

Après une brève description de l'approche méthodologique adoptée, les effets de la politique d'exemption sur le système de santé seront analysés et des pistes d'amélioration de la mise en œuvre de l'initiative proposées, le tout sera suivi d'une conclusion.

i Organisation Mondiale de la Santé, Équipe Inter Pays, Ouagadougou, Burkina Faso

ii Organisation Mondiale de la Santé, N'Djaména, Tchad

Méthodologie

En plus d'une revue documentaire, une approche méthodologique mixte combinant des analyses quantitatives et qualitatives a été adoptée.

Pour le volet quantitatif, deux hôpitaux nationaux et 11 hôpitaux régionaux ont été retenus en raison de leur hétérogénéité, tandis que 15 hôpitaux de district sur 57 ont été sélectionnés par tirage aléatoire du fait de leur homogénéité.

La collecte des données a été réalisée par 10 enquêteurs du 29 juin au 30 août 2011. Trois questionnaires ont été administrés : le premier, individuel, aux prestataires et personnel administratif ; le second aux bénéficiaires ou, le cas échéant, aux accompagnants ; et le troisième aux hôpitaux, portant sur les activités réalisées, le financement, le coût des prestations offertes, etc.

Au cours de cette enquête, le personnel technique et administratif chargé de la mise en œuvre de l'initiative a été interrogé

sur l'effet de la mesure d'exemption sur les piliers du système de santé. Les opinions des bénéficiaires sur la qualité des prestations, le comportement du personnel, l'accueil, la durée de l'attente, la disponibilité des services ont ensuite été recueillies. Et finalement, tous les supports de gestion disponibles dans les hôpitaux visités ont été exploités. Au total, 28 hôpitaux ont été étudiés, et 908 bénéficiaires et 525 prestataires interrogés.

L'approche qualitative, complémentaire au volet quantitatif, a consisté en entretiens auprès des différents bénéficiaires et acteurs de l'exemption pour recueillir leurs opinions sur la qualité des prestations, leur appréciation de la mise en œuvre de l'initiative, et pour identifier les forces et faiblesses ainsi que les mesures envisageables pour son amélioration et sa pérennité.

Pour la mise en œuvre du volet qualitatif, des guides spécifiques d'entretien ont été conçus pour chacune des catégories suivantes : responsables administratifs et sanitaires, prestataires et bénéficiaires de

l'exemption du paiement direct des soins d'urgences. Ces guides ont été configurés pour capturer les données et l'information permettant d'évaluer les effets de la mise en œuvre de l'exemption de paiement des soins d'urgence sur les principales composantes du système de santé. Deux enquêteurs ont été recrutés et formés dans l'utilisation de ces guides pour conduire des entretiens semi-directifs individuels et/ou de groupe dans quatre hôpitaux à Ndjamena, quatre hôpitaux de district et au niveau des structures administratives centrales.

La saisie, le traitement, l'analyse, la rédaction du rapport et sa validation ont été faits durant la période de septembre 2011 à Mars 2012. Pour la gestion des données, les logiciels EpiInfo, SPSS et Excel ont été utilisés.

Quelques difficultés ont été rencontrées, telles que l'impraticabilité de certains axes pendant la période de l'enquête, la non-disponibilité ou le refus catégorique de collaborer de certains répondants, le caractère incomplet de certaines données,



voir même l'absence d'archives dans certaines structures. De plus, l'absence d'adresse des bénéficiaires sur les bons de prise en charge ne permettait pas de les localiser pour les interroger à domicile, comme prévu dans le protocole.

Répercussions de la politique d'exemption sur le système de santé

Globalement, plus de 80 % des bénéficiaires et prestataires interrogés se sont dits favorables à la mise en œuvre de l'initiative d'exemption du paiement direct des soins d'urgence. Alors que les premiers affirment qu'elle a réduit les barrières financières et favoriser l'utilisation des services de santé, les seconds soutiennent que le travail dans ce nouveau contexte est valorisant et a permis d'améliorer le recours aux soins pour les plus démunis.

Dans l'analyse qui suit, une attention particulière sera portée aux effets de la politique d'exemption sur les différents piliers du système de santé : la prestation de services, les ressources humaines, les médicaments, le financement, le système d'information sanitaire (SIS) et la gouvernance.

Prestation de services

Concernant la prestation de services, le taux de fréquentation des hôpitaux a presque doublé. Les hospitalisations ont augmenté de 60 %, et le taux d'accroissement moyen annuel des interventions chirurgicales est estimé à 11 %. Sur la même période, on a constaté un triplement des examens de laboratoire, le doublement des activités d'échographies et une augmentation de 23 % des actes radiographiques.

En ce qui a trait à la qualité perçue, 67 % des patients ont indiqué une bonne perception de l'accueil et la durée d'attente. L'accueil a été jugé décevant dans un cas sur trois des bénéficiaires interrogés. « L'accueil est bien, le personnel ne nous a pas laissé traîner » rapporte un accompagnant. « Nous avons déjà passé trois jours ici à attendre pour qu'on nous trouve de la place. Voyez-vous, c'est long ! » déclare un autre. Si 56 % ont une bonne perception de la propreté de la cour et des locaux, les personnes rencontrées se plaignent de l'entretien des toilettes : « ... les toilettes

qui sont bouchées et ça déborde et à cause de son odeur, on a fermé ».

Personnel de santé

Il a été établi que 55 % du personnel de santé interrogé juge que le travail dans ce nouveau contexte est dévalorisant. 43 % se plaignent de la surcharge de travail, et trois prestataires sur quatre affirment leur démotivation. « Je ne suis pas satisfaite de ma situation actuelle », nous confie cette sage-femme. « Au temps du recouvrement des coûts », précise-t-elle, « on percevait des primes qui étaient acceptables et qui nous encourageaient. Et là, avec la gratuité, le moral est très bas parce que nous ne recevons rien, tout est gratuit ».

Aussi, 68 % des prestataires interrogés estiment que la mise en œuvre de la politique d'exemption des soins d'urgence n'a pas été accompagnée du recrutement d'agents et que 88 % du personnel existant n'a bénéficié d'aucune formation dans le cadre de cette initiative. « Nous ne sommes ni formés, ni motivés pour faire le travail de la gratuité » déclare un prestataire interrogé.

Médicaments

L'achat et la distribution des médicaments aux hôpitaux sont assurés par la Centrale Pharmaceutique d'Achat. La liste d'achats doit être affichée dans tous les hôpitaux. Cependant, 25 % des prestataires affirment ne pas avoir vu d'affiches et 44 % pensent que cette liste n'a pas été partagée avec tous les prescripteurs.

Plus de la moitié des prestataires interrogés se plaignent de l'insuffisance du plateau technique et 60 % sont préoccupés par les ruptures fréquentes des médicaments. Celles-ci ont négativement affecté les relations entre le personnel soignant et les malades. Les prestataires se sentent dans l'insécurité : « lorsqu'il y a rupture des médicaments de la gratuité et on prescrit pour que le malade aille chercher ailleurs, c'est là que ça pose vraiment problème. Les menaces, ça ne manque pas, c'est quotidien ! » Un bénéficiaire s'interroge : « excepté l'eau glucosée qui a été offerte, on a acheté tous les autres médicaments ; pourtant, ils disent que c'est gratuit. Pourquoi ça ? »

Les ruptures fréquentes de disponibilité des médicaments ont aussi affecté la qualité des soins et instauré une alternance entre recouvrement des coûts et exemption du paiement. « Il y a trop de

ruptures, ce qui nous oblige à utiliser et à facturer aux malades les produits achetés par l'hôpital pour assurer la continuité de l'offre des soins d'urgence », nous a-t-on confié.

Système d'information sanitaire

Au niveau du système d'information sanitaire, il faut signaler la mise en place d'outils de gestion du dispositif d'exemption. Il s'agit, entre autres, de bons de prise en charge où sont enregistrées les informations sur le bénéficiaire, de registres du prescripteur et des services, de fiches de stocks de la pharmacie et de rapports mensuels pour saisir les détails sur les problèmes de santé, les statistiques des cas pris en charge ainsi que les coûts afférents.

Ces différents outils ne sont ni intégrés au SIS existant, ni régulièrement mis à jour. L'absence d'une base de données centralisée ne permet pas de disposer de statistiques déjà rassemblées et « nettoyées ». Les hôpitaux ne disposent pas d'une comptabilité apte à capturer les dépenses effectives et les informations sur les coûts de productions sont défaillantes.

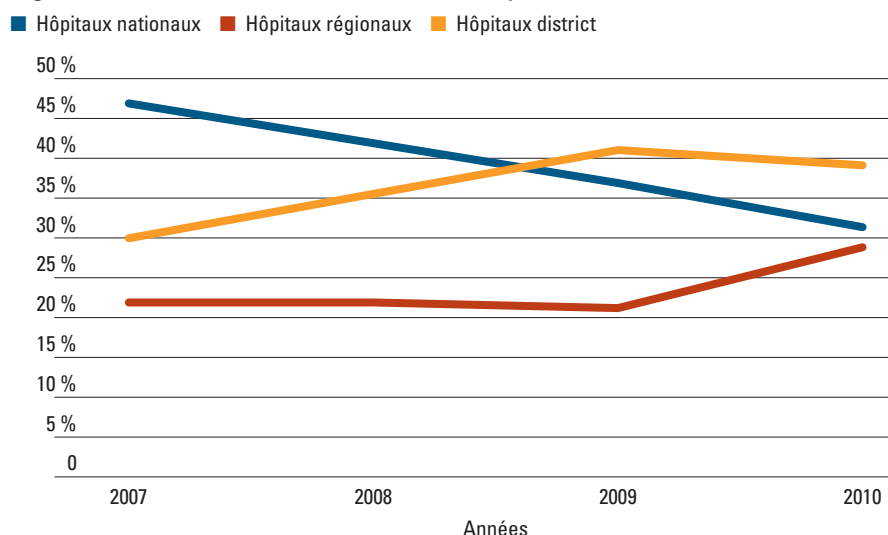
Financement du système

Abordant la question du financement du système, l'État tchadien a débloqué entre 2007 et 2010 des fonds supplémentaires d'un montant total de l'ordre de 2,2 milliards de francs CFA, soit une subvention moyenne de 550 millions de francs CFA par année. Ces fonds, destinés à l'acquisition d'une dotation supplémentaire en médicaments, sont alloués aux hôpitaux sur une base forfaitaire.

Au cours de la période couverte par l'étude, la contribution de l'État au financement des hôpitaux a baissé de 49 % en 2007 à 42 % en 2010. En 2007, la part des hôpitaux nationaux représentait 50 % du financement des hôpitaux contre 33 % pour les 52 hôpitaux de district. Avec l'introduction de l'initiative, une baisse progressive de la part des hôpitaux nationaux dans le budget des hôpitaux a été constatée, comme le montre la Figure 1 ci-contre.

La comparaison entre les subventions liées à la gratuité et les pertes de recettes pour les hôpitaux révèle, au minimum, un

Figure 1. L'évolution du financement des hôpitaux



déficit de l'ordre de 650 millions de francs CFA.⁶ Cette différence, calculée à partir des tarifs pratiqués avant l'exemption, pourrait passer du triple au quintuple si on utilisait les coûts de production.

Gouvernance et leadership

En ce qui concerne la gouvernance et le leadership, la mise en œuvre de l'abolition du paiement des soins d'urgence n'a pas été suffisamment préparée et planifiée, ce qui a occasionné une insuffisance dans le financement, une mauvaise circulation de l'information, une absence de textes législatifs, de la frustration et une surcharge de travail.

Le manque d'information a porté, entre autres, sur les modalités d'allocation des fonds, le montant de la subvention, le niveau de gestion de la politique, la liste des médicaments d'urgence, la durée d'hospitalisation légale et les pathologies concernées. Ce manque d'information peut être source de résistance, comme on a pu observer en Afrique du Sud, où les infirmières interrogées considèrent que la désinformation du personnel de santé constitue une barrière à la mise en œuvre de toute mesure de gratuité.

L'absence de textes pour encadrer et réglementer la décision de l'exemption ne permet pas de développer une approche standardisée des prestataires dans la mise en œuvre de l'initiative. L'urgence relative, laissée à l'appréciation du praticien de garde, donne lieu à beaucoup de

subjectivité au niveau du tri et donc à des gaspillages.

L'absence de contrôles et de mécanismes de concertation avec la population favorisent les paiements parfois qualifiés de « racket » par les bénéficiaires. En effet, 76 % des malades admis en urgence déclarent avoir acheté une partie ou la totalité des médicaments prescrits. 45 % des malades hospitalisés ont dit avoir payé des frais d'hospitalisation, un malade sur trois a déclaré avoir payé pour les examens complémentaires, et plus de 20 % des bénéficiaires interrogés ont payé pour des interventions chirurgicales supposées exemptes.

Finalement, l'ancrage institutionnel de l'Unité de Gestion de la Gratuité ne lui

permet pas de jouer pleinement son rôle au niveau du suivi et de la vérification de la mise en œuvre de l'initiative.

Options pour améliorer la mise en œuvre de l'initiative

Sur la période de l'étude, la moyenne de la prise en charge des traumatismes qualifiés par les professionnels de santé comme urgence représente 92 % du total des urgences chirurgicales dans les hôpitaux nationaux, 42 % dans les hôpitaux régionaux et 73 % dans les hôpitaux de district. Il serait possible de répondre à environ 70 % des besoins en urgences chirurgicales en ciblant les traumatismes (voir Figure 2).

Dans la catégorie gynécologique et obstétricale, les accouchements enregistrés comme urgents par le personnel médical comptent pour 94 % du total des urgences de la catégorie considérée dans les hôpitaux nationaux, 58 % dans les hôpitaux régionaux et 64 % dans les hôpitaux de district, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 72 % sur la période étudiée (voir Figure 3).

Dans la catégorie des urgences médicales et pédiatriques, la part du paludisme et des infections respiratoires aiguës, caractérisés comme urgents par le corps médical, occupe 60 % de la demande totale des soins d'urgences de cette catégorie. La prédominance de ces pathologies est reproduite dans la Figure 4.

De ce qui précède, il apparaît clairement qu'en se focalisant sur les accouchements,

Figure 2. Répartition des urgences chirurgicales

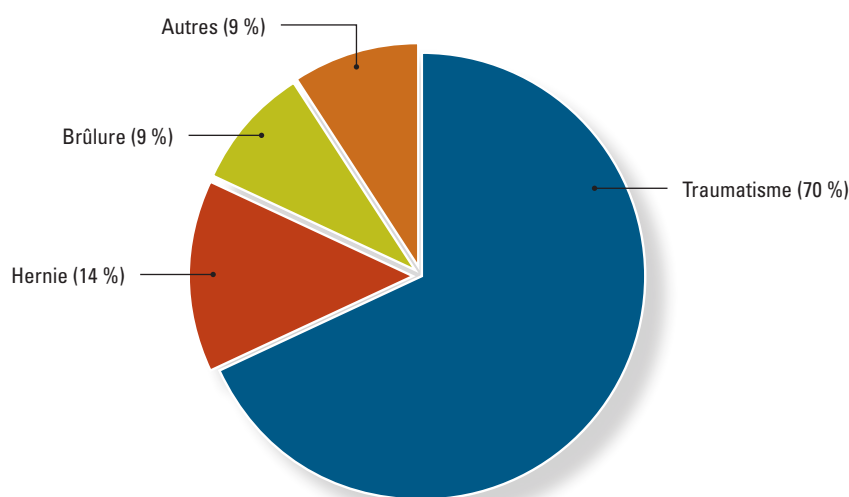


Figure 3. Urgences gynéco obstétriques

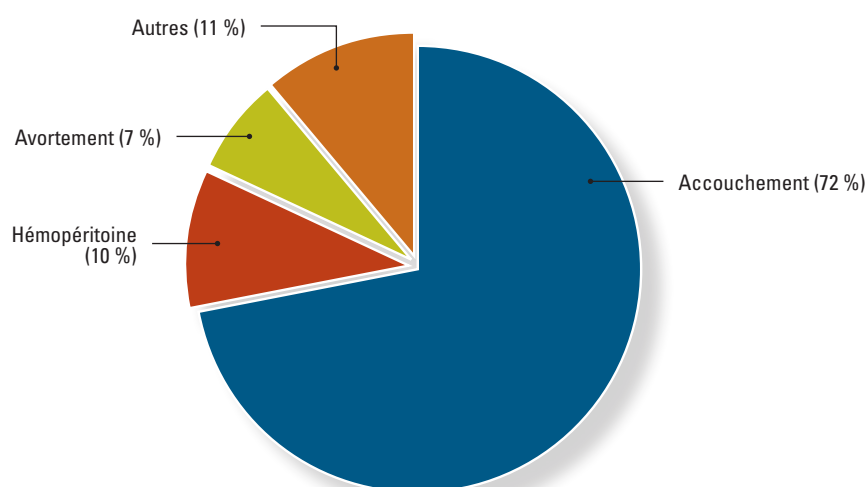
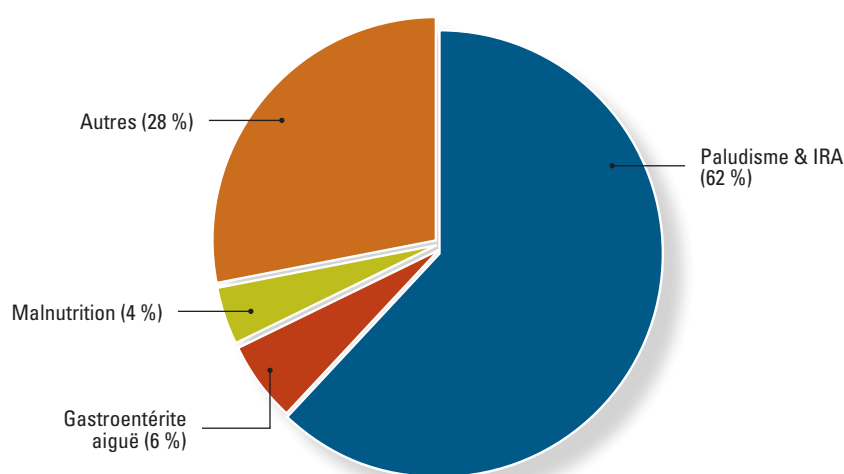


Figure 4. Répartition des urgences médicales et pédiatriques



les traumatismes, le paludisme et les infections respiratoires aiguës, on couvre environ 70 % de la demande en soins d'urgence. Une extension de la mesure aux centres de santé réduirait le déficit de financement et serait plus favorable à la qualité et à l'équité.

La mesure susmentionnée devrait être encadrée par des textes législatifs et réglementaires précisant les conditions d'éligibilité ainsi que les droits et devoirs des acteurs. Le mode de financement actuel, basé sur un forfait sur les médicaments, devra être amélioré, voire remplacé par un mode plus efficace. Une bonne coordination, la disponibilité d'information fiable, la redevabilité et une communication permanente sont aussi des facteurs à considérer.

Conclusion

On retiendra de cette étude que la politique d'exemption du paiement des soins d'urgence a permis une augmentation significative du volume des activités hospitalières – consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales, examens complémentaires notamment. Cependant, l'improvisation de la décision, son caractère ambitieux dans un contexte d'insuffisance de ressources en personnel, équipements et matériel, ont entraîné une démotivation du personnel, une baisse de la qualité des services, une désorganisation du système de référence, des ruptures chroniques de médicaments et un déficit du financement. Aussi, en excluant les structures périphériques de l'exemption, l'initiative

ne profite pas aux plus pauvres qui vivent en milieu rural.

L'étude propose une réduction du champ de la gratuité à quatre interventions et son extension aux structures périphériques, ce qui rendra la mesure plus équitable et plus facile à contrôler. La réussite de cette proposition assume que les défis relatifs aux ressources humaines, aux médicaments, au financement, à l'offre de services de qualité, au SIS et à la gouvernance du système soient relevés. 📄

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux autorités tchadiennes, au personnel du bureau de l'OMS au Tchad et en particulier au Représentant de l'OMS, le Dr Saïdou Pathé Barry. Nous remercions également tous les enquêteurs et personnes rencontrées, Monsieur Nathan Naïbei Mbaïbardoum, Mme Djafanouh Yetna, Dr. Hassane Tolmbaye, Dr. Dadjim Blague pour leur participation active. Et finalement, toute notre reconnaissance à l'Agence française de développement pour son appui financier, ainsi qu'à l'Union européenne (UE), la Coopération Suisse et la Banque Mondiale pour leur soutien.

Références

1. République du Tchad. Ministère de la Santé Publique, Division du Système d'Information Sanitaire. *Annuaire statistiques sanitaires du Tchad*, Tome A, 21ème Edition, 2008.
2. République du Tchad. *Primature, Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP2)*, août 2010.
3. Les urgences médicales regroupent le paludisme grave, les anémies, les septicémies, les intoxications, les comas, les complications de l'hypertension artérielle, les gastroentérites aiguës, les états de mal convulsifs, les coliques néphrétiques, les cholécystites aiguës, otites aiguës, les états de mal asthmatique, les amygdalites aiguës, les sinusites aiguës, les migraines sévères, les traumatismes dentaires, les abcès dentaires, les corps étrangers dans les yeux, les traumatismes et glaucomes aigus.
4. Les urgences pédiatriques comprennent le paludisme grave, hyperthermie, convulsions, gastroentérites compliquées, infections (méningite, tétanos), Infections Respiratoires Aiguës (IRA), anémies, septicémies, crises d'asthme, malnutritions sévères compliquées, déshydratations sévères, asthmes aigus graves, insuffisances cardiaques, crises drépanocytaire, tétanos du nouveau-né, détresses respiratoires, invaginations, brûlures graves, phimosis.
5. Entrent dans la catégorie des urgences chirurgicales, les appendicites, les abdomens aigus, les abdomens chirurgicaux aigus, les brûlures de type II et III, les hernies étranglées, les péritonites, les traumatismes (arme blanche ou feu et autres).
6. Les urgences gynécologiques et obstétricales se composent des accouchements eutociques et dystociques, des hémopéritoines, des pré-éclampsies et éclampsies, des complications de l'avortement, des cas de fièvre associée à la grossesse, des hémorragies au cours de la grossesse, des états de mal asthmatique et grossesse, des déchirures du col de l'utérus, etc.
7. Seydou O. Coulibaly, Djafanouh Yetna, Hassane Tolmbaye. *Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad*, 2007–2010.
8. Walker L and Gilson L. "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa", *Soc. Sci. Med.*, 2004. 59: 1251–1261.



Une approche novatrice pour progresser vers la couverture universelle au Burundi : Intégration du financement basé sur la performance et de la gratuité des soins

Laurent Musango,ⁱ Olivier Basenyaⁱⁱ et Riku Elovainioⁱⁱⁱ

Auteur correspondant : Laurent Musango, e-mail : musangol@afro.who.int

RÉSUMÉ—Suite à une expérience pilote réussie dans trois provinces, le Burundi a développé une approche intégrée du financement basé sur la performance (FBP) et de la gratuité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes, avec comme objectif le renforcement du système de santé et la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins pour ces groupes prioritaires. Pour identifier les forces et faiblesses de cette approche, une analyse des composantes du financement de la santé, du fonctionnement des organes institutionnels, des indicateurs de rémunération et de la qualité des soins a été réalisée.

La méthodologie utilisée dans cette étude a consisté en une revue documentaire approfondie, des entretiens et discussions avec les acteurs clés du système, tant au niveau national que provincial. Une analyse des ressources et des flux financiers du FBP et du système de santé a également été réalisée.

L'analyse montre que la stratégie FBP bénéficie d'un appui très important du gouvernement d'une part (52 %) et d'un groupe de partenaires techniques et financiers (PTF) bien coordonnés d'autre part (48 %). L'existence et le bon fonctionnement des différents organes du montage institutionnel et de la gouvernance ont été constatés. De plus, les indicateurs FBP portent non seulement sur la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes, mais aussi sur les priorités nationales de santé publique. Il est apparu, enfin, que la grille d'évaluation de la qualité des soins permet d'inciter les prestataires à se concentrer davantage sur certains aspects de la qualité. L'approche est globalement positive et mérite d'être poursuivie.

See page 55 for the summary in English.

Ver a página 55 para o sumário em versão portuguesa.

Depuis 2006, des expériences pilotes d'une stratégie de financement basé sur la performance (FBP) ont été menées dans trois provinces du Burundi. Suite aux résultats encourageants issus de ces expériences, les autorités sanitaires ont décidé d'étendre cette approche au niveau national et de l'associer à une politique de gratuité ciblée des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. La première étude externe de la mise en œuvre du FBP, réalisée en septembre 2010, a mis en exergue de nombreux points positifs mais aussi des insuffisances au niveau des composantes opérationnelles qui méritent une attention particulière. Cette évaluation a été assortie de recommandations qui ont servi de guides et de documents de référence au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS). Les résultats de l'évaluation ont aussi guidé les actions opérationnelles de la Cellule Technique-Financement Basé sur la Performance (CT-FBP) et contribué à la révision du Manuel de procédures qui est en vigueur depuis septembre 2011¹ dans le cadre du suivi biennuel de la stratégie. Une seconde évaluation conjointe a eu lieu en octobre 2012 pour identifier et formaliser les différents défis du programme.²

L'objectif principal de cet article vise à analyser la mise en œuvre de la stratégie de FBP couplée à la gratuité ciblée des

soins au Burundi et à proposer des voies d'amélioration.

Méthodologie

Les aspects documentés dans cet article proviennent d'une évaluation externe qui a été effectuée du 22 octobre au 2 novembre 2012 par une équipe de cinq experts internationaux menée par l'auteur principal de cet article. La méthodologie suivie s'appuie sur plusieurs techniques d'évaluation :

- Analyse documentaire à travers l'exploitation de tous les documents disponibles relatifs au domaine d'étude ;
- Visites sur le terrain pour observer directement le fonctionnement du dispositif FBP au niveau des structures du programme FBP, des prestataires et des acteurs locaux ;
- Entretiens avec les responsables du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, les chefs des programmes ainsi que les organisations bilatérales et multilatérales intervenant dans le domaine du FBP et de la gratuité ;
- Triangulation de toutes les informations collectées pour identifier les points forts sur lesquels capitaliser et les points à améliorer afin d'assurer la bonne marche du programme FBP/gratuité.

i Conseiller Régional Financement de la Santé et Protection Sociale/AFRO

ii Cellule Technique-Financement Basé sur la Performance /Ministère de la Santé/ Burundi

iii Financement des Systèmes de Santé/Genève

Les principaux résultats de cette évaluation sont présentés dans cet article.

Résultats

Les résultats seront présentés sous quatre thèmes : (i) FBP/gratuité et financement de la santé au Burundi ; (ii) Cadre institutionnel et gouvernance ; (iii) Indicateurs mesurés dans le cadre du FBP/gratuité ; (iv) Évaluation de la qualité des soins dans l'approche combiné FBP/gratuité.

FBP/gratuité et financement de la santé au Burundi

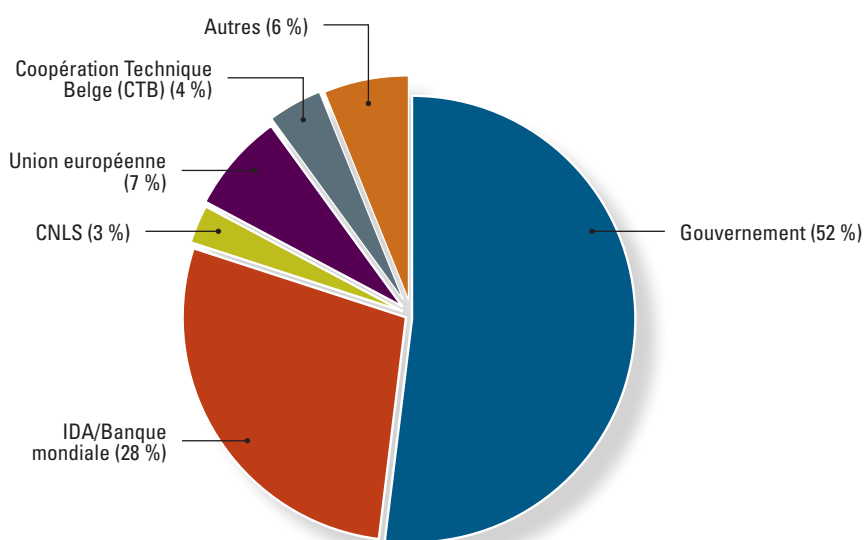
Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (« output » performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il est différent du système de financement classique, où les structures de soins recevaient tous les intrants (« input ») nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Cette approche a révélé une certaine synergie entre le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers, ce qui a conduit à un financement commun où participent la Banque Mondiale (BM), l'Union européenne (UE), la Coopération Technique Belge (CTB) et d'autres partenaires actifs dans le secteur de la santé. Certains de ces partenaires sont engagés sur le long terme à soutenir les efforts du gouvernement burundais dans sa stratégie de FBP. La répartition du financement du FBP par source en 2011 est illustrée dans la figure 1.

Il existe clairement une prédominance du gouvernement burundais dans le financement de la stratégie, plus de la moitié des fonds provenant des ressources de l'État. Il est rare de constater un tel niveau d'engagement financier du gouvernement parmi les pays qui ont mis en œuvre le FBP. Toutefois, ceci ne doit pas faire oublier le contexte actuel d'insécurité budgétaire. En effet, pour honorer son engagement de consacrer 1,4 % de son budget au FBP, le gouvernement doit maintenir dans la durée les efforts actuellement déployés.

Les besoins de financement du FBP tels que calculés par la CT-FBP pour

Figure 1. Répartition du financement FBP en 2011



Source : Rapport CT-FBP 2011

l'année 2012 s'élevaient à 35,9 milliards de Francs burundais (BIF), soit 28,3 % du financement total de la santé. Une croissance de ces besoins est prévue pour tenir compte de l'augmentation attendue de la demande des biens et services de santé. Une estimation des besoins a été produite par la CT-FBP jusqu'en 2015, et nous avons fait une extrapolation jusqu'en 2020 sur la base de ces estimations, en utilisant le taux de croissance annuel moyen de 11 % observé entre 2012 et 2015. Il est à noter que l'accroissement des besoins n'est pas accompagné dans ce scénario d'une augmentation des engagements financiers des partenaires. Pour maintenir le niveau de financement actuel, il sera nécessaire de mobiliser des ressources additionnelles, comme le montre le tableau 1.

Il convient de remarquer que l'estimation des ressources et des besoins sur un horizon aussi lointain est fortement dépendante de nombreux facteurs, parmi lesquels l'évolution du taux de change. Il faut donc interpréter ces résultats avec toutes les précautions nécessaires. Nous n'avons inclus dans le tableau 1 que les ressources provenant de partenaires ayant pris une forme d'engagement pour le soutien de la stratégie FBP/gratuité : (i) l'Union européenne (UE) pour le 11^e Fonds Européen de Développement (FED) jusqu'en 2020 ; (ii) la Coopération Technique Belge (CTB) pour deux nouveaux Programmes Indicatifs de Coopération (PIC), également jusqu'en 2020 ; (iii) la Banque Mondiale (BM), qui vient de signer un engagement avec le gouvernement burundais jusqu'en 2017 ;

Tableau 1. Ressources et besoins pour le financement du système FBP/gratuité, 2013–2020 (en Mds FBU)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gouvernement	18,0	19,0	20,0	20,0	20,0			
UE	5,7	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
CTB	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
IDA/BM	9,4	9,4	9,4	9,4	9,4			
USAID/FHI	0,7							
Total financement	35,4	33,8	34,8	34,8	34,8	5,4	5,4	5,4
Coûts FBP	41,6	46,8	51,4	57,1	63,5	70,6	78,5	87,2
Besoins de financement	6,2	13,0	16,6	22,3	28,7	65,2	73,1	81,9

Source : CT-FBP

et (iv) le Gouvernement burundais qui s'est engagé à financer le FBP à hauteur de 1,4 % de son budget général.

Le déficit de financement reste le sujet primordial et il existe de nombreuses manières pour le combler. La première est bien évidemment la poursuite et l'intensification de l'appui du FBP par les fonds publics dans le cadre de la politique nationale de la santé et de la réduction de la pauvreté. Mais outre les sources de financement susmentionnées, la stratégie FBP/gratuité peut aussi espérer obtenir un financement externe via de nombreuses autres sources, à titre d'exemples :

- Les partenaires identifiés précédemment se sont engagés lors de la conférence de Genève d'octobre 2012 à soutenir le programme de croissance et de réduction de la pauvreté du Burundi jusqu'en 2015 à hauteur de 2,6 milliards de dollars. Une partie de ces fonds pourrait être allouée à la santé en général, et au FBP en particulier ;
- Certains partenaires, tels l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), la Coopération norvégienne, la Coopération néerlandaise, sont en train de développer ou de préparer des interventions liées au « FBP communautaire ». Ces actions, bien qu'elles augmentent les besoins (le « FBP communautaire » n'est pas à l'heure actuelle inclus dans les coûts) renforcent l'approche, en lui apportant plus de dynamisme, et devraient permettre de diriger des ressources vers le FBP « classique » ;
- D'autres partenaires peuvent être mobilisés à plus ou moins court terme, tels le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) et la Coopération française.

Cadre institutionnel et gouvernance

Le FBP est devenu une partie importante de la politique nationale de santé au Burundi, où il bénéficie d'un soutien politique et de celui de PTF tel que décrit plus haut.

Le cadre institutionnel est établi et opérationnel : CT-FBP, Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV), Bureaux Provinciaux de la Santé (BPS), Bureaux



de District Sanitaire (BDS), ONG d'accompagnement et associations locales (ASLO). Les ONG d'accompagnement sont également présentes et disponibles pour soutenir le renforcement et le fonctionnement du FBP à bon escient. Des termes de référence plus clairs faciliteraient cependant l'évaluation de leurs performances.

On peut constater que toutes les formations sanitaires ont l'habitude de préparer leur propre plan d'action, ce qui permet d'analyser leurs prévisions budgétaires, leurs projections et projets d'investissement à court terme. Ce type d'exercice est adapté au niveau des Centres de Santé mais moins bien à celui des hôpitaux, où il nécessite quelques améliorations.

Un effort d'analyse et de documentation de la part de la CT-FBP (évaluations interne et externe, études de coûts, bulletins d'informations, rapports annuels, etc.) a été fait et facilite la disponibilité de l'information. Ceci a été un point positif dans le cadre de la collaboration entre la CT-FBP et les partenaires, plusieurs rapports ayant été produits, entre autres

le rapport annuel de la CT-FBP, l'étude des coûts avec l'appui de MSH, quatre numéros du bulletin d'information de la CT-FBP, le manuel de procédure revu et finalisé en 2011, etc.

Au cours des deux dernières années, la division du travail entre les MSPLS et le Ministère des Finances dans le FBP a été mieux définie. Le MSPLS, en tant que régulateur du FBP, définit les politiques de santé et veille à l'application de la loi et au contrôle de la qualité des soins. Le Ministère des Finances, quant à lui, verse les fonds FBP pour les FOSA une fois que les factures ont été vérifiées et validées.

Par ailleurs, l'itinéraire thérapeutique, et donc le respect du système de référence et contre-référence, n'est pas respecté. Lors des visites de terrain, nous avons pu observer que des cas simples consultent directement au niveau des hôpitaux, engorgeant ainsi les hôpitaux de district (HD) et les hôpitaux nationaux (HN) tout en réduisant la disponibilité des spécialistes pour s'occuper des cas compliqués.

Dans le cadre de la rationalisation et du principe du PBF, les structures de soins nécessitent du personnel adapté, là où il s'avère nécessaire, pour que les normes sanitaires soient respectées et le fruit des performances revienne davantage au personnel qualifié. Or, les profils de postes ne sont pas définis et les affectations du personnel ne respectent pas les normes proposées par le MSPLS. Cette faiblesse a des implications financières parce que le personnel non qualifié absorbe les ressources qui devraient en principe être utiles pour le personnel qualifié.

Les visites effectuées sur le terrain montrent clairement que les programmes verticaux, qui sont les premiers responsables et garants de la qualité des services au niveau des FOSA, sont rarement impliqués ou consultés au quotidien par la CT-FBP pour les conseils techniques. Cette situation fragilise la collaboration entre la CT-FBP et les programmes verticaux qui développent et/ou initient des activités parallèles au lieu de travailler en synergie pour renforcer le système de santé, en général, et les différents programmes, en particulier.

Indicateurs mesurés dans le cadre du FBP/gratuité

Le principe de base d'identification et de définition des indicateurs pour la stratégie FBP/gratuité au Burundi continue de faire référence à deux considérations majeures dans le système actuel : le remboursement des soins couverts par les indicateurs du paquet de soins gratuits,⁴ et le remboursement de ceux définis par certains indicateurs prioritaires.⁵

Le choix ou la révision des indicateurs se fait et s'applique sur la base de ces deux concepts. Les indicateurs retenus sont adaptés aux priorités nationales de santé publique et aux données de routine collectées par le système d'information sanitaire. Un nouveau manuel de procédures produit en 2011 a permis d'inclure tous ces éléments nouveaux en rapport avec le changement des indicateurs et a fourni une définition de différents indicateurs proposés.

Le rapport annuel 2011 de la CT-FBP⁶ fournit des données sur des réalisations notables, observées dans le cadre de la vaccination et des accouchements assistés, mais on remarque une stagnation, due

probablement à un plafonnement des consultations curatives et une diminution de l'utilisation des CPN. Si l'on compare les données du FBP à celles du SNIS, on remarque qu'elles évoluent dans le même sens, sauf pour la vaccination, qui a stagné d'après le SNIS entre 2010 et 2011, alors qu'elle s'est améliorée si l'on se fie à la base de données du FBP. Cette disparité dans les données ne peut que rappeler l'intérêt d'avoir des données harmonisées et intégrées au niveau du pays.

Certes, l'identification et la définition des indicateurs de rémunération dans le FBP/gratuité, offrent des atouts et des points positifs. Elles nécessitent cependant certaines améliorations aux niveaux (i) des indicateurs du FBP définis pour les hôpitaux nationaux qui ne se concentrent pas sur leur mission principale qui est d'offrir le paquet de troisième niveau de soins (tertiaire) ; (ii) de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, qui pèse lourdement sur le budget des structures du second niveau ; (iii) de la CT-FBP qui, ayant défini ses indicateurs de qualité en rapport avec le dépistage et la prise en charge du VIH/SIDA (en vue de respecter l'aspect politique de ces programmes) fait que les structures qui n'offrent pas encore ce paquet de services sont pénalisées dans leur score qualitatif pour un service qui n'est pas disponible dans leur paquet.

Évaluation de la qualité des soins dans l'approche FBP/gratuité combinée

Dans le cadre du FBP au Burundi, la dimension qualitative est prise en compte de manière rétrospective. L'analyse de la « qualité technique », est appréhendée sur la base d'une « grille de qualité » avec un modèle propre aux centres de santé, aux hôpitaux de districts et aux hôpitaux nationaux. Elle entre pour 60 %, du bonus/malus financier, du score totalisé par la structure. La qualité perçue, analysée au travers d'enquêtes au niveau communautaire, entre pour 40 % des points.

Depuis l'introduction de cette approche, on peut constater à tous les niveaux du système de santé que :

- Le principe d'une analyse systématique régulière, basée sur une « grille de qualité », est largement accepté



et apprécié par la majorité des prestataires de soins, ainsi que les différents responsables administratifs et financiers ;

- Tous ces acteurs reconnaissent une amélioration nette de l'environnement de travail et des conditions d'hygiène générale des établissements ;
- La complétude et la promptitude des collectes de données sont maintenant assurées dans les formations sanitaires publiques et assimilées. De plus, les différentes corrections effectuées par les vérificateurs sont intégrées dans le système de collecte du SNIS ; l'accessibilité des différents responsables des formations sanitaires à la « base de données Web » du FBP est un vrai atout, cette base permettant de retrouver à la fois les données financières, des données des différents indicateurs ou prestations effectués par les Fosa, différentes analyses ou compilations effectuées sur une base nationale ou provinciale.

La mise en place d'un processus de contre-vérification par un acteur externe au système de santé a permis d'apporter un regard extérieur, tant au niveau de la vérification des quantités que de l'analyse de la qualité. Cette contre-vérification a montré, comme indiqué dans le

tableau 2 ci-dessous, qu'à l'exception de l'HD de Kirundo, les « évaluateurs externes » avaient systématiquement une cotation plus faible que celle des « pairs évaluateurs ».

Cette approche est intéressante, car elle apporte un regard complémentaire au processus d'évaluation par les pairs. Au-delà de l'aspect évaluation, ce processus constitue un mécanisme d'apprentissage et de partage d'expérience se déroulant à priori dans un contexte participatif. Il est clair que dans ces circonstances, les jugements des évaluateurs extérieurs sont plus sévères. Mais l'intérêt de cette contre-vérification est qu'elle peut montrer les écarts relatifs plus importants entre les différents hôpitaux. Les écarts de plus de 20 % appellent à une analyse particulière et/ou à un suivi rapproché des autorités de tutelle.

Il faut noter par ailleurs qu'un effet potentiellement pervers (négatif ?) de la gratuité – entraînant une économie de moyens et des transferts que l'on pourrait qualifier d'opportunistes vers d'autres structures – a été évoqué, tout comme un manque d'analyses critiques par rapport à la « production médicale », comme par exemple la couverture vaccinale élevée par rapport à la présence d'épidémies

ou encore le score élevé de la chirurgie par rapport au nombre élevé d'infections postopératoires. La surveillance du FBP devrait être développée de manière à pouvoir détecter ces effets pervers, notamment en élargissant le suivi à de nouveaux indicateurs qui ne sont pas rémunérés par le FBP, mais qui déterminent néanmoins la performance des formations sanitaires en général.

Conclusion

On peut estimer que le processus intégré FBP/gratuité pour le renforcement du système de santé évolue de manière satisfaisante. Les organes institutionnels et les outils sont en place, le financement fait intervenir l'État et un grand nombre de PTF.

La pérennisation de tous ces acquis doit maintenant être pensée dans un cadre plus large : celui d'une stratégie nationale de financement de la santé qui intégrerait et coordonnerait tous les outils existants : FBP, gratuité, CAM, mutuelles, paiements directs des patients, etc. Les effets positifs et négatifs de chacun de ces outils, ainsi que leurs interactions, doivent être clairement évalués de manière à s'assurer que le coût de chacun de ces instruments reste en proportion avec les ressources disponibles. 📄

Tableau 2. Performances de qualité des HD attribuées par la vérification et la mission de C-V

Provinces – hôpitaux de district (HD)	Vérification	C-vérification	Ecart
	Pairs	2e C-V	
MUYINGA – HD Muyinga	94	73	-21
KARUSI – HD Buhiga	84	56	-28
MAKAMBA – HD Makamba	92	76	-16
BUJUMURA RURAL – HD Rushubi	84	54	-30
GITERGA – HD Ntita	73	47	-26
MURAMVYA – HD de Kiganda	70	48	-22
CANKUZO – HD de Murore	90	69	-21
RUYIGI – HD de Ruyigi	96	69	-27
RUTANA – HD de Rutana	88	56	-32
BUBANZA – HD de Bubanza	86	71	-15
CIBITOKÉ – HD de Cibitoke	83	72	-11
MWARO – HD de Kibumbu	87	54	-33
KAYANZA – HD Musema	47	33	-14
NGOZI – HD de Kiremba	67	49	-18
BURURI – HD de Matana	73	30	-43
KIRUNDO – HD de Kirundo	32	34	2

Source : Rapports trimestriels de C-V du 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e tours, HDP, 2011-12

Références

1. Ministère de la Santé et de Lutte contre le SIDA. *Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi*, deuxième édition, Bujumbura, Burundi, 2010.
2. Musango L et al. *Rapport de mission d'évaluation sur le PBF au Burundi*, WHO, BM, UE, CORDAID, 2012.
3. Nsengiyumva G and Musango L. *The simultaneous introduction of the district health system and performance-based funding: the Burundi experience*, Field Actions Science Reports, 2013.
4. Les enfants de moins de 5 ans, les accouchements et les pathologies liées à la grossesse.
5. Les indicateurs de priorités nationales de santé publique pour lesquels les grands efforts sont recherchés.
6. Ministère de la Santé et de Lutte contre le SIDA. *Rapport annuel du Comité Technique-Financement Basé sur la Performance (CT-FBP)*, Bujumbura, Burundi, 2011.



Long-term effects of the abolition of user fees in Uganda

Juliet Nabyonga,ⁱ Maximilian Mapunda,ⁱⁱ Laurent Musangoⁱⁱⁱ and Frederick Mugisha^{iv}
Corresponding author: Juliet Nabyonga, e-mail: nabyongaj@ug.afro.who.int or julienabyonga@yahoo.com

Ensuring financial risk protection is one of the goals of a health system. The WHO/AFRO health financing strategy advises countries to develop health financing systems that are sustainable, equitable and can support the provision of good quality health services.¹ The strategy calls for minimizing out-of-pocket payments (OOPs) at the point of use and moving to prepayment mechanisms. OOPs, in the form of user fees, have been shown to impact negatively on access to health services, especially for the poor. Households paying for health services have been reported to incur catastrophic health expenditures and face poverty.^{2,3} The link between poverty and ill health, where poorer households report more illness episodes compared with richer households, is well documented⁴ and poverty eradication objectives will only

be attained if access to health services – including financial risk protection – is ensured, especially for poor households.

Xu *et al.* documented factors that predispose to catastrophic health expenditures. They found that higher percentages of OOPs as a share of total health expenditure (THE) are linked to higher incidence of catastrophic health expenditure. Other factors include percentage of the population below the poverty line, where increases in poverty will increase catastrophic health payments. Increases in THE as a percentage of GDP also increase catastrophic payments.³ Earlier studies in Uganda documented factors linked to catastrophic health expenditures such as the use of private health services rather than public services, the use of inpatient services for the non-poor, the use of

SUMMARY—Households have been impoverished and faced catastrophic health expenditure as a result of paying out-of-pocket (OOP) health expenses. Using data collected over ten years, changes in utilization and in catastrophic health expenditures in light of the abolition of user fees in 2001 is examined in this article. In the long term, increase in utilization of health services among the poor remained above the national average but cost as a reason for not seeking care was lower among the poor compared with the national average. Use of private providers remained significant. The incidence of catastrophic health expenditure increased following user fee abolition, and although it has decreased in the long term it still remains high. Ensuring financial risk protection calls for health system improvements and exploring ways of harnessing the high OOPs into prepayment. The private sector is a significant player, and its effective regulation will need to be addressed. There is also need for wider government intervention to reduce poverty and control population growth.



Voir page 55 pour le résumé en version française.

Ver a página 56 para o sumário em versão portuguesa.

i Health Systems and Innovation Cluster, WHO Uganda office

ii Health Systems and Innovation Cluster, WHO Tanzania office

iii Health Systems and Services Cluster, WHO Africa Regional office, Brazzaville, Congo

iv Department of Economic Development Policy and Research, Ministry of Finance, Planning and Economic Development, Uganda

private outpatient facilities for the poor, having household members over the age of 65 years or a household head with little education.²

The Uganda health sector was for a long time concerned with high OOPs which impacted negatively on access to health services, amidst poor health indicators.⁵ In order to address these challenges, the Government of Uganda abolished user fees in public health units in 2001. It was hoped that the abolition would improve utilization of health services, especially among the poor, reduce household OOP, and subsequently improve health outcomes. Several studies have documented the effects of abolition of user fees on the utilization of health services^{6,7} and on the quality of health care in Uganda⁸ soon after the reform.

Benefiting from data collected since the reform in 2001 until 2010, this article examines changes in utilization and in catastrophic health expenditures in light of the user fees abolition and explores lessons learnt in the process. Specifically, it examines patterns of health care use, the importance of cost as a reason for non-use, household OOP expenditure and patterns of government expenditure on health over time. The medium- to long-term effects of user fee abolition on catastrophic health expenditures are examined to evaluate the extent to which the abolition of user fees ensures financial risk protection in a sustainable manner.

Methods

This article uses data from two main sources: the Uganda National Household Survey (UNHS data) and the Ministry of Finance Planning and Economic Development expenditure tables (MOFPED tables). The UNHS data were collected in 1999/2000, 2002/03, 2005/06 and 2009/10. In addition, the MOFPED data on actual expenditures from the financial year 1997/98 to 2010/11 were also used.

Sample size

The sample sizes for the surveys were respectively 10 696 households with 57 385 individuals in 1999/2000, 9 711 households with 50 504 individuals

in 2002/03, 7 426 households with 39 322 individuals in 2005/06 and 6 775 households with 36 432 in 2009/10.

Data manipulation

Household members that were reported to have had an illness or been injured in the 30 days prior to the survey date were asked whether anyone was consulted (e.g. a doctor, nurse, pharmacist or traditional healer) for the illness or injury. A patient was considered to have made a consultation only if they had sought help outside the home, family or friends. The responses were recorded according to the following categories: drug shop or pharmacy; private health unit; government health unit; traditional; others. Household members who had an illness but did not seek health care were asked the reasons why. For all surveys, the responses were coded according to the following categories: illness mild; facilities are too far; available facilities are costly; other. Only results where cost was stated as a reason are presented.

Expenditure on health and medical care was also collected. The WHO definition of catastrophic health expenditures was used, which proposes that health expenditure should be called catastrophic whenever it is greater than or equal to 40% of the household's non subsistence expenditure.^{9,10} Basic tables and cross tabulations of means and sums were used as the main approach to data analysis, with the key categories used for analysis

being rural versus urban and poor versus non-poor.

MoFPED expenditure tables

The MoFPED expenditure tables are generated by the Macro Economic Policy Department of the Ministry of Finance, Planning and Economic Development of Uganda. The tables include expenditure on three components: wages, non-wages and development. Health is among the 17 sectors included in the results.

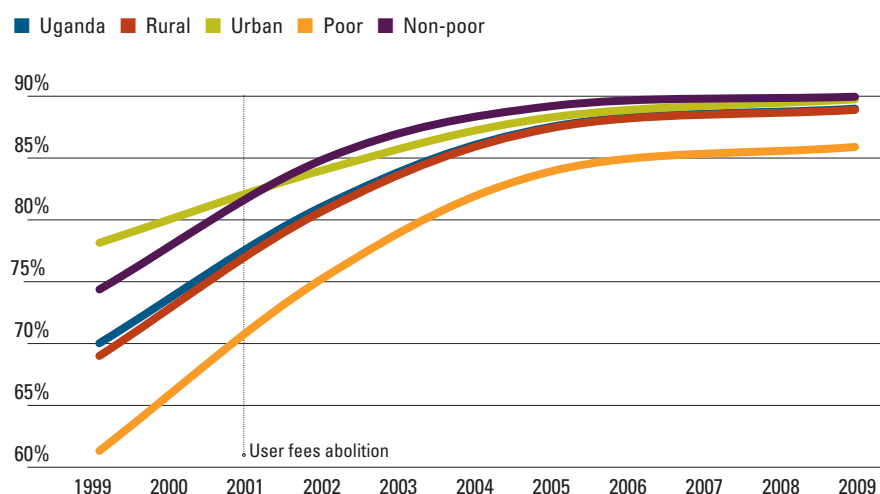
Results

Use of health care services

The use of health care services when ill was fairly high for all the population of Uganda at the time user fees were abolished (see Figure 1). But those in absolute poverty were the least likely to use these services when ill, at 61.3% in 1999. For the same group, 86.0% of those ill in the previous 30 days sought health care in 2009/10. This corresponds to an additional 24.7% points or an increase of 40.3% over the period 1999/2010, which, was much greater than the national average of 27.2% for the same period.

In essence, the abolition of user fees was expected to get non-users to use health services. This was found to be true for those in absolute poverty, as the margin of increase was greatest between the 1999/2000 and the 2002/03 surveys, at 23.2% compared with the national

Figure 1. Percentage of people reporting that they consulted someone during illness





average of 16.1% over the same period. This was sustained from survey to survey over the entire period.

Cost as a reason for non-use

Cost as a reason for non-use of health care services continued to decline over the ten years covered by the surveys. This is true for the poor and non-poor, and for those in urban and rural areas (see Figure 2). Over the ten-year period the reduction has been above the national average of 47% only among urban residents, where it was 67%. Those below the national poverty line experienced a reduction of 31%, which was more than the national average of 24% between the 1999/2000 and the 2002/03 surveys. However, this was not sustained over the entire period, and the percentage of reduction was consistently below the national average in subsequent surveys.

Patient choice

Looking at the choices patients make in terms of where to seek health care, Figure 3 shows the percentage of patients who chose to use a private or a public provider. The private providers include drug shops or pharmacies, clinics and hospitals, whether for profit or not. The government health care providers included health centres or hospitals. Other than those in absolute poverty, the pattern of choice is similar. Between the 1999/2000 and the 2002/03 surveys, use of government health care providers dropped, except among the poor. At the same time, the percentage of patients choosing private health providers went up, except among the poor. However, in subsequent surveys, the use of government health care facilities rose again, especially between 2005/06 and 2009/10.

Figure 2. Cost as a reason for non-use of health services

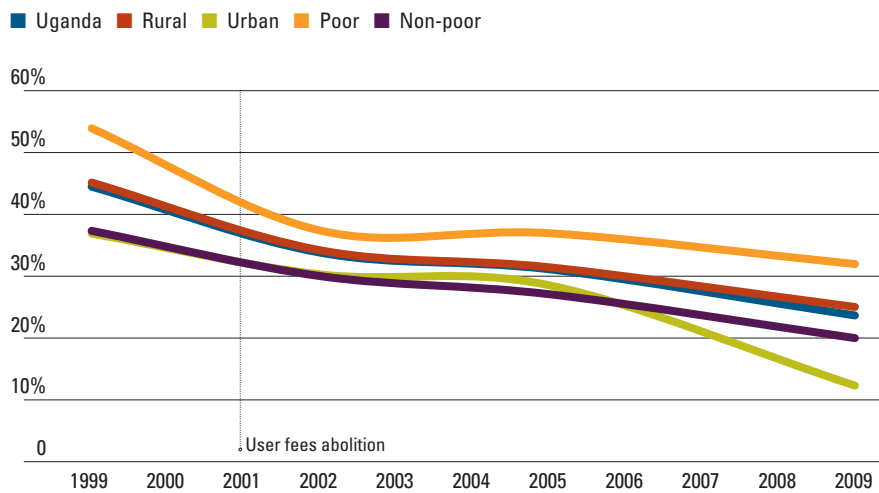
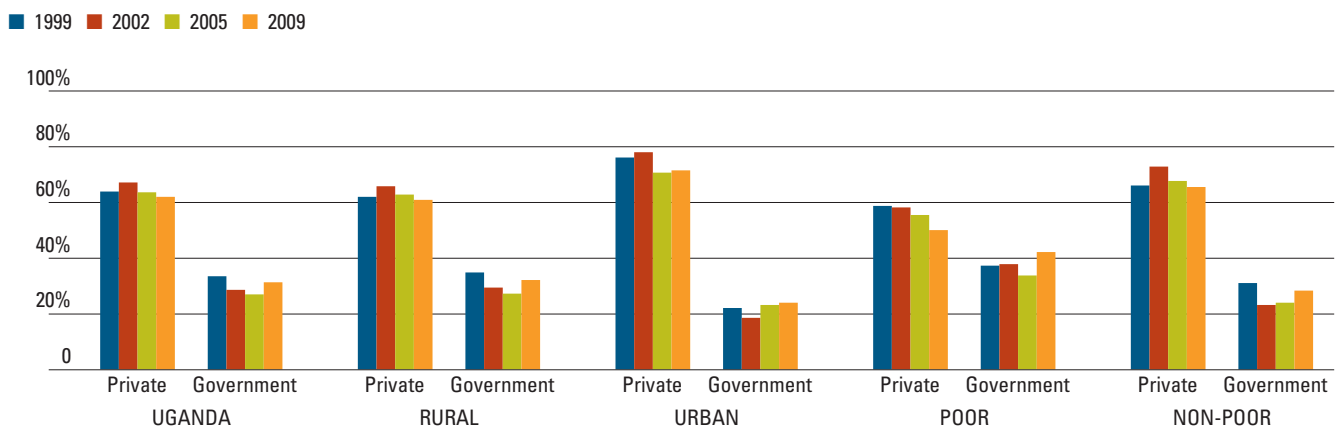


Figure 3. Percentage of patient's choice for government and private providers



Public expenditure on health

How did public expenditure respond to the policy of removal of user fees? This will be returned to after a discussion on the overall direction of government policy. In light of the 2010 National Development Plan (NDP) emphasizing economic growth, there has been a shift of emphasis from social sectors, e.g. health and education found in its previous strategy – the Poverty Eradication Action Plan (PEAP) – to sectors considered to focus on reducing constraints to growth and investments, e.g. electricity and roads (NPA, 2010).

As a consequence of this shift Figure 4 shows that the share of the budget dedicated to health has stagnated and that for education has declined. It is also important to state at this point that unless there is a reversal in the government's focus, the share of health is unlikely to increase further. The analysis of the fiscal space for health in Uganda has identified the same fundamental constraint.¹¹

If we now return to the question on public expenditure response, it is reassuring to see that, for access to basic health care services, the health budget for primary health care and essential medicines remains substantial. This is in the true spirit of the user fee abolition because it still allows the poor, especially rural populations, to use publicly provided health services.¹² Figure 5 shows that more resources are spent on district health primary health care and on medicines through the national medical stores.

After the abolition of user fees, flexibility in the use of the health budget was allowed and this enabled districts to allocate funds to areas previously supported from user fees.¹³ Further improvements in service delivery have led to centralization of medicines budgets, and the first time the national medical stores received funds for medicines directly was in 2010. Prior to that, the funds meant for medicines were part of the district health budgets.

Unfortunately though, as Figure 6 shows, a high percentage of district primary health care funds are spent on wages. Close to 80% goes to wages, compared with, for example, district and national referral hospitals which spend about 50% on wages. This implies that the Government

Figure 4. Percentage of government expenditure on various sectors

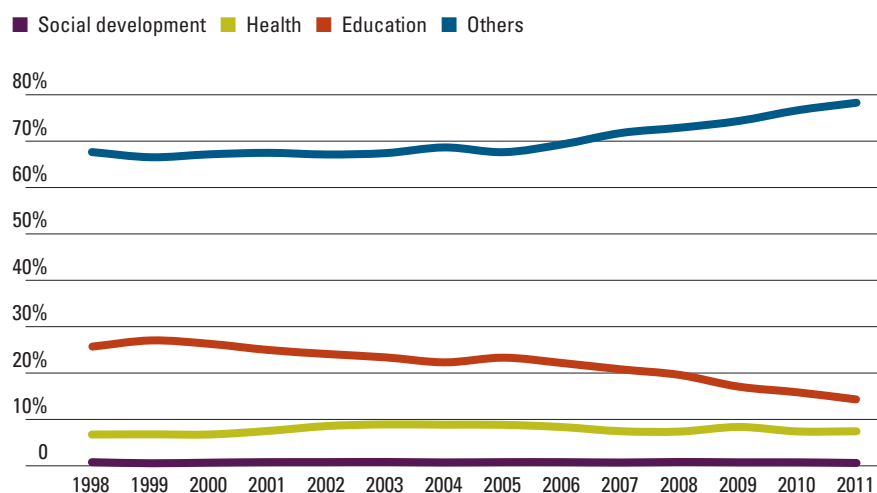


Figure 5. Total outturns to selected health subsectors in billion Uganda shillings

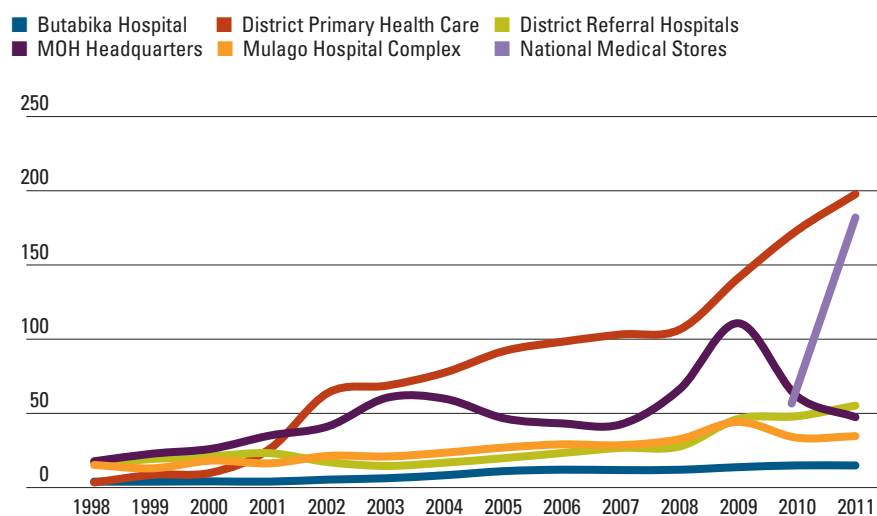
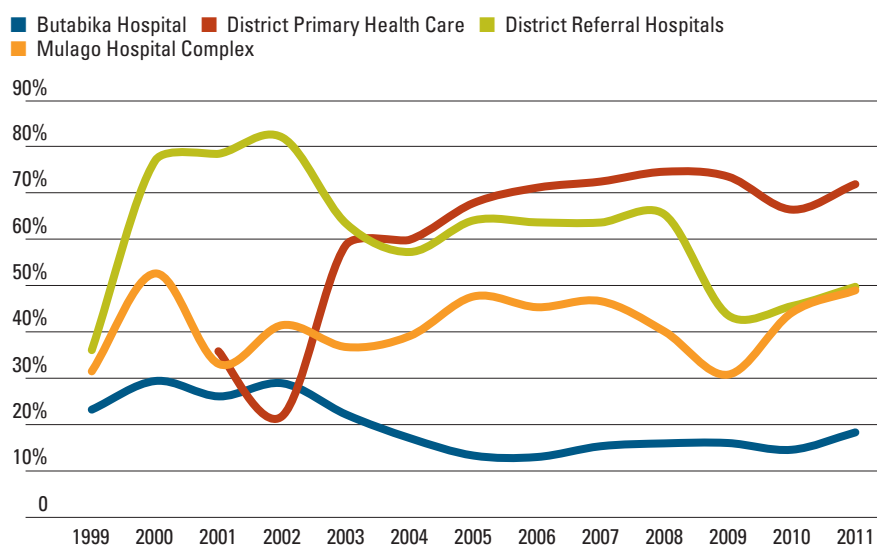


Figure 6. Percentage of total outturns spent on wages



will find it increasingly difficult to finance its district primary health care operations. The other two components of development and recurrent non-wage expenditures constitute a small percentage of the overall budget.

Out-of-pocket and catastrophic expenditure

Figure 7 shows that during the period under review, catastrophic health and medical care expenditures increased from 1999 to 2002 and declined subsequently. In the 2009/10 household survey, about 29% of households that spent on health care experienced catastrophic expenditure. In other words, 29% of the Ugandan households who spent on health care saw their expenditure exceed the subsistence level by 40% in 2009/10. Abolition of user fees in 2001 may have put a dent on catastrophic health care expenditure, but the percentage of households affected remains high. Financial protection, again, is a subject that should be on the agenda.

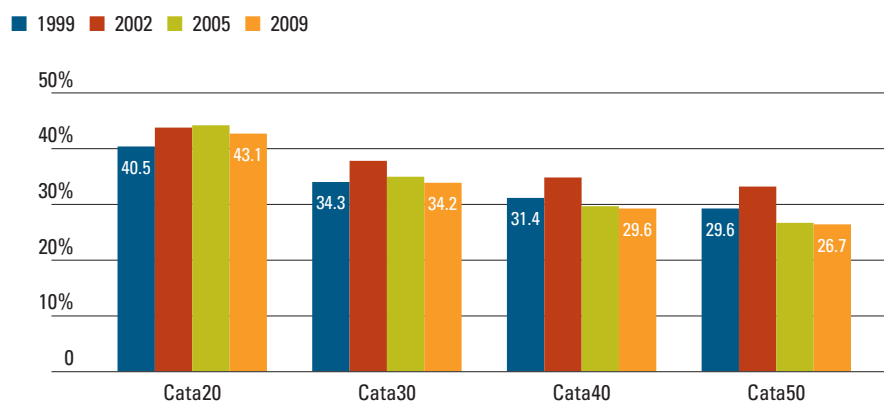
to patient choice, use of private services is still significant for the poor and the non-poor and for rural and urban dwellers. Once user fees were abolished, there was an increase in use of private providers for all categories of the population except the poor. In the long run, we also see an increase in use of public facilities for all population categories. Incidence of catastrophic health expenditure has increased following user fees abolition and still remains high, although it has decreased in the long term.

There are several lessons to be learnt from this process of abolition of user fees in Uganda. Despite the noted reductions in the long term, a significant share of households still incur catastrophic health expenditures. Okwero *et al.* documented similar results using a slightly different definition of catastrophic health expenditure.¹¹ They further noted that incidence of catastrophic health expenditures was higher among the poorest quintile (28%) compared with the richest (25%).¹¹

provision cannot be ensured. Noted challenges include conflict of interest and corruption, administrative constraints, weak enforcement capacity and insufficient information to provide evidence for regulation.¹⁵ Another challenge is the very diverse nature of the private sector, which includes the private not-for-profit, the private for-profit and the traditional and complementary medicines. Each of these may require slightly different instruments for regulation, which may be beyond the capacity of low income countries to put in place.

The private health sector in Uganda has for a long time been poorly regulated and challenges range from restrictive laws, weak regulatory framework and a very centralized registration system.¹⁶ Recent efforts to address these challenges included development of the Public Private Partnership for Health policy (PPPH), recently finalized after a protracted development period of over ten years. Its implementation is yet to begin. The private not-for-profit sector-facility based (PNFP-FB), under religious umbrellas, has worked more closely with the MoH during the last ten years, contributing close to 40% of health sector outputs. Government has extended subsidies to this subsector since 1997/98, but this contribution has stagnated at only 20% of the cost of providing hospital services and, as a result, user fees as a source of revenue for PNFP-FB health facilities has been increasing.¹⁷ Arguments have been made that effective regulation of the private sector calls for wider governance issues, including freedom of expression and accountability, political stability and absence of violence, government effectiveness, regulatory quality, rule of law and control of corruption.¹⁸

Figure 7. Household catastrophic health and medical expenditure based on WHO definition, with adjusted household size at cut off points of 20%, 30%, 40% and 50%



Discussion

We see in this study that the utilization of health services increased for both the poor and the non-poor following the abolition of user fees. In the long term, increase in use among the poor still remains above the national average. Cost as a reason for not seeking health care was reduced over the medium to long term, although the reduction among the poor is less than the national average. With regard

We now look at the factors that are linked to catastrophic health expenditures in discussing the extent to which abolition of fees provides financial risk protection to households. Use of the private sector is still significant, a finding also documented by other researchers.¹⁴ Governments in low income countries do not have adequate capacity to regulate the private sector and as a result, costs are not controlled, and quality of care and rational health service


Xu *et al.* noted that the incidence of catastrophic health expenditure reduces as the population below the poverty line is reduced.² In Uganda there was a noted reduction in the incidence of poverty, which dropped from 38.8% of the population in 2002/03 to 31.1% in 2005/06 and 24.5% in 2009/10.¹⁹ However, reductions in absolute numbers were not as dramatic, with a change from 9.81 million in 2002/03 to 8.44 million in 2005/06 and 7.52 million in 2009/10.

This is due to the high population growth rate, estimated at 3.2%.¹⁹

The other factor raised by Xu *et al.* was the OOP expenditure as a proportion of THE. The higher this factor is, the higher the incidence of catastrophic health expenditures.² According to WHO statistics, it has been consistently over 40% for the last ten years. Similarly, Okwero *et al.* documented a significant increase in total average OOP expenditure from US\$ 7 to US\$ 14 per utilization between 2003/04 to 2005/06.¹¹ On the other hand, with government expenditure on health as a percentage of total government expenditure below 10%, government investment in health has remained modest, translating into per capita expenditure ranging from US\$ 6 to US\$ 14 in the last ten years.¹⁷ Concerted efforts have been made to invest in human resources for health, as evidenced by the fact that 80% of the primary health care recurrent budget is going towards wages. However, the non-wage recurrent expenditure has remained constant and very low.^{17,20} Similar concerns have been raised elsewhere, and it is a challenge that requires attention¹¹ as this low level of investment will not allow for the necessary improvements in quality to sustain high levels of utilization in the public sector. Indeed, this may be one of the reasons that in part explain why the use of the private sector is still significant. For example, drug stock-outs became more common and more pronounced in public health units;²¹ health workers felt morale had declined after fees were abolished (because the funds were used to supplement their salaries); and many management committees stopped meeting regularly.²² However, we can see that in the long term, use of public facilities is increasing for all categories of the population. This coincides with the creation of a vote within the budget for the national medical stores in the financial year 2009/10, which probably led to improvements in the supply and distribution of medicines. Indeed, the percentage of health facilities which had no stock-outs of essential medicines improved from 26% in 2008/09 to 43% in 2010/11.¹⁷



Conclusion

Ensuring financial risk protection will take more than the abolition of user fees. The need for wider health system improvements is already documented, which we also emphasize. In the current Ugandan health financing context, the best way forward is to harness the already high OOP expenditures into some form of prepayment. In addition, we argue that there is a need for wider government intervention, beyond the health sector, in poverty reduction and population growth control. The private sector still plays a significant role in health, and the issue of OOP payments is not an issue in the public sector alone; it has to encompass the private sector as well. The private provider is a preferred choice, even for those that are in absolute poverty, and the removal of fees will not protect the poor without effective mechanisms to work with the private sector in a public-private partnership. There is a need to address wider governance issues and to effectively regulate the private sector, to improve the framework within which the health sector can operate. 

References

1. WHO Africa Regional Office. *Health Financing: A strategy for the African Region*, in AFR/RC56/10, 2006.
2. Xu K *et al.* "Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda", *Soc. Sci. Med.*, 62(4), 2006, 866–876.
3. Xu K *et al.* "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *The Lancet* 362(9378), 2003,111–117.
4. Nabyonga J *et al.* "Abolition of user fees: the Uganda paradox", *Health Policy Plan*, 26 Suppl. 2:ii, 2006, 41–51.
5. Government of Uganda. "Ministry of Health: Financing Health Services in Uganda, 19998/1999–2000/200", in *National Health Accounts Report*, Kampala, 2004.
6. Burnham GM *et al.* "Discontinuation of cost sharing in Uganda", *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3), 2004, 187–195.
7. Nabyonga J *et al.* "Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda", *Health Policy Plan*, 20(2), 2005,100–108.
8. Nabyonga J *et al.* "Maintaining quality of health services after abolition of user fees: a Uganda case study", *BMC Health Serv. Res.*, 8, 2008,102.
9. Kawabata K *et al.* "Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure", *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 2002, 612.
10. Murray C *et al.* "Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: Concepts and empirical application", in Murray C and Evans D (eds), *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism*, World Health Organization, Geneva, 2003.
11. Peter Okwero *et al.* "Fiscal Space for Uganda", in Working Paper no. 186, World Bank, Washington DC, World Bank, 2012.
12. Mugisha F and Nabyonga J. "To what extent does recurrent government health expenditure in Uganda reflect its policy priorities?", *Cost Eff. Resour. Alloc.*, 8, 2010,19.
13. Jeppsson A. "Financial priorities under decentralization in Uganda", *Health Policy Plan*, 16(2), 2001,187–192.
14. Konde-Lule JK *et al.* "Private and public health care in rural areas of Uganda", *BMC Int. Health Hum. Rights*, 10, 2001, 29.
15. Tangcharoensathien V *et al.* "Regulation of Health Service Delivery in the Private Sector: Challenges and Opportunities", in *Technical partner paper 8*, Foundation TR, 2008.
16. Konde-Lule JK *et al.* "Legislative framework for private medical practice in Uganda", *East Afr. Med. J.*, 75(9), 1998, 544–548.
17. Government of Uganda. *Ministry of Health: Annual Health Sector Performance Report 20010/11*, MoH, Kampala, October 2012.
18. World Bank. *Governance matters: A decade of measuring the quality of governance*, Washington, DC, 2007.
19. Uganda Bureau of Statistics. *Uganda National Household Survey: Social Economic Module*, Kampala, 2010.
20. Government of Uganda. *Ministry of Health: Annual Health Sector Performance Report 2009/10*, MoH, October 2011.
21. WHO Country Office Uganda/Ministry of Health. *SIDA: The effects of abolition of cost-sharing in Uganda*, WHO, Kampala, 2003.
22. Kipp W *et al.* "User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda", *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), 2001, 1032–1037.



Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso

J Edouard O Doamba, Alexandre Ouedraogo et Priyanka Saksena
Auteur correspondant : J Edouard O Doamba, e-mail : doambafr@yahoo.fr

Malgré les efforts du gouvernement et la contribution des partenaires qui tendent à réduire les dépenses de santé des ménages à travers des mesures de gratuité et de subvention de certains soins pour en favoriser l'accès aux populations les plus défavorisées, les paiements directs des ménages finançaient toujours 36,90 %¹ des dépenses totales de santé au Burkina Faso en 2009. Cette situation s'aggrave particulièrement chez la population vivant en dessous du seuil de pauvreté qui en 2009 représentait 43,90 %² de la population. Ainsi, un défi majeur

auquel le système de santé du Burkina Faso doit faire face est l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé, en particulier pour les populations les plus défavorisées.

Le but de cet article est, d'une part, de mesurer la part des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement dû à ces dépenses, et d'autre part, de déterminer les facteurs associés à cette situation au Burkina Faso. Avant de présenter les résultats, il sera fait cas de l'utilisation des services de santé et des caractéristiques des dépenses

RÉSUMÉ—Malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires, la contribution des ménages au financement de la santé reste élevée. Cette étude vise d'une part à mesurer la part des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé et leur appauvrissement, et d'autre part à identifier les facteurs associés aux dépenses catastrophiques au Burkina Faso. Une approche d'analyse descriptive et de modélisation économétrique a été utilisée. Il ressort qu'en 2009, 1,43 % des ménages burkinabè ont effectué des dépenses catastrophiques de santé, et que les paiements directs de santé ont plongé près de 45 000 ménages dans la pauvreté. Il ressort également de cette étude que la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans un ménage diminue le risque de faire des dépenses catastrophiques, et que le faible niveau de vie des ménages, la résidence dans les régions du Centre, du Centre-Est et du Nord tout comme l'hospitalisation d'un des membres du ménage augmentent le risque de faire des dépenses catastrophiques.

See page 56 for the summary in English.
Ver a página 56 para o sumário em versão portuguesa.



de consommation des ménages. Toute l'analyse sera faite en tenant compte des quintiles de dépenses et du milieu de résidence.

Méthode

La méthode utilisée pour déterminer l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages et l'impact sur leur appauvrissement est celle développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).³ Les outils d'analyse descriptive et la modélisation économétrique ont été mis à profit pour l'analyse des résultats. Une analyse secondaire à partir des données de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM) de 2009 de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) a été utilisée pour cette étude. La collecte des données de l'enquête a concerné 8 404 ménages selon un sondage stratifié à deux degrés. Les données sur les médicaments et les consultations couvrent les trois mois ayant précédé la collecte, et celles sur l'hospitalisation et les analyses médicales couvrent les douze mois précédents.

Système de santé du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé et situé en Afrique de l'Ouest dans la boucle du fleuve Niger. Il a une superficie de 274 200 km². Sa population était estimée en 2009 à 15 224 780 d'habitants, avec une grande majorité (77,30 %) vivant en milieu rural.⁴ Le produit intérieur brut (PIB) par habitant était de 198 630 FCFA⁵ (391,74\$US⁶) en 2009.⁷

L'organisation du système de santé du Burkina Faso prend en compte l'organisation des services administratifs et l'organisation des services de soins. Sur le plan administratif, il est organisé de façon pyramidale sur trois niveaux : le niveau central, réparti autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ; le niveau intermédiaire, qui comprend 13 directions régionales de la santé ; et le niveau périphérique, qui est représenté par les 63 districts sanitaires en 2009. Les structures de soins se répartissent en trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur traditionnel.

Sur le plan du financement de la santé, il ressort que la dépense nationale de santé⁸ (DNS) s'établissait à 296,70 milliards de FCFA en 2009, ce qui représentait 7,60 % du PIB. La répartition des dépenses de santé par source de financement laisse apparaître que le secteur privé demeure la première source de financement en 2009, avec une contribution de 116 milliards de FCFA, soit 39,10 % de la dépense nationale. Le secteur privé est essentiellement dominé par la contribution des ménages, qui représentait 36,90 % de la DNS, et la contribution des assurances et des mutuelles de santé, qui était de 1,71 % de la DNS. Le secteur privé est suivi du secteur public, avec une contribution de 104,4 milliards de FCFA (28,80 % de la DNS), et des fonds extérieurs (avec 76,3 milliards de FCFA soit 25,70 % de la DNS).¹

Dans le souci de réduire la charge financière due aux paiements directs de santé des ménages, l'État a une politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans, deux catégories de la population jugées vulnérables. Il existe également des subventions de l'État pour l'achat de médicaments et pour la restauration des patients hospitalisés.

Résultats

Utilisation des services de santé

Il ressort de l'EICVM que 15,16 % de la population burkinabè est tombée malade ou a subi une blessure au cours des 15 jours ayant précédé la collecte des données en 2009. De cette population, 54,57 % ont consulté les services de santé ou un guérisseur traditionnel. Les motifs de consultation observés étaient fortement représentés par le paludisme/ fièvre (52,76 % de la population malade), suivi de la diarrhée (4,28 %).

On constate que la proportion de la population malade ou blessée effectuant des consultations augmente au fur et à mesure que le niveau de vie s'améliore. En effet, on note 45,88 % pour le 1^{er} quintile, le plus pauvre, contre 62,63 % pour le 5^{ème} quintile, le plus riche. En ce qui a trait au milieu de résidence, nous constatons que la proportion de la population citadine qui

réalise des consultations (55,38 %) diffère peu de celle rurale (54,21 %).

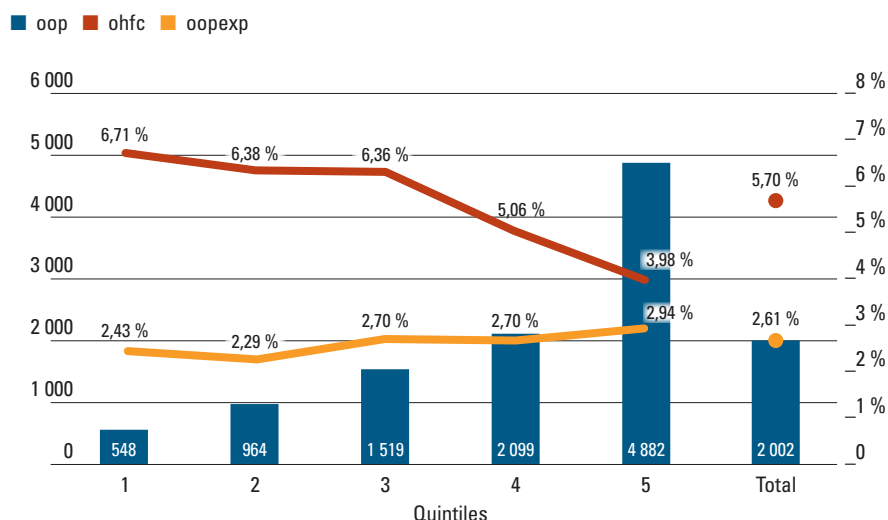
Par rapport aux ménages du quintile 1, un ménage du quintile 5 a respectivement près de 7,00 fois, 4,80 fois, 4,60 fois et 2,00 fois plus de chance de consulter un service de santé privé, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou un Centre Hospitalier Régional (CHR), un Centre Médical avec Antenne chirurgicale ou un Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) que de consulter un guérisseur traditionnel.

Niveau et caractéristique des dépenses de consommation

En 2009, un ménage burkinabè consacrait en moyenne par mois un montant de 73 894 FCFA à la consommation de biens et services, dont 44 109 FCFA pour la consommation alimentaire et 2 002 FCFA pour les paiements directs de santé. On note que les dépenses de consommation moyennes augmentent à mesure que le niveau de vie du ménage s'améliore et en fonction de l'urbanisation. En effet le quintile 1 consomme 24 327 FCFA par mois contre 164 420 FCFA pour le quintile 5. Selon le milieu de résidence, les ménages citadins dépensent en moyenne plus (97 862 FCFA par mois) que les ménages ruraux (63 966 FCFA pour la même période).

Globalement, 61,74 % des dépenses de consommation du ménage est alloué à l'alimentation contre seulement 2,61 % aux paiements directs de santé. La part budgétaire de la dépense de consommation alimentaire diminue avec l'amélioration du niveau de vie et l'urbanisation. Elle passe de 63,95 % pour le quintile 1 à 54,55 % pour le quintile 5 et, par rapport au milieu de résidence, nous observons 65,07 % et 53,69 % respectivement pour le milieu rural et le milieu urbain. Les paiements directs de santé des ménages augmentent en volume avec le niveau de vie et sont plus élevés en milieu urbain. En effet, les paiements directs de santé varient de 548 FCFA par mois pour le quintile 1 à 4 882 FCFA pour le quintile 5. Les ménages du milieu urbain consacrent en moyenne par mois 3 342 FCFA contre 1 447 FCFA pour ceux du milieu rural. La part du budget des ménages consacrée à la santé est plus élevée en milieu urbain (3,37 %) qu'en milieu rural (2,29 %). Les paiements directs de

Figure 1. Paiements directs de la santé en FCFA (oop) et en % des dépenses totales des ménages (oopexp) et de leur capacité contributive à payer (ohfc) par quintile de dépenses et selon le milieu de résidence



Source : Calcul des auteurs

santé sont destinés pour la plupart à l'achat des médicaments (36,76 %), aux dépenses d'hospitalisation (32,44 %), aux analyses médicales (11,19 %) et à la consultation médicale (6,88 %). Les ménages burkinabè consacrent en moyenne 5,69 % de leur capacité à payer⁹ aux paiements directs de santé. Il ressort de la figure 1 que ce taux diminue progressivement de 6,71 % pour le 1^{er} quintile à 3,98 % pour le 5^{ème} quintile. L'analyse révèle ainsi que le paiement direct de la santé est réparti de manière inéquitable entre les quintiles au Burkina Faso.

Dépenses catastrophiques et appauvrissement des ménages

En considérant les résultats du tableau 1, il ressort qu'en 2009, 1,43 % des ménages

burkinabè consacraient plus de 40 % de leur capacité à payer aux paiements directs de santé. Cette part diffère selon le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages. En milieu rural, elle s'élève à 1,54 % contre seulement 1,38 % en milieu urbain. Parmi les quintiles, c'est aux ménages des quintiles 1, 2 et 3, les plus pauvres, que revient la part la plus importante des dépenses catastrophiques. En effet, 1,77 %, 1,50 %, et 1,79 % des quintiles respectifs 1, 2 et 3 ont consacré plus de 40 % de leur capacité à payer aux paiements directs de la santé en 2009, contre respectivement 1,03 % et 1,04 % chez les ménages des quintiles 4 et 5.

Le pourcentage des ménages burkinabè qui ont des paiements directs compris entre 20 % et 40 % de leur capacité à payer

représente environ 4,54 % de l'ensemble des ménages. Ce pourcentage s'élevait à 4,2 % en milieu urbain et 5,37 % en milieu rural. Selon le niveau de vie, le pourcentage des ménages vulnérables aux dépenses catastrophiques s'élevait à 6,13 % dans le 1^{er} quintile, 5,68 % dans le 3^{ème} quintile et à seulement 2,04 % dans le 5^{ème} quintile. Les ménages n'ayant pas effectué des paiements directs de santé représentent 10,59 % de l'ensemble des ménages Burkinabè. Cette part diminue progressivement de 17,74 % pour les ménages du 1^{er} quintile à 5,69 % pour ceux du 5^{ème} quintile. On note également que la part des ménages n'ayant pas effectué de paiements directs de santé est plus élevée en milieu rural (12,20 %) qu'en milieu urbain (6,69 %).

Les paiements directs de santé peuvent pousser les ménages vers la pauvreté. En utilisant la méthodologie développée par l'OMS dont le calcul du seuil de pauvreté est fondé uniquement sur les dépenses alimentaires, l'incidence de la pauvreté au Burkina Faso était de 29,89 % en 2009. Ce taux cache des disparités selon le lieu de résidence : en effet, un peu plus du tiers (35,43 %) des ménages ruraux vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre seulement 16,52 % des ménages urbains. Si l'on enlève les paiements directs de la santé des dépenses totales des ménages, la pauvreté à l'échelle nationale passe de 29,89 % à 31,62 % soit un appauvrissement de 1,72 % représentant le taux d'appauvrissement dû aux paiements directs de la santé.

Selon le niveau de vie, les paiements directs de la santé affectent toutes les classes sociales. L'appauvrissement se manifeste beaucoup plus chez les ménages du 2^{ème} quintile où le taux de pauvreté passe de 49,36 % à 57,03 %, soit un taux d'appauvrissement de 7,67 points d'une part et chez les ménages du 3^{ème} quintile où l'on est passé d'un taux de pauvreté quasiment inexistant à 1,93 % dans les ménages urbains et 0,53 % dans les ménages ruraux de cette catégorie.

Par milieu de résidence, l'incidence de la pauvreté passerait respectivement de 16,52 % à 17,86 % en milieu urbain et de 35,43 % à 37,32 % en milieu rural, soit des taux d'appauvrissement des ménages

Tableau 1. Distribution de la part des paiements directs sur la capacité à payer des ménages selon les différents niveaux de vie et le milieu de résidence (en %)

		PD = 0	0 < PD/CP < 10 %	10% < PD/CP < 20 %	20% < PD/CP < 40 %	PD/CP supérieur à 40 %
Quintile	Quintile 1	17,74	60,87	13,49	6,13	1,77
	Quintile 2	12,14	68,8	12,34	5,21	1,5
	Quintile 3	9,37	71,21	11,95	5,68	1,79
	Quintile 4	7,71	78,59	9,01	3,66	1,03
	Quintile 5	5,96	85,17	5,79	2,04	1,04
Milieu de résidence	Urbain	6,69	75,17	11,23	5,37	1,54
	Rural	12,20	71,99	10,22	4,2	1,38
Total		10,59	72,92	10,52	4,54	1,43

PD/CP : Paiement direct sur la capacité à payer
Source : Calcul des auteurs

Tableau 2. Incidences de la pauvreté et appauvrissement (en %) selon le milieu de résidence et les classes des dépenses

Quintile	Pauvreté avant paiement direct de la santé			Pauvreté après paiement direct de la santé			Appauvrissement		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Quintile 1	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Quintile 2	50,64	49,08	49,36	59,06	56,58	57,03	8,42	7,50	7,67
Quintile 3	0,00	0,00	0,00	1,93	0,53	0,85	1,93	0,53	0,85
Quintile 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,06	0,00	0,09	0,06
Quintile 5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,04	0,00	0,09	0,04
Total	16,52	35,43	29,89	17,86	37,32	31,62	1,34	1,88	1,72

Source : Calcul des auteurs

respectifs dus aux paiements directs de la santé de 1,34 % et de 1,88 %.

Facteurs associés aux dépenses catastrophiques

Le comportement des ménages en matière de dépenses catastrophiques est habituellement influencé par la combinaison des facteurs propres aux ménages et de l'environnement dans lequel ceux-ci évoluent.¹⁰

A la lecture du tableau 3, on constate que sur un ensemble de neuf variables prédictibles d'être associées aux dépenses catastrophiques, seulement quatre sont significatives aux seuils de 10% : il s'agit de l'hospitalisation d'un des membres du ménage, de la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage, de la région de résidence et du niveau de vie du ménage.

En effet, un ménage qui hospitalise un de ses membres court 4,43 fois plus de risques d'effectuer des dépenses catastrophiques par rapport à un ménage dont aucun de ses membres n'a été hospitalisé. La présence d'enfants de moins de 5 ans a une association négative aux dépenses catastrophiques dans le ménage. Un ménage ayant en son sein au moins un enfant de moins de 5 ans court 1,69 fois moins de risques d'effectuer des dépenses catastrophiques par rapport à celui qui n'a aucun enfant de moins de 5 ans (1,69 correspond à l'inverse de l'Odds Ratio dans tableau 3). Quant à la région administrative de résidence du ménage, un ménage qui réside dans les régions du Nord, du Centre-Est et du Centre court respectivement 4,75 fois, 4,68 fois et 3,05 fois plus de risques

Tableau 3. Résultats de l'estimation des dépenses catastrophiques par le modèle logistique (année 2009)

Dépenses catastrophiques	Odds Ratio	P>z
Milieu de résidence (référence: milieu rural)		
Milieu urbain	1,024	0,810
Accès au service de santé (ménage situé à 15 mn d'un centre de santé)		
Accès	0,871	0,135
Hospitalisation		
Hospitalisé	4,429	0,000
Sexe du CM (référence: féminin)		
Masculin	1,023	0,879
Taille du ménage		
Taille du ménage	0,998	0,783
Age		
Agé de 60 ans et plus	1,012	0,894
Existence d'enfants de moins de 5 ans	0,591	0,000
Régions administratives (référence: Hauts Bassins)		
Boucle du Mouhoun	1,857	0,007
Sahel	2,409	0,000
Est	0,94	0,830
Sud-Ouest	0,918	0,800
Centre-Nord	2,167	0,000
Centre-Ouest	1,626	0,027
Plateau Central	1,199	0,467
Nord	4,75	0,000
Centre-Est	4,68	0,000
Centre	3,046	0,000
Cascades	1,913	0,025
Centre-Sud	1,693	0,027
Quintiles de niveau de vie (référence Quintile 1)		
Quintile 2	0,784	0,050
Quintile 3	0,801	0,071
Quintile 4	0,278	0,000
Quintile 5	0,513	0,000
Wald chi2(23) : 779,77		
Prob > chi2 : 0,0000		
Pseudo R2 : 0,0781		

Source : Calcul des auteurs

d'effectuer des dépenses catastrophiques par rapport à un ménage qui réside dans la région des Hauts Bassins. L'analyse montre également que l'appartenance des ménages aux quintiles 2,3, 4 et 5 diminue le risque d'exposition du ménage à des dépenses catastrophiques par rapport aux ménages du premier quintile.

Toutefois, les caractéristiques sociodémographiques du ménage telles que le milieu de résidence du ménage, l'accessibilité du ménage aux services de santé, le sexe du chef de ménage, la taille du ménage, la présence de personnes âgées de plus de 60 ans dans le ménage n'ont aucune relation avec les dépenses catastrophiques du ménage.

Discussion

L'étude a été réalisée à l'aide des données secondaires de l'EICVM 2009, ce qui n'a pas permis de collecter des données sur les remboursements des dépenses de santé par les assurances et mutuelles de santé. Nous recommandons que les prochaines enquêtes sur les conditions de vie des ménages prennent en compte les dépenses de remboursement des patients affiliés à des sociétés d'assurances ou à des mutuelles de santé ainsi que les dépenses de transport des patients.


Il ressort de l'étude que la fréquentation des centres de santé en 2009 est plus élevée dans le quintile 5 que dans le quintile 1. Les plus riches se soignent dans les formations sanitaires privées et publiques alors que les plus pauvres fréquentent les guérisseurs traditionnels. La part des médicaments reste élevée dans les paiements directs de santé. 1,43 % des ménages burkinabè ont subi des dépenses catastrophiques de santé en 2009 et 1,72 %, soit près de 45 000 ménages, sont tombés dans la pauvreté suite aux paiements directs de santé.

Ce sont les ménages des quintiles 1, 2 et 3 qui réalisent le plus de dépenses catastrophiques par rapport aux quintiles 4 et 5. Les paiements directs ont contribué à l'appauvrissement d'un grand nombre de ménages des quintiles 2 et 3 et sûrement à l'augmentation du niveau de pauvreté des ménages du quintile 1. La part des ménages faisant des dépenses catastrophiques dans les quintiles 1, 2 et 3 augmenterait si leur taux d'utilisation des services de santé était le même que les ménages des quintiles 4 et 5.

On note également que les ménages ayant hospitalisé un de leurs membres courent un grand risque de faire des dépenses catastrophiques car les dépenses d'hospitalisation coûtent cher. Les ménages des régions du Centre, du Centre-Est et du Nord sont plus exposés au risque de faire des dépenses catastrophiques que ceux de la région des Hauts Bassins car ils ont plus de formations sanitaires privées, de grands hôpitaux publics et d'officines privées (surtout dans la région du Centre) qui sont plus chers. L'association négative au risque de dépenses catastrophiques dans les ménages ayant des enfants de moins de 5 ans se justifie par la prise en charge gratuite de certaines maladies de l'enfant de moins de 5 ans dans certaines structures sanitaires publiques du gouvernement, notamment pour traiter le paludisme grave.

Conclusion

De cette étude, nous retenons qu'il s'avère nécessaire que le gouvernement renforce les politiques de gratuité des soins et médicaments existantes et mette en place une politique d'amélioration de l'accessibilité financière des ménages les plus pauvres aux services de santé. Une politique de prise en charge des

patients hospitalisés devrait également être mise en place pour soulager les ménages des patients hospitalisés. Enfin, des mécanismes favorisant l'équité dans l'utilisation des services de santé doivent être trouvés. Le gouvernement du Burkina Faso devrait considérer la mise en place d'une couverture maladie universelle pour sa population. 

Remerciements

Nous adressons notre profonde gratitude et nos vifs remerciements à l'adresse de toutes les structures et personnes qui ont apporté leur soutien à la conduite de cette étude, et plus particulièrement à l'OMS pour le financement de cette étude, à l'INSD pour la mise à disposition des bases de données utilisées et à tout le personnel de la DGISS pour leurs contributions multiformes à la réalisation de cette étude.

Références

1. DGISS. *Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2010 du Burkina Faso*, Ministère de la Santé, 2013 : 1–74.
2. INSD. *EICVM : Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages*, Rapport provisoire, 2009.
3. Xu K et al. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology. Discussion paper No. 2*. HSF, World Health Organization, 2005.
4. DGISS. *Annuaire statistique de la santé 2011*, Ministère de la Santé, 2012 : 146.
5. Franc de la Communauté Financière Africaine.
6. Taux de conversion en 2013 est de 1US\$ = 507,04 FCFA.
7. DGEP. *Résultats des projections de IAP*, Ministère de l'Economie et des Finances, mars 2011.
8. La DNS intègre toutes les fonctions en rapport avec la santé y compris les activités connexes telles que la formation et la recherche.
9. La capacité à payer des ménages se définit comme étant le revenu permanent des ménages hors revenu de subsistance. Elle est égale au total des dépenses des ménages en biens et services diminué du minimum entre le seuil de pauvreté et le total des dépenses de la nourriture du ménage.
10. Ezzrari L et al. *Etude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : Cas du Maroc*, Rapport Definitif, 2007.
11. Les Odds ratio (OR) est le rapport entre la chance associée à une modalité et celui d'une modalité de référence. Les OR supérieurs à 1 représentent des modalités qui augmentent la probabilité qu'un ménage ait des dépenses catastrophiques de santé. Corrélativement les OR inférieurs à 1 sont associés à des modalités qui diminuent la probabilité qu'un ménage ait des dépenses catastrophiques de santé par rapport à la modalité de groupe de référence. Dans ce dernier cas, l'interprétation se fait en utilisant l'inverse de l'OR.



Rapport sur les dépenses catastrophiques et l'impact des paiements directs sur l'appauvrissement des ménages : Cas de la Mauritanie

Mohamed Mahmoud Ould Khatry,ⁱ Taleb Ely Ould Taleb Ahmedⁱⁱ et Kelly Aminata Sakhoⁱⁱⁱ
Auteur correspondant : Mohamed Mahmoud Ould Khatry, e-mail : med.khatry@yahoo.fr

RÉSUMÉ—En Mauritanie, les dépenses totales de santé représentent 3,3 % des dépenses totales des ménages dont 87,6 % constituent des paiements directs et la part restante (12,4 %) représente les paiements indirects, notamment les frais de transport liés à la santé. L'obligation de payer pour accéder aux soins de santé a eu, et continue d'avoir, des conséquences sur l'état sanitaire, le niveau de vie des populations, en particulier dans les régions à faible revenu. Le but principal de ce rapport consiste à mesurer les dépenses catastrophiques de santé des ménages mauritaniens et leur impact sur l'appauvrissement.

Il en ressort que la population qui se déclare malade ou blessée était de 7,8 % avec un taux de consultation des services de santé de 68 %. Le milieu de résidence et le niveau de vie constituent des facteurs influant sur la demande des services de santé. Les structures de santé de base attirent la proportion la plus importante des malades (52,4 %).

Par rapport aux postes des dépenses de santé, l'achat de médicaments constitue la principale rubrique de dépenses (44,1 %). Quant aux dépenses catastrophiques de santé, 4 % des ménages mauritaniens consacraient plus de 40 % de leur capacité à payer aux paiements directs (soit 24 923 ménages au total). Les ménages ruraux où la couverture sanitaire est faible sont plus exposés au risque de dépenses catastrophiques de santé que leurs homologues citadins.

See page 56 for the summary in English.
Ver a página 56 para o sumário em versão portuguesa.

La présente étude s'inscrit dans le cadre des efforts fournis par le Département de la santé pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et promouvoir l'équité dans le système de santé. Elle met en exergue les liens entre les paiements directs des ménages pour les services de santé, les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement. Cette étude se veut une contribution à l'orientation que vont prendre les décideurs politiques dans la mise en place de mécanismes stratégiques de financement de la santé ayant comme objectif la couverture universelle.

Méthodologie

Aperçu du système de santé

La Mauritanie est un vaste pays au confluent du Maghreb et de l'Afrique Sub-saharienne. Il a une superficie de 1 030 700 km² compris entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest. En 2012, la population était estimée à environ 3 413 929 habitants avec un PIB de 1 090 US\$ per capita.³

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations : i) un niveau opérationnel ou périphérique (au niveau du district) où il existe deux types de structures, les Centres Santé et les Postes de Santé ; ii) un niveau intermédiaire comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales

régionales ou de district ; iii) un niveau tertiaire, essentiellement concentré à Nouakchott, qui comprend quatre types d'établissements publics de référence.

Au niveau de la dépense nationale en santé, le secteur a dépensé en 2008 une enveloppe globale de 37 384 811 814 millions MRO soit 154 930 841 US\$, soit 4,8 % du PIB, ce qui représente une dépense par tête d'habitant de 12 329 MRO soit presque 51 US\$.

La répartition de l'enveloppe globale par source de financement (toutes sources de financement confondues) montre que les ménages ont financé plus de la moitié des dépenses de santé, soit 50,6 %, suivi par l'État qui a contribué à hauteur de 27,6 %. La contribution des partenaires techniques et financiers extérieurs, y compris les ONG internationales, a été de 7,8 %.

Afin de faciliter l'accès aux services de santé et de garantir sa pérennité, le secteur a mis en place en 2003 un système de recouvrement des coûts des médicaments essentiels et des prestations de services au niveau des formations sanitaires publiques. Un système d'assurance maladie obligatoire est entré en activité en 2007, fondé sur le principe de solidarité et de partage du risque. Il couvrait 8 % de la population en 2012, soit les fonctionnaires civils et militaires en service ou à la retraite, les parlementaires en activité ou à la retraite, ainsi que les employés des établissements publics.

i Ministère de la Santé, Mauritanie
ii Office Nationale de la statistique
iii Bureau de l'OMS Nouakchott



Afin de garantir l'accès universel aux services fondamentaux de santé, l'État assure la gratuité sur l'étendue du territoire national des activités de vaccination, de la prise en charge du paludisme, du VIH/SIDA, de la tuberculose et de l'hémodialyse. Au niveau tertiaire, où les coûts des soins sont élevés, l'État a mis en place un système de prise en charge de ces frais pour les personnes dites indigentes. Ce mécanisme consiste à subventionner partiellement les hôpitaux en contrepartie des soins fournis aux indigents. Cette subvention est souvent jugée insuffisante.

Résultats de l'étude

L'utilisation des services de santé

Les résultats de l'EPCV 2008⁴ ont permis de noter que 7,8 % de la population a été malade ou a subi une blessure au cours des deux semaines précédant l'enquête. 68 % de cette population a consulté un service de santé soit 76 % de la population citadine contre 62 % chez la population rurale.

Selon le niveau de vie, la proportion de la population malade ou blessée effectuant des consultations médicales augmente au fur et à mesure que le niveau de vie

s'améliore. En effet, le taux de consultation médico-sanitaire passe de 56% chez la population la plus défavorisée (1^{er} quintile) à 74 % chez la population la plus aisée (5^{ème} quintile). Pour les deuxième, troisième et quatrième quintiles, ce taux est respectivement de 58,5 % ; 66,5 % et 74,4 %. Du point de vue du Wilaya (région), ce ratio est plus élevé au Tiris zemour (94 %), Nouakchott (78 %), Brakna (76 %) et Dakhliat NDB (75 %). Il est plus faible dans les wilayas de l'Inchiri (40 %) et de Guidimagha (52 %).

Outre le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages, le taux de consultation médico-sanitaire est influencé par d'autres facteurs d'ordre économique ou démographique, tels que le type d'activité de l'individu, son statut professionnel, son sexe, son âge, la taille de son ménage, etc. Le taux de consultation médico-sanitaire est également plus élevé chez les femmes que chez les hommes, soit respectivement 67,9 % et 66,8 %.

Par groupe d'âge, c'est la population plus âgée (65 ans ou plus) qui recourt le plus aux consultations médico-sanitaires en cas de maladie ou blessure, avec un taux d'environ 84,9 %. Selon la taille des ménages, il semble que le taux de

consultation décroisse avec la taille du ménage. Par ailleurs, l'analyse selon la typologie des ménages nous montre que les ménages constitués de couples avec enfants consultaient plus une structure de santé moderne ou traditionnelle que les ménages ayant une structure plus traditionnelle.

Selon le lieu de consultation, les structures de santé de base attirent la proportion la plus importante des malades, soit 52,4 %, dont 33,6 % pour les Centres de santé et 18,8 % pour les Postes de santé. Ils sont suivis par les hôpitaux publics (26,4 %). Le secteur privé n'attire quant à lui que 12 % de la consultation des malades, toutes structures confondues.

Structure des dépenses

En 2008, la dépense totale moyenne par ménage pour les produits et services s'élevait au niveau national à 1 079 982 MRO par an, soit près de 90 000 MRO par mois. Ces dépenses couvrent l'ensemble des biens et services acquis (achetés ou autoconsommés) par les ménages.

Le milieu de résidence est un facteur déterminant pour le niveau de cette dépense. En effet, la dépense annuelle totale moyenne des ménages est de

1 560 305 MRO en milieu urbain contre 723 266 MRO pour le milieu rural. Ces niveaux de dépenses s'écartent largement de ceux de 2004, où cette moyenne était de 1 003 639 MRO pour le milieu urbain et de 590 229 MRO en milieu rural. Cette dépense annuelle variait en 2008 de 663 314 MRO au Tagant à plus de 1 857 000 MRO à Dakhlet-Nouadhibou.

La part de la dépense alimentaire (y compris l'autoconsommation) a augmenté entre 2004 et 2008, passant de 51,9% à 57,8%. Par contre, la part des dépenses de santé a chuté en 2008 par rapport à 2004.

Les paiements directs de la santé

Selon la base de données de l'EPCV, le ménage mauritanien a en 2008 dépensé 41 055 MRO en services de santé, dont 35 953 MRO constituaient un paiement direct, soit l'équivalent de 17 332 MRO par personne ou 87,6 % des dépenses totales de santé des ménages.

Les paiements directs des ménages diffèrent selon le milieu de résidence et selon les classes de dépense. C'est ainsi qu'un ménage citadin consacre 52 910 MRO de ses dépenses annuelles aux paiements directs des soins de santé, contre uniquement 23 358 MRO pour un ménage rural. (Voir figure 1 et tableau 1.)

Reportés sur les dépenses totales des ménages, les paiements directs de santé représentent en moyenne 3,33 %. Cette part diffère selon le milieu de résidence et selon le niveau de vie des ménages. En effet, elle représente 3,39 % en milieu urbain et 3,23 % en milieu rural.

L'analyse des postes de paiements directs montre que l'achat de médicaments constitue la part la plus importante (69,4 %) des coûts, suivi par l'hospitalisation (11 %) et les analyses médicales (10 %). La ventilation de ces paiements en fonction du type de prestataire permet de conclure que 36,3 % de ces paiements se font dans les hôpitaux de niveaux tertiaire et secondaire.

L'EPCV 2008 a aussi fourni des informations sur les frais de transport liés à la santé qui, selon la définition de CNS ne font pas partie des paiements directs de santé. Dans le cas de Mauritanie, ces frais représentent 12,4 % des dépenses de

santé, une proportion certainement liée au rayon d'accès aux structures de santé.

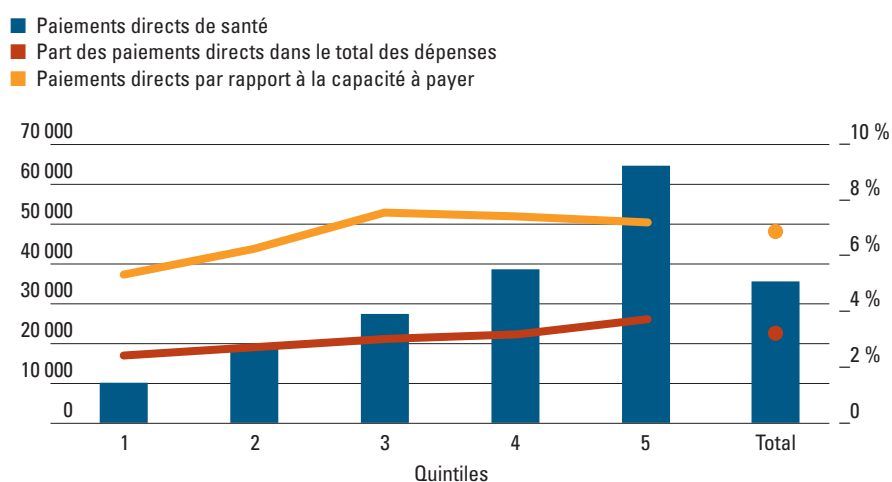
Les dépenses catastrophiques

Selon les résultats de l'EPCV, le rapport entre le paiement direct et la capacité à payer était en moyenne de 6,95 % en 2008. 4,11 % des ménages mauritaniens, soit l'équivalent de 24 923 ménages, consacraient en 2008 40 % ou plus de leur

capacité financière aux paiements directs de santé, une proportion qui diffère selon le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages : en milieu rural, cette part s'élève à 5,29 % contre uniquement 2,51 % en milieu urbain. (Voir figure 2.)

Par rapport au niveau de vie, c'est aux ménages du troisième quintile (la classe moyenne) que revient la part la plus

Figure 1. Part des paiements directs dans les dépenses de santé



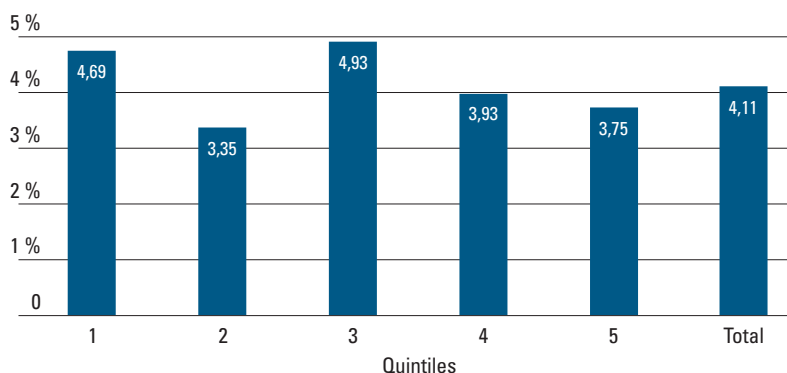
Source : EPCV et calcul des auteurs

Tableau 1. Les paiements directs de la santé en valeur (MRO) et en pourcentage des dépenses totales des ménages et leur contribution financière selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Paiements directs de la santé en MRO	Part des paiements directs dans le total des dépenses (en %)	Part de paiements directs par rapport à la capacité à payer (en %)
Rural	23 358	3,23	7,62
Urbain	52 910	3,39	6,05
Ensemble	35 953	3,33	6,95

Source : EPCV et calcul des auteurs

Figure 2. Proportion des ménages ayant fait des dépenses catastrophiques selon le niveau de vie et le milieu de résidence



Source : Calcul des auteurs

importante des dépenses catastrophiques. C'est ainsi que 4,93 % des ménages de ce quintile consacraient plus de 40 % de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé en 2008, suivis par les ménages les plus défavorisés (1er quintile) avec une proportion de 4,69 %, contre 3,75 % chez les ménages les plus aisés (5^{ème} quintile). Il est également à noter que la proportion la plus basse se retrouve dans le deuxième quintile, soit 3,35 %.

D'autre part, les résultats ont identifié que 13,7 % des ménages consacraient 20 % ou plus de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé en 2008. Cette part diffère également selon le milieu de résidence des ménages, s'élevant à 16,3 % en milieu rural contre 10,3 % en milieu urbain.

L'impact sur l'appauvrissement des ménages

Selon le profil de pauvreté 2008, le taux de pauvreté (proportion des ménages pauvres) en Mauritanie atteint 35,20 %. Ce taux cache des disparités selon le milieu

10,14 % à 18,04 %, enregistrant ainsi un écart de 7,90 points. Il est à noter que, pour les 1^{er} et 2^{ème} quintiles, la catégorie d'appauvrissement qui apparaît comme nulle (0 %) ne signifie pas l'absence d'impact des paiements directs des ménages. Cette catégorie de la population est totalement pauvre (100 %), que l'on retranche ou non leurs paiements directs.

Si l'on tient compte du lieu de résidence, l'incidence de la pauvreté passe respectivement de 15,09 % à 16,01 % en milieu urbain et de 50,14 % à 52,14 % en milieu rural, soit des taux d'appauvrissement des ménages respectifs dus aux paiements directs de la santé de 0,92 % et de 2,00 %. (Voir tableau 2.)

Les facteurs associés aux dépenses catastrophiques de santé

Les dépenses catastrophiques des ménages sont habituellement influencées par une combinaison de plusieurs facteurs relatifs aux ménages et à l'environnement dans lequel ils opèrent. Ces facteurs portent sur l'ensemble des

aspects d'ordres sociodémographique et socio-économique.⁵ Par conséquent, et pour mieux synthétiser ces facteurs de dépenses catastrophiques, il importe d'estimer l'effet isolé – toutes choses étant par ailleurs égales – des variables susceptibles d'influencer les dépenses catastrophiques de santé faites par les ménages. Le choix des variables à tester dépend de leur pertinence et de la disponibilité de l'information dans le fichier de l'EPCV 2008. En particulier, nous avons testé l'effet du milieu de résidence, de la taille du ménage, du sexe du chef de ménage, de son âge, son niveau d'instruction, sa situation professionnelle et du niveau de vie du ménage. Les résultats ainsi obtenus répondent à nos attentes, dans la mesure où la quasi-totalité des variables opèrent souvent dans le sens attendu avec un seuil de signification de moins de 1 %.

Par rapport à l'accès aux services de santé, les ménages qui se trouvent dans des zones à distance de plus de 5 km de la structure de santé la plus proche ont plus de risque de faire

Tableau 2. Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé selon le milieu de résidence et le niveau de vie

Quintile	Pauvreté initiale des ménages			Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé			Appauvrissement		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Quintile 1	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Quintile 2	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Quintile 3	11,03 %	9,77 %	10,14 %	17,48 %	18,28 %	18,04 %	6,45 %	8,50 %	7,90 %
Quintile 4				0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Quintile 5							0 %	0 %	0 %
Total	15,09 %	50,14 %	35,20 %	16,01 %	52,14 %	36,74 %	0,92 %	2,00 %	1,54 %

Source : EPCV et calcul des auteurs

de résidence car, en effet, plus de la moitié (50,14 %) des ménages ruraux vivent en dessous du seuil de pauvreté contre seulement 15,09 % en milieu urbain.

Si l'on tenait compte des paiements directs de la santé dans les dépenses totales des ménages, la pauvreté serait plus accentuée. À l'échelle nationale, elle passerait de 35,20 % à 36,74 %, soit un taux d'appauvrissement de 1,54 % dû aux paiements directs de la santé. L'incidence de l'appauvrissement se manifeste beaucoup plus chez le troisième quintile où l'incidence de pauvreté passe de

Tableau 3. Résultats de l'estimation des dépenses catastrophiques par un modèle logistique

Variable	Sig.	Odds ratio ^a
Distance de plus de 5 km de la structure de santé la plus proche	,000	1,141
Milieu de résidence	,000	,492
Taille du ménage	,003	,950
Sexe du CM	,000	1,117
Age du CM	,000	1,329
Hospitalisation	,000	4,713
Pauvreté avec le seuil nationale	,000	,863
Quintile 3	,001	1,062
Constante	,000	,054

Source : Calcul des auteurs

des dépenses catastrophiques que les ménages qui résident à moins de 5 km (toutes structures confondues). Selon leur lieu de résidence, les ménages ruraux sont les plus exposés au risque des dépenses catastrophiques de santé que leurs homologues urbains. Ce résultat supporte notre analyse descriptive selon laquelle 5,3 % des ménages ruraux consacraient plus de 40 % de leur faculté contributive aux paiements directs de santé contre uniquement 2,5 % chez les ménages urbains. (Voir tableau 3.)

Discussion

Cette étude ne prend pas en considération dans le calcul des paiements directs des ménages le remboursement fait par les assurances maladies parce que le questionnaire EPCV n'a pas prévu cette question. Pour mieux apprécier la charge que supportent les ménages, il serait donc utile d'introduire ce remboursement dans les prochaines éditions de l'EPCV.

L'analyse des insuffisances liées au financement du système de santé en Mauritanie, et plus particulièrement les liens entre les paiements directs et l'appauvrissement, nous ont poussé à rechercher des solutions dans le domaine de la mutualisation du risque et du financement collectif de la santé. Le système de financement de la santé doit être conçu non seulement pour que les gens aient accès aux services de santé quand ils en ont besoin, mais aussi pour protéger les ménages contre les dépenses de santé catastrophiques.

Par rapport à l'utilisation des services de santé, il a été remarqué que l'achat des médicaments représente à peu près la moitié des paiements directs des ménages. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le dysfonctionnement du système de recouvrement des coûts qui finance entièrement les médicaments dans les structures publiques. Son dysfonctionnement se manifeste souvent au travers d'une rupture de stock fréquente des médicaments essentiels. Bien que les prix des médicaments soient homologués dans les structures privées, ils restent très élevés par rapport aux revenus des ménages pauvres et de la classe moyenne. La redynamisation de



ce système pourrait atténuer la charge financière que supportent les ménages.

Comme les frais de transport constituent une part considérable dans les dépenses de santé des ménages, il serait utile de rapprocher les services de santé de la population à travers la construction et l'équipement de structures de santé dans les zones rurales. Il a été remarqué que l'utilisation des services augmente avec le niveau de vie, ce qui explique peut-être le pourcentage élevé des dépenses catastrophiques chez les ménages de 3^{ème} quintile. Il est également possible que les ménages des deux premiers quintiles, dont la majorité habite dans le milieu rural, aient un moindre accès à cause de la faible couverture des services de santé dans ces zones. L'extension de la couverture de l'assurance maladie obligatoire à tous les salariés au niveau du pays constitue une mesure apte à alléger le fardeau financier des ménages de la classe moyenne qui sont les plus touchés par les dépenses catastrophiques.

Plus généralement, il faudra trouver d'autres mécanismes pour améliorer l'accès et la protection financière aux autres tranches de la population. Dans cette optique, la révision des mécanismes actuels de prise en charge des indigents et personnes défavorisées pourrait aussi atténuer le fardeau des dépenses de santé pour les plus démunis.

Conclusion

Le principal constat qui ressort du présent rapport est que les individus ou les ménages mauritaniens consacrent une part considérable de leur revenu aux soins de santé. Vu la faible couverture de l'assurance maladie, qui ne dépasse pas 8 % de la population, et le niveau souvent jugé insuffisant des subventions provenant du budget de l'État, la majorité des dépenses des ménages en matière de soins se fait par paiement direct. Il est prouvé que ce modèle de paiement, en plus de constituer une barrière limitant l'utilisation des services, pénalise aussi lourdement les foyers déjà fragilisés par la pauvreté lorsque l'un des membres du ménage est confronté à un grave événement de santé auquel il n'est pas préparé financièrement. 🇲🇷

Références

1. http://www.ons.mr/index.php?option=com_content&view=article&id=10:epcv-2008-&catid=8:grandes-realizations&Itemid=8
2. OMS. *Systèmes de financement de la santé « comment réduire les dépenses catastrophiques »*, 2005.
3. Ministère de la santé. *Plan national de développement sanitaire 2012–2020*, novembre 2011, 21.
4. Office nationale de la statistique. *Profil de pauvreté 2008 en Mauritanie*, septembre 2009, 70.
5. Ezrari A et El Alami El Fellousse. *Etude sur les dépenses catastrophiques cas de Maroc*, Décembre 2007, 28.



Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011

Magor Sow, Malick Diop, Arona Mbengue, Abou AW, Farba Lamine Sall, Abibou Cissé, Badou Sonko, Ousseynou Diop, Sokhna Gaye et Priyanka Saksena
Auteur correspondant : Magor Sow, e-mail : magor03sow@yahoo.fr

RÉSUMÉ—Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires, la contribution des ménages au financement des soins de santé reste élevée au Sénégal. Le but de cette étude est de déterminer la proportion des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur la pauvreté, et de déterminer les facteurs explicatifs des dépenses catastrophiques. La méthodologie proposée par l'OMS a été utilisée à cet effet.

Il ressort qu'en 2011, 2,59 % des ménages ont effectué des dépenses catastrophiques, soit 38 056 ménages. En 2011, les paiements directs ont plongé 1,78 % des ménages dans la pauvreté contre 0,96 % en 2005. La part des dépenses en médicaments reste élevée pour les ménages : 68 % en milieu rural contre 55 % en milieu urbain en 2011. Les résultats économétriques montrent que le niveau de pauvreté, le milieu de résidence et l'existence d'un handicap au sein d'un ménage constituent des facteurs déterminants des dépenses catastrophiques.

See page 56 for the summary in English.
Ver a página 56 para o sumário em versão portuguesa.

Environ 150 millions de ménages dans le monde font face à des dépenses catastrophiques de santé, et quelque 100 millions tombent dans la pauvreté à cause des coûts des services de santé.¹

Au Sénégal, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)² de 2005 indiquaient une contribution des ménages au financement du système de santé à hauteur de 37,6 % de la dépense nationale de santé. Seulement 11 % de cette contribution correspondait à des cotisations d'assurance, les paiements directs constituant les 89 % restants. La part importante des paiements directs traduit, dans un contexte de pauvreté, le lourd fardeau supporté par les ménages pour faire face à leurs soins de santé. Ainsi, les dépenses de santé peuvent avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie des ménages vulnérables et à faible capacité financière en raison de la perte de revenus qu'entraîne la maladie et des dépenses qui y sont liées. Cette étude met en évidence les phénomènes de l'appauvrissement et des dépenses catastrophiques dues aux paiements directs de santé qui peuvent survenir quand, pour payer les soins, le ménage doit s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à son revenu. L'étude identifie également les principaux facteurs associés aux dépenses catastrophiques et à l'inéquité dans l'utilisation des services de santé.

Méthodologie

Dans ce document, la méthodologie utilisée est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour analyser le fardeau des paiements directs de santé. Selon celle-ci, un ménage fait face à des dépenses catastrophiques si ses dépenses totales de santé sont supérieures ou égales à 40% de sa capacité à payer, capacité calculée à partir des dépenses totales et des dépenses d'alimentation ajustées à la taille du ménage.³ Cette même méthodologie a servi pour le calcul du seuil de pauvreté nécessaire à l'évaluation de l'effet des paiements directs sur le niveau de pauvreté des ménages et de l'utilisation des services de santé. Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont celles des Enquêtes de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS),⁴ qui ont été effectuées respectivement en 2005 auprès de 13 600 ménages et en 2011 auprès de 18 000 ménages.

Le système de santé du Sénégal

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² et comptait en 2011, selon les projections de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD), 12,85 millions d'habitants, dont 58,5 % vivant en milieu rural. Toujours en 2011, le PIB par tête d'habitant était estimé à 526 404 FCFA. Les ESPS ont révélé que

52 % des ménages vivaient en dessous du seuil national de la pauvreté en 2005 et 46,7 % en 2011.

En ce qui concerne le financement de la santé, l'État contribuait en 2005 à 36 % de la dépense nationale de santé, et ses partenaires techniques et financiers à 21 %. Ces fonds prépayés ont été utilisés en grande partie pour financer les services suivants (selon la classification des CNS) : soins curatifs (32 %), prévention et santé publique (22 %), médicaments (18 %) et construction et équipement (11 %).⁵

Les soins de santé primaires sont à la base de la politique de santé et l'ajustement de l'offre à la demande reste un souci constant. Moins de 20 % de la population bénéficie d'une couverture contre le risque de maladie à travers l'assurance maladie obligatoire, que l'on retrouve surtout dans les milieux urbains, et les mutuelles de santé qui ont un faible taux de pénétration. La généralisation des paiements directs au niveau des structures sanitaires publiques et privées a entraîné l'exclusion d'une bonne partie des Sénégalais des services de santé. Pour remédier à cette situation, l'État a adopté un régime d'assistance médicale qui regroupe des services de santé subventionnés et des mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Ces services comprennent les accouchements et césariennes, les soins aux personnes âgées, l'accès aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux. De plus, les traitements considérés coûteux de certaines affections tels le diabète, le cancer, les insuffisances rénales, etc. font l'objet de subventions.

Il faut cependant relever les insuffisances dans la mise en œuvre de ces mesures. Ces insuffisances découlent de la faiblesse de l'administration de ces dispositifs, notamment en ce qui concerne le ciblage des bénéficiaires et le niveau de subvention des prestations, mais également du fait des lenteurs constatées dans le recouvrement par les structures des subventions liées aux prestations.

Pour améliorer l'accessibilité aux soins des Sénégalais, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale s'est engagé dans une politique de développement de stratégies et d'approches orientées vers la couverture maladie universelle.



Résultats

Les besoins déclarés et l'utilisation des services par quintile

Les données indiquent que le nombre de chefs de ménage ayant déclaré une maladie a augmenté entre les deux années analysées, passant de 27,68 % en 2005 à 43,18 % en 2011. Toutefois, la proportion de ceux qui utilisent les services de santé est restée presque stable durant cette période.

L'analyse faite au niveau des quintiles met en évidence que les ménages du quatrième quintile sont plus touchés par la maladie, avec des proportions respectives de 30,66 % en 2005 et de 47,07 % en 2011, alors que ceux du premier quintile ont déclaré moins de maladies (26,01 % en 2005 et 40,04 % en 2011).

En ce qui a trait à l'utilisation des services de santé, les plus démunis (1^{er} et 2^{ème} quintiles) ont moins fréquenté ces services, avec des taux respectifs de 16,28 % et 19,75 % en 2005 contre 16,90 % et 19,06 % en 2011. Ce taux

est de 26,62 % chez les ménages du quatrième quintile et 25,07 % chez ceux du cinquième quintile en 2011.

Pour ce qui est du taux d'hospitalisation, il est passé de 10,19 % en 2005 à 13,99 % en 2011. Si l'on s'intéresse à ceux qui ont été hospitalisés dans une structure sanitaire, les plus riches les plus riches représentent la proportion la plus importante, 15,26 % en 2005 et 15,20 % en 2011. La part des chefs de ménages pauvres hospitalisés est faible (5,36 % en 2005 et 7,52 % en 2011), ce qui ne traduit sûrement pas le fait que ces individus n'ont pas été touchés par une maladie qui aurait nécessité une hospitalisation, mais plutôt l'inaccessibilité aux services hospitaliers en raison de leur revenu limité et de leur éloignement de ces structures.

Statistiques descriptives sur les dépenses totales et les paiements directs de santé

Les dépenses totales annuelles par ménage étaient évaluées à 2 333 334 FCFA (4 602,24 \$US) en 2005 contre 2 440 952 FCFA (4 814,5 \$US)⁶ en 2011, soit une hausse de 4,4 %. En 2011, les dépenses alimentaires constituaient 58 % en moyenne du total des dépenses. Les dépenses moyennes sur les paiements directs étaient de 72 781 FCFA (143,55 \$US), soit 3,06 % des dépenses totales des ménages.

Les données indiquent que les dépenses en médicaments (y compris la pharmacopée traditionnelle) demeurent un lourd fardeau pour les ménages. Toutefois, la part des dépenses en médicaments par les familles démunies passent de 66,8 % des paiements directs de santé en 2005 à 59,7 % en 2011. Par contre, la part des dépenses en frais d'hospitalisation a enregistré une hausse de 4,1 points pour s'établir en 2011 à 10,0 % du total des paiements directs. (Voir tableau 1.)

Tableau 1. Objet des paiements directs par milieu

Milieu	Consultations	Médicaments et pharmacopée	Hospitalisations	Examens et analyses	Soins
2005					
Urbain	16 %	60 %	6 %	14 %	6 %
Rural	10 %	81 %	5 %	3 %	1 %
2011					
Urbain	11 %	55 %	10 %	9 %	4 %
Rural	10 %	68 %	10 %	6 %	4 %

Répartition des paiements directs par type et par milieu

La majeure partie des paiements directs des ménages était allouée aux dépenses en médicaments et en pharmacopée traditionnelle. Cette part était estimée à 81 % en 2005 (68 % en 2011) pour les ménages vivant en milieu rural, et à 60 % en 2005 (55 % en 2011) pour ceux vivant en milieu urbain. Cette différence peut s'expliquer par la faiblesse du coût et du volume des prestations en milieu rural. Les dépenses en consultations occupent respectivement 16 % et 10 % en 2005 contre (11 % et 10 % en 2011) des paiements directs des ménages urbains et ruraux.

Répartition des paiements directs par type et par quintile

Les résultats montrent que, quelque soit le quintile de la population, le coût des médicaments constitue le pourcentage le plus important des dépenses, et que

sa part a augmenté entre 2005 et 2011. Pour ces deux années, la demande de services d'aide aux diagnostics semble plus systématisée dans le 5^{ème} quintile.

Plus le ménage est pauvre, plus la part des dépenses en médicaments dans les dépenses de santé est importante. Elle représentait environ 84 % en 2005 et 70 % en 2011 chez les plus pauvres, contre respectivement 56 % et 55 % chez les plus riches. Ces résultats montrent aussi que la part des paiements directs par rapport à la capacité à payer est passée de 4,18 % en 2005 à 7,79 % en 2011.

Part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer par quintile

La part des paiements directs par rapport à la capacité à payer diminue des plus pauvres aux plus riches, passant de 5,03 % au 1^{er} quintile à 3,28% au 5^{ème} en 2005 (11,91 % et 4,24 % en 2011). Cette

situation s'expliquerait par l'impact du revenu et les bénéfices provenant d'une couverture d'assurance maladie pour la classe la plus riche. (Voir figure 1.)

Les dépenses catastrophiques

Les données indiquent qu'en 2011, 38 056 ménages Sénégalais, soit 2,59 % du total des ménages, ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé, c'est-à-dire lorsque la proportion des paiements directs par rapport à la capacité à payer du ménage dépasse 40 %. La plus forte concentration de ces ménages, soit 6,62 %, se trouvait dans le premier quintile de la population, celui des plus démunis.

Les ménages dont la part des paiements directs par rapport à la capacité à payer est comprise entre 20 % et 40 % présentent une grande vulnérabilité face aux dépenses élevées de santé par rapport à leurs moyens. Au niveau national, cette catégorie représentait 7,72 % des ménages. (Voir figure 2.)

Les paiements directs moyens par milieu de résidence et par quintile

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation en 2011, les ménages ruraux y consacrent en général plus de ressources. Ces résultats s'expliqueraient par le fait qu'une majorité des ménages ruraux ne bénéficient pas d'assurance maladie. En particulier, au niveau du 5^{ème} quintile, le niveau élevé des dépenses d'hospitalisation dans le monde rural serait lié à la fréquentation par ce groupe (qui ne bénéficie pas en majorité d'une couverture maladie) de structures hospitalières qui offrent des services à coût élevé.

Toutefois, une situation inverse est notée pour les quintiles 1 et 3 : les dépenses d'hospitalisation des ménages sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural en 2005 pour le 1^{er} quintile et en 2011 pour le 3^{ème} quintile.

Impact des paiements directs sur la pauvreté

En appliquant la méthodologie retenue aux données de l'ESPS 2011, il apparaît qu'avant paiement direct, 32,88 % des ménages sénégalais doivent être considérés comme pauvres. Ce pourcentage cache cependant des disparités. En effet, en

Figure 1. Part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer par quintile

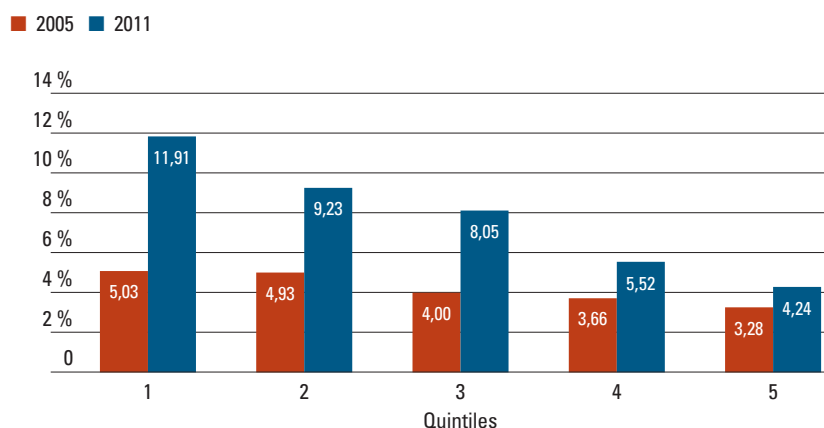
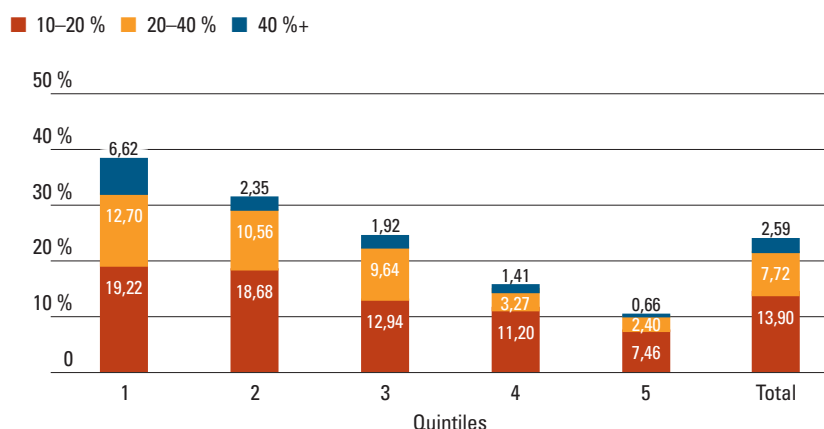


Figure 2. Distribution de la part de paiements directs sur la capacité à payer en 2011



milieu rural, la proportion des ménages pauvres est estimée à 52,06 % alors qu'en milieu urbain, elle est de 13,20 %. En utilisant ce seuil, l'appauvrissement dû à des paiements directs est de 0,96 % en 2005 et 1,78 % en 2011. Toutefois, il faut noter que la méthodologie utilisée pour le calcul du seuil de pauvreté est basée uniquement sur les dépenses alimentaires. Les résultats obtenus ne sont donc pas comparables au seuil de pauvreté national officiel.

Pauvreté avant et après paiement direct par milieu de résidence en 2011

Les résultats montrent que les ménages se sont appauvris en raison de paiements directs de santé. Cet appauvrissement est 2,50 % en milieu rural contre 1,04 % en milieu urbain. Les paiements directs de santé peuvent aggraver le niveau de pauvreté de certains ménages considérés pauvres avant paiements directs. En effet, l'écart de la pauvreté dû aux paiements directs était de 9 759 FCFA par ménage dans les données de 2011. Pour les plus pauvres, l'écart dû aux paiements directs de santé était de 22 826 FCFA par ménage, à comparer à 360 FCFA par ménage pour ceux du quatrième quintile. (Voir tableau 2.)

Les déterminants des dépenses catastrophiques de santé

Pour mettre en évidence les facteurs qui caractérisent les ménages qui font face à des dépenses catastrophiques, une approche économétrique à travers un modèle logistique a été utilisée. (Voir tableau 3.)

Les résultats révèlent que les ménages les plus pauvres (quintile 1) sont plus exposés aux dépenses catastrophiques de santé que les autres quintiles. Dans la régression, le premier quintile était le groupe de référence (cf. tableau 3). Pour le second quintile, l'Odds Ratio était de 0,438. L'inverse de l'Odds Ratio de 0,438 est égal à 2,28, ce qui indique que le second quintile a 2,28 fois moins de risques de faire face à des dépenses catastrophiques que le premier. De même, le cinquième quintile a 5,21 fois moins de risques de faire face à des dépenses catastrophiques que le premier quintile. Cette situation s'expliquerait par l'exposition des pauvres au renchérissement du coût de la maladie

Tableau 2. Taux de pauvreté avant et après paiement direct par milieu de résidence en 2011

	Milieu de résidence					
	Urbain			Rural		
	Avant paiement	Après paiement	Ecart	Avant paiement	Après paiement	Ecart
Non pauvre	86,80 %	85,76 %	1,04 %	47,94 %	45,44 %	2,50 %
Pauvre	13,20 %	14,24 %		52,06 %	54,56 %	

Tableau 3. Les résultats de l'estimation du modèle logit au niveau national 2011

Variables	Odds Ratio	P>z
Quintiles de niveau de vie (référence Quintile 1)		
Quintile 2	0,438***	0,001
Quintile 3	0,393***	0,001
Quintile 4	0,329***	0,006
Quintile 5	0,192**	0,025
Taille du ménage		
Taille du ménage	0,998	0,783
Rural (référence)		
Urbain	0,385**	0,001
Age		
age5_n	0,981	0,832
age60_n	1,018	0,864
Femme (référence)		
Homme	1,149	0,619
Célibataire (référence)		
Marié	0,790	0,662
Autres	2,086	0,21
Non handicap (référence)		
Handicap	2,535***	0,001
Wald chi2(12) = 72.79 Prob > chi2 = 0.0000 Pseudo R2 = 0.1021		

du fait de complications dues à un recours tardif aux soins, en raison de la faiblesse de leur revenu, mais aussi de la précarité de leurs conditions d'existence.

Comparés aux ménages ruraux, ceux du milieu urbain courent 2,6 fois moins de risques de faire face à des dépenses catastrophiques de santé. Ce résultat peut être mis en rapport avec le taux de pauvreté élevé du milieu rural. En effet, l'analyse descriptive a montré que plus de la moitié des ménages ruraux vivent en dessous du seuil de pauvreté, et sont du coup pour la plupart vulnérables aux chocs qui peuvent facilement avoir un impact sur leur niveau de vie. De plus,

ils ne bénéficient souvent pas d'une assurance maladie.

Il est également à noter que le genre, le nombre d'enfants de moins de 5 ans et d'individus de 60 ans ou plus, n'ont pas un impact significatif sur le risque de se retrouver dans le groupe des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques. Pour les individus de plus de 60 ans, ce fait pourrait être lié au plan SESAM mis en place par le Gouvernement, qui permet la gratuité de certains soins aux individus de cette tranche. Pour les enfants de moins de 5 ans, l'application de tarifs préférentiels, voire d'exonérations, peut constituer le facteur explicatif.

La présence d'un handicap expose plus un ménage à faire face à des dépenses catastrophiques. En effet, l'analyse a révélé que ceux qui possèdent un handicap courent 2,5 fois plus de risques de faire face à des dépenses catastrophiques que ceux qui n'en possèdent pas, ceci pourrait s'expliquer par la lourdeur de la prise en charge de ces personnes.

Les limites de l'étude

La première limite de cette étude est liée à la périodicité des informations sur les dépenses de santé. En fait, ces informations ont été collectées sur les 12 derniers mois précédant l'enquête. Cela peut avoir un impact sur la qualité des données qui peuvent être sous-estimées car beaucoup ont tendance à oublier les dépenses plus anciennes. Pour les dépenses de santé, une autre limite est l'impossibilité de dissocier les dépenses en médicaments de celles en pharmacopée traditionnelle.

De plus, les données sur les besoins déclarés et l'utilisation ont été collectées durant les 30 jours précédant l'enquête. Cela pose un problème sérieux si on veut faire un lien avec les informations concernant les dépenses du ménage, car les deux périodes ne sont pas identiques. Enfin, en ce qui concerne l'utilisation des services de santé, seuls les chefs de ménages ont été pris en compte et l'information sur les autres membres du ménage n'est pas examinée.

Discussion

On remarque que les ménages pauvres (quintiles 1 et 2) ont le moins fréquenté les services de santé. La part des chefs de ménages pauvres hospitalisés qui utilisent des services est faible. Cela ne traduit sûrement pas le fait que ces individus n'ont pas été touchés par une maladie qui nécessite une hospitalisation mais s'expliquerait par l'inaccessibilité aux services hospitaliers en raison de leur revenu limité et de leur éloignement de ces structures.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les ménages ruraux ont consacré plus de ressources aux dépenses d'hospitalisation. Ces résultats s'expliqueraient par le fait qu'une majorité des ménages ruraux ne bénéficie pas d'assurance maladie. Le pourcentage des dépenses catastrophiques augmenterait si les ménages pauvres utilisaient les services au même titre que les plus riches (quintiles 4 et 5).

Les résultats montrent aussi que la majeure partie des paiements directs des ménages est allouée aux dépenses en médicaments et en pharmacopée traditionnelle. L'État doit mettre en place une vraie politique du médicament par le renforcement de la disponibilité des médicaments essentiels, la subvention des médicaments en général et l'intégration des médicaments dans le panier de services pris en charge par les différentes politiques de subvention et de gratuité des soins de santé.

Les résultats du modèle économétrique révèlent que le niveau de vie, le milieu de résidence et l'existence d'un membre handicapé dans le ménage constituent des facteurs déterminants des dépenses catastrophiques. Par contre, la présence d'enfants de moins de 5 ans ou de personnes âgées de 60 ans ou plus n'est pas significative, ce qui pourrait s'expliquer par les politiques de prise en charge mises en place par l'État pour ces catégories de la population.

Conclusion

Cette étude a permis de déterminer la proportion des ménages appauvris du fait des paiements directs, de mesurer le degré d'utilisation des services de santé, et de déterminer les ménages qui ont effectué des dépenses catastrophiques de santé.

L'étude montre que 2,59 % des ménages ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé en 2011 et que 1,78 % des ménages se sont appauvris du fait des paiements directs. Malgré les programmes et projets facilitant l'accès aux soins de santé mis en place par l'État, les ménages sénégalais continuent de consacrer une partie importante de leur revenu au paiement des soins de santé. La problématique de l'accessibilité aux soins de santé demeure plus marquée en milieu rural, où le pouvoir d'achat des populations est faible. Les autorités doivent mettre en place des mécanismes pour se diriger vers une couverture universelle afin de corriger l'inéquité dans l'accès aux soins de santé et les risques financiers associés, avec un accent particulier mis sur les populations pauvres et vulnérables. 🇸🇳

Références

1. Xu K et al. *Système de financement de la santé comment réduire les dépenses catastrophiques*, résumé technique 2, 2005.
2. Comité technique des CNS. *Le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal*, 2005, Ministère en charge de la santé/CAFSP, 2009, 1–87.
3. Xu K et al. "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *The Lancet*, 2003. 362(9378), 111–7
4. ANSD. *L'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal 2005–2006*, MEF/ANSD, Août 2007, 1–89.
5. Comité technique des CNS. *Le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal*, 2005.
6. Le taux de conversion utilisé était de 1 US\$ = 507 CFA francs.



News and events

Dr Sambo calls for more and better coordinated stakeholder support for countries to defeat NTDs

The World Health Organization Regional Director for Africa, Dr Luis Sambo, has called for increased commitment and better coordinated support by partners and donors to tackle neglected tropical diseases (NTDs) which affect mainly people living in rural areas. Dr Sambo made the call in an address to the opening session of a consultative meeting on NTDs which was held from 20 to 22 March in Brazzaville.

In the address, the Regional Director acknowledged the support of the pharmaceutical industry, donors, national governments, experts and the research community as well as non-governmental development organizations towards the reduction of the burden of NTDs in the Region. "With such massive support and commitment from stakeholders, we are set towards making NTDs history," Dr Sambo said in the address read on his behalf by the Deputy Regional Director at the WHO Regional Office for Africa, Dr Matshidiso Moeti.

The Regional Director also spoke of the negative health and economic impacts of the diseases on people, and illustrated the gravity of the NTD burden with the consequences of being infected with intestinal worms or river blindness. He said, "Mothers and children, who are infected with soil transmitted helminthiases (intestinal worms) develop anaemia and other complications as the disease progresses. Some children drop out of school in order to take care of their parents who are disabled by NTDs such as trachoma, onchocerciasis (river blindness) and lymphatic filariasis (elephantiasis). This often results in little or no education for these children...and this perpetuates the cycle of poverty for families."

"These diseases have been neglected for far too long and it is heartening to note that countries in our region and the international community are now uniting to tackle them – and to change the lives of millions of people suffering or affected by NTDs."



Dr Sambo expressed satisfaction with the steady progress being made in delivering interventions to control NTDs and in strengthening national NTD programmes in the Region. He stated that this progress was exemplified by the delivery in 2011 of medicines to 203 million people at risk of elephantiasis, bilharzia, river blindness and intestinal worms. In addition cases of sleeping sickness, leprosy and Buruli ulcer are on the decline and three additional countries – Burkina Faso, Eritrea and Togo have been confirmed free of local transmission of Guinea worm disease. "With these examples, there is hope that countries in the Region can eliminate NTDs," Dr Sambo added. "These diseases have been neglected for far too long and it is heartening to note that countries in our region and the international community are now uniting to tackle them – and to change the lives of millions of people suffering or affected by NTDs."

On the all-important issue of coordination, Dr Sambo acknowledged the serious efforts being made by countries to integrate their NTD programmes and interventions, for more efficient and effective action, and acceleration of progress. He stated that these efforts would be helped by improved coordination of NTD stakeholders in countries and urged the permanent secretaries and high-level government officials as well as other partners at the meeting to deliberate on innovative and effective coordination mechanisms that can

improve synergies, reduce transaction costs for all and assure better results and impact. The Regional Director also said that the pace of progress was not sufficient as more needed to be done to achieve the 2020 NTD goals of controlling and eliminating ten NTDs by the end of the decade.

On funding, Dr Sambo informed participants that the WHO Regional Office for Africa had prepared the financial resource requirements and gaps for national NTD programmes, based on country NTD master plans, and taking into account the 2020 NTD goals. While calling for more commitment from Member States, donors and partners, he commended Ghana for setting aside US\$ 1 million for its NTD programme in 2012, and Nigeria for committing US\$ 5 million to the Ouagadougou-based African Programme for Onchocerciasis Control Programme.

Concluding, Dr Sambo pledged WHO's commitment to harmonizing country and stakeholders' efforts and creating an enabling environment for accelerating the implementation of NTD programmes in African Region.

The three-day meeting was attended by about 70 participants including permanent secretaries, technical experts and directors of medical services from Ministries of Health, representatives of donors and pharmaceutical firms, non-governmental development organizations and other experts. ■

African leaders urged to increase domestic funding to sustain interventions and “defeat malaria

“As we project into the next 50 years in the fight against malaria, we as Africans must create innovative domestic and national health financing models. We cannot and should not continue to rely on external funding for health. The experience of the last few years has shown that external funding is neither predictable nor assured.” This plea for increased domestic funding to fight malaria was made by the African Union Commissioner for Social Affairs, Dr Mustapha Sidiki Kaloko, during a breakfast discussion held in Addis Ababa on 25 April in commemoration of World Malaria Day 2013.

The high-level breakfast session, co-hosted by the African Union (AU) and the Roll Back Malaria Partnership (RBM), was attended by WHO Regional Director for Africa, Dr Luis Sambo (representing UN agencies), the Executive Director of RBM, Dr Fatoumata Nafu-Traoré, and ministers who were in the Ethiopian capital for the AU’s Sixth Conference of Ministers of Health meeting.

In his remarks, Dr Luis Sambo, emphasized that increased domestic and external funding was needed to ensure that adequate quantities of quality commodities – including long-lasting insecticide treated nets, insecticides, rapid tests, microscopes,

reagents and antimalarial medicines – were accessible and used rationally.

The RBM Executive Director said, “In Africa alone, where the (malaria) burden is highest, we now face an estimated funding gap of US\$ 3.6 billion per year through 2015 to achieve universal coverage of the cost-effective, life-saving interventions for all those in need. We must come together to invest our resources more effectively – including international aid and domestic financing for malaria.”

Global financing for malaria has grown sharply in recent years, peaking at US\$ 1.8 billion in 2010 – up from US\$ 200 million in 2004 – and highlighting the cost-effectiveness of malaria interventions. Investments in malaria have proven to save lives and advance progress against other health indicators across the board.

Over the past two years, there has been concern over a slowdown in external funding for malaria programmes globally. However, it is expected that the forthcoming replenishment of the Global Fund to fight HIV/AIDS, tuberculosis and malaria would mark a significant milestone in reversing this trend. Sustainable domestic funding, including innovative approaches such as



sound public-private partnerships and the application of corporate social responsibility principles, remain a pre-requisite for the long-term success of malaria control and elimination efforts in the African Region.

Despite advances in prevention, diagnostics and treatment, 219 million malaria cases were reported globally in 2011 causing 660 000 deaths. Around 90% of all cases occur in Africa, where the disease kills a child every minute and costs the continent an estimated US\$ 12 billion each year in lost productivity alone. ■

Meeting sets out guidelines on how to operate the African Public Health Emergency Fund

The first meeting of the Monitoring Committee of the African Public Health Emergency Fund (APHEF) held in Brazzaville on 8 May reviewed, refined and endorsed the manual which will guide the operations of the fund. The two-day meeting, chaired by the Minister of Health of Gabon, Prof. Leon N’Zouba, was attended by the Representative of the Minister of Health of Nigeria, Prof. Abdulsalami Nasidi, the respective delegations of the two countries, the WHO Regional Director for Africa, Dr Luis Sambo, and other members of the APHEF Secretariat.

Speaking to reporters at the end of the meeting, Prof. N’Zouba, said, “We have so many emergencies in Africa and a structure like APHEF is indispensable to ensure rapid response.”

To date five countries have made contributions totalling US\$ 1.7 million to APHEF. Commenting on the outcome of the meeting, Prof. Nasidi said, “We had a successful review of the APHEF operations

manual and the refined document will help the fund play its role to respond quickly to emergencies occurring in Member States with the inadequate resources to respond to public health emergencies.”

“We have so many emergencies in Africa and a structure like APHEF is indispensable to ensure rapid response.”

In his closing remarks, the Regional Director noted, “This meeting is an important step towards consolidating the structures of APHEF so that it can live up to the purpose for which it was created.” He thanked the Chairperson for his excellent coordination of the meeting and expressed satisfaction with the involvement of Member States in working closely with the WHO Secretariat to guide effective support for health matters in the region.

The revised APHEF operations manual will be shared with other members of the Monitoring Committee for endorsement before its final adoption.

The establishment of APHEF was proposed in 2010 by Dr Sambo, and approved by the 60th session of the WHO Regional Committee for Africa which took place in the same year in Malabo, Equatorial Guinea. A subsequent session of the Regional Committee adopted a resolution which set the annual recommended contribution of Member States to the APHEF at a total of US\$ 50 million, endorsed the designation of the African Development Bank as the trustee for the management of the fund, approved the governance structure of the fund and requested the Regional Director to accelerate its operationalization.

Political support at the highest level for APHEF came in July 2012 when African leaders endorsed its establishment at the 19th Ordinary Session of the Assembly of Heads of State and Governments of the African Union in Addis Ababa, Ethiopia. ■

Fighting malaria – six West and Central African Sahelian countries discuss cross-border collaboration and adopt the Nouakchott Declaration

Cross-border collaboration in the area of malaria prevention and control was the subject of a meeting attended by Health Ministers and other senior health officials from six West and Central African countries in Nouakchott, Mauritania, from 5 to 8 May. The meeting brought together the Ministers of Health of Mauritania, Mali and the Gambia, the Secretary of State of Chad and representatives of the Ministers of Health of Niger and Senegal. Opening the meeting, the Mauritanian Minister of Health, Hademine Ould Ahmedou Ould Jelvouné, said that his country had invested a lot of efforts and resources in the fight against malaria, but that these investments would be in vain if not supported by and coordinated with the efforts of Mauritania's neighbours which share similar environmental, epidemiological, cultural and socioeconomic conditions

"The burden of malaria can be reduced quickly if we simultaneously implement the same package of preventive measures in the same geographic zone," he said, adding that a coordinated approach was imperative in order to consolidate gains so far made in the

fight against the disease and to significantly reduce malaria-related deaths.

In an address to the meeting, the Deputy Regional Director at the WHO Regional Office for Africa, Dr Matshidiso Moeti, commended the participating countries for their initiative to coordinate their malaria control efforts. She also referred to and praised similar coordinated approaches to malaria prevention and control by Small Island Developing States in the African Region, and eight countries in Southern Africa working towards malaria elimination.

The meeting ended with the adoption, by participating countries, of the Declaration of Nouakchott on the Initiative of Accelerating the Fight Against Malaria. Signatories to the declaration commit themselves to:

- combining their efforts in the fight against malaria;
- accelerating the implementation of universal access of populations to effective control interventions;
- implementing and developing mechanisms for monitoring the implementation of a joint action plan; and

- reinforcing the institutional capacities of research institutions and programmes within the framework of the global reinforcement of their health systems.

The declaration called on WHO and the Roll Back Malaria Partnership to advocate for the initiative, and provide strategic and technical guidance for the implementation of its action plan. Also contained in the declaration are calls for WHO and RBM to establish a malaria observatory and a mechanism for sharing best practices for sub-regional organizations. Regional Economic Communities were urged to provide financial resources for implementing the initiative's action plan as well as explore opportunities for south-south cooperation for the benefit of health programmes in general, and malaria control and pre-elimination programmes in particular. The declaration also requests member agencies of the Harmonization for Health in Africa (HHA) and other international financial institutions to assist participating countries to implement the declaration. Nigeria and Burkina Faso have since indicated their intention to join the initiative. ■



"The burden of malaria can be reduced quickly if we simultaneously implement the same package of preventive measures in the same geographic zone."

Abstracts contd.

AFRO support for a policy dialogue to develop health financing systems and move towards universal health coverage in Africa 2

RÉSUMÉ—L'accélération des progrès vers l'atteinte de l'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU) passe par des mesures concrètes visant à renforcer les systèmes de santé et les mécanismes de financement de la santé. Les défis auxquels les pays font face dans la mise en œuvre de ces réformes et mesures sont nombreux – ils ont trait à des aspects financiers, administratifs et politiques qui ne relèvent pas souvent du secteur de la santé. Afin de surmonter ces défis et ces goulets d'étranglement et de faire avancer le programme de couverture sanitaire universelle (CSU) sur tous les fronts, les pays devront s'appuyer sur des concertations inclusives avec les principaux acteurs. Dans le cadre de cette concertation plus large, qui intègre tous les acteurs gouvernementaux (les ministères centraux et les autres institutions) et les acteurs non gouvernementaux, l'un des éléments clés est la relation entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances.

SUMÁRIO—A aceleração dos progressos para atingir a meta da cobertura sanitária universal (CSU) exige ações concretas que reforcem os sistemas de saúde e os mecanismos de financiamento da saúde. São numerosos os desafios enfrentados pelos países na implementação destas reformas e ações: eles referem-se a aspectos financeiros, administrativos e políticos que recaem muitas vezes fora da alçada do sector sanitário. Para se ultrapassarem estes desafios e dificuldades, assim como para fazer avançar a agenda da CSU em todas as frentes, os países terão de apoiar-se em diálogos políticos que incluam todos os actores fundamentais. No âmbito deste diálogo político alargado, que inclui todos os actores governamentais (ministérios e outras instituições) e não governamentais, um dos elementos-chave é o relacionamento entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério das Finanças (MF).

Financial risk protection in the African Region 4

RÉSUMÉ—L'absence de difficultés financières (ainsi que la disponibilité de services de santé de qualité) est un préalable nécessaire pour la couverture sanitaire universelle. Des informations sur cet indicateur ne sont pas toujours disponibles dans la Région africaine. Toutefois avec l'appui de la méthodologie de l'OMS, quelques pays produisent maintenant des rapports sur les dépenses catastrophiques de santé. Les conclusions sont utilisées pour éclairer l'élaboration de politiques sur des questions comme les frais supportés par les usagers, l'expansion du paiement préalable et les mécanismes de mise en commun destinés à encourager la CSU. Cet article porte sur des études sur le Burkina Faso, la Mauritanie, le Sénégal et l'Ouganda, qui montrent un certain nombre de résultats intéressants et aussi l'impact

positif des politiques ciblées dans l'amélioration de la protection contre les risques financiers.

SUMÁRIO—A ausência de dificuldades financeiras (bem como a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade) é um pré-requisito essencial para a cobertura sanitária universal. As informações acerca deste indicador não estão suficientemente divulgadas na Região Africana. Porém, com o apoio da metodologia da OMS, alguns países estão hoje a redigir relatórios sobre as catastróficas despesas de saúde. Os resultados estão a servir de base à formulação de políticas sobre estas questões, como as taxas moderadoras e a divulgação de mecanismos de pré-pagamento e de conjugação de fundos, criados para encorajar a CSU. Este artigo inspira-se em estudos realizados no Burkina Faso, Mauritânia, Senegal e Uganda, que revelam alguns resultados interessantes e ainda o impacto positivo das políticas destinadas a melhorar a protecção dos riscos financeiros.

Strategies towards universal health coverage in Rwanda: Lessons learned from extending coverage through mutual health organizations 6

RÉSUMÉ—Le Rwanda a entrepris plusieurs réformes du secteur de la santé au cours des deux dernières décennies. L'une de ces réformes qui présente un intérêt particulier est la réforme de l'assurance santé et l'extension de la couverture par le biais des mutuelles de santé (MS). Cette stratégie et sa mise en œuvre sont analysées dans cet article, en vue de mettre en évidence les bonnes pratiques et les leçons apprises, sur la base de l'expérience sur le terrain et de la documentation existante, qui pourraient être utilisées dans d'autres pays. Ce rapport montre qu'il est possible d'obtenir une couverture d'assurance maladie dans des pays comme le Rwanda où le secteur informel occupe jusqu'à 90% de sa population totale. Dix bonnes pratiques ont été identifiées en guise de leçons apprises et celles-ci sont considérées comme des facteurs clés pour parvenir à une couverture sanitaire universelle au Rwanda. Elles doivent être soutenues et renforcées afin de pérenniser les améliorations dans l'accès aux soins de santé.

SUMÁRIO—Ao longo das duas últimas décadas, o Ruanda tem procedido a várias reformas no sector da saúde. Uma de particular interesse foi a reforma dos seguros de saúde e do alargamento da cobertura através de mútuas de saúde. Esta estratégia e respectiva implementação são analisadas neste artigo, com vista a fomentar as boas práticas ou lições retiradas, com base na experiência no terreno e na literatura existente, que poderão ser usadas em outros países. Este relatório mostra que é possível fazer uma cobertura com seguros de saúde em países como o Ruanda, onde o sector informal atinge 90% do total da população. Foram identificadas dez boas práticas como lições retiradas e estas são consideradas factores essenciais para o avanço

da cobertura sanitária universal no Ruanda, devendo, por isso, ser apoiadas e reforçadas para poderem sustentar as melhorias no acesso aos cuidados de saúde.

Is universal health coverage via a national health insurance scheme financially feasible in Zanzibar? 11

RÉSUMÉ—Le gouvernement de Zanzibar est en train de planifier la mise en place d'un régime d'assurance-santé qui devrait contribuer à l'atteinte de l'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU). Le système devrait être mis en œuvre soit dans le cadre de la Caisse de sécurité sociale de Zanzibar (ZSSF) soit en collaboration avec celle-ci. La Loi sur la Caisse de sécurité sociale de Zanzibar de 1998, précise que la ZSSF doit verser des prestations médicales à ses membres et l'assurance santé est un moyen de satisfaire à cette exigence légale. La couverture actuelle de la ZSSF concerne seulement les employés du secteur formel – tant public que privé ; toutefois, pour ce qui est de la CSU, il convient d'envisager que l'ensemble de la population ait accès aux services de santé et à la protection financière. Une étude visant à évaluer la faisabilité financière de l'assurance santé nationale (NHI) à Zanzibar a été réalisée en utilisant l'outil SimIns (logiciel de simulation de l'assurance santé) en Juillet 2012. Cet article rend compte de cette évaluation. Tout semble indiquer que l'assurance santé à Zanzibar est financièrement viable à moyen terme, en laissant aux décideurs une certaine marge pour la conception des aspects techniques d'une assurance santé dans le cadre des paramètres financiers, à savoir la population et les coûts, et faisant en sorte que l'autre dimension sur l'accès aux services de santé soit examiné séparément.

SUMÁRIO—O governo de Zanzibar está em processo de planeamento de um esquema de seguros de saúde que se espera que contribua para a meta da cobertura sanitária universal (CSU). Espera-se que este esquema seja implementado parcialmente ou em colaboração com o Zanzibar Social Security Fund (ZSSF). A lei de 1998 deste Fundo especifica que o ZSSF deverá pagar serviços médicos aos seus membros e o seguro de saúde é uma das formas de cumprir este requisito legal. A actual cobertura do ZSSF inclui apenas funcionários do sector formal – tanto público como privado. Contudo, para a CSU, deverá ser considerado o acesso de toda a população a serviços de saúde e protecção financeira. Foi efectuado um estudo para avaliar a viabilidade financeira dos seguros nacionais de saúde (SNS) em Zanzibar, usando o instrumento SimIns (software de simulação de seguros de saúde), em Julho de 2012. Este artigo relata essa avaliação. Há fortes indícios de que os seguros de saúde em Zanzibar são financeiramente viáveis, a médio prazo, o que deixa uma certa margem aos decisores políticos para conceberem os aspectos técnicos de um seguro de saúde, dentro de certos parâmetros financeiros, ou seja, população e custos,

deixando para ser considerada separadamente a outra vertente do acesso aos serviços de saúde.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon : Un chemin vers la couverture universelle 16

SUMMARY—In 2007 Gabon initiated reforms in its health financing system in order to achieve universal coverage. The reform culminated in the establishment of the National Health and Social Insurance Fund with a mission to ensure universal coverage of disease and maternity risks.

The Fund derives its resources from special taxes paid by mobile telephone and money transfer companies. The Fund is also financed through social contributions by wage earners, independent workers, employers and State subventions. The authorities adopted a gradual approach to membership, starting in 2008 with the poorest, State employees in 2010 and private sector workers in 2013.

The range of health services covered comprises ambulatory, hospitalization and medical evacuation services. Eighty per cent of the costs are borne by the Fund while the remaining 20% are borne by the user, except maternity care which is fully covered by the Fund.

The introduction of compulsory health insurance in Gabon is an innovative and promising experience. However, some issues have been noted regarding the pooling of resources, payment for services, level of medical expenses borne by the patient, moral hazards and low use of generic drugs.

SUMÁRIO—Em 2007, o Gabão lançou-se numa reforma do seu sistema de financiamento da saúde para atingir a cobertura universal. Esta reforma culminou com a criação da Caixa Nacional de Assistência na Doença e de Segurança Social, cuja missão é garantir a cobertura dos riscos ligados à doença e à maternidade.

O financiamento desta Caixa é garantido por taxas especiais cobradas às sociedades de telefonia móvel e de transferências monetárias. As cotizações sociais dos salarizados, dos trabalhadores independentes dos empregadores, bem como as subvenções estatais contribuem para o financiamento deste dispositivo. As autoridades adoptaram uma adesão progressiva, começando pelos mais desfavorecidos, incluindo os indigentes, em 2008, os funcionários públicos em 2010 e os funcionários do sector privado, em 2013.

O pacote de cuidados cobertos inclui cuidados ambulatoriais, hospitalização, medicamentos e evacuações sanitárias. A prestação de cuidados é garantida em 80% pelo terceiro pagador e 20% pelo beneficiário, à excepção dos cuidados maternos que são cobertos a 100%.

A implementação de seguros de saúde obrigatórios no Gabão é uma experiência inovadora e promissora. São, porém, de salientar certos desafios ligados à partilha de recursos, à compra de prestações, a nível de taxas moderadoras, de riscos morais e à fraca utilização dos medicamentos genéricos.

Exemption du paiement direct des soins d'urgences au Tchad 2007–2010 : Une étape vers la couverture sanitaire universelle 20

SUMMARY—In 2007, the President of the Republic of Chad declared in Kyabe that medical, pediatric, surgical and gynaeco-obstetrical emergencies were excluded from payment. Three years on, it became necessary to assess the impact of such an initiative on the health system. Both quantitative and qualitative approaches were used in the assessment. Data were collected in 28 hospitals and interviews conducted with 908 beneficiaries and 525 service providers.

The findings of the study revealed an increase in cases taken to hospital, mismatch between demand and supply, insufficient funding, poor perceived quality of health care, lack of service facilities and inequality of access. The study further showed that focusing on delivery, injuries, malaria and acute respiratory infection, and extending the initiative to health centres could help cover emergency cases, mitigate the weaknesses of the measure and enhance quality and equity.

SUMÁRIO—O Presidente da República do Chade declarou, em 2007, em Kyabé, uma isenção do pagamento das urgências médicas, pediátricas, cirúrgicas, ginecológicas e obstétricas. Três anos depois, tornou-se necessário analisar o efeito desta iniciativa sobre o sistema de saúde. Para essa análise, foi adoptada uma abordagem quantitativa, associada a uma vertente qualitativa. Recolheram-se dados em 28 hospitais e efectuaram-se consultas junto de 908 beneficiários e de 525 prestadores de serviços.

Dos resultados deste estudo ressaltou um aumento da frequência, a inadequação entre a oferta e a procura, a escassez do financiamento, a fraca qualidade dos serviços, a ausência dos factores de prestações e a desigualdade do esquema. Este estudo mostrou ainda que uma atenção especial aos partos, traumatismos, paludismo e infecções respiratórias agudas, associada a um alargamento da iniciativa aos centros de saúde, abrangeria 70% das emergências, reduziria o défice do esquema e favoreceria a qualidade e a equidade.

Une approche novatrice pour progresser vers la couverture universelle au Burundi : Intégration du financement basé sur la performance et la gratuité des soins 25

SUMMARY—Following a successful pilot programme in three provinces, Burundi developed an integrated approach to performance-based financing (PBF) and free treatment of children below five and pregnant women, with a view to strengthening the health system and reducing financial constraints to access by priority groups to health care. To identify the strengths and weaknesses of this approach, its health financing components, the functioning of institutional bodies, remuneration indicators and quality of health care delivery were assessed.

The methodology used in the study comprised an in-depth documentary review, interviews and

discussions with key players in the system at both the national and provincial levels. An assessment was also carried out on the resources and financial flows of the PBF as well as the health system.

The study revealed that the PBF strategy benefitted from the crucial support of the government (52%) and a properly coordinated group of technical and financial partners (TFPs – 48%). It was observed that the various organs of the institutional set-up and governance were in place and functioning smoothly. Furthermore, PBF indicators concern not only free health care for children and pregnant women but also national public health priorities. Lastly, it emerged that the healthcare quality assessment scale helped to spur service providers to pay keener attention to some quality-related aspects. On the whole, the approach is positive and ought to be pursued.

SUMÁRIO—Na sequência de um estudo-piloto realizado em três províncias, o Burundi desenvolveu uma abordagem integrada ao financiamento baseado no desempenho (FBD) e no tratamento gratuito dos menores de cinco anos e das mulheres grávidas, com o objectivo de reforçar o sistema de saúde e de reduzir os entraves financeiros ao acesso desses grupos prioritários aos cuidados. Para identificar os pontos fortes e os pontos fracos desta abordagem, foi realizada uma análise das componentes do financiamento da saúde, funcionamento dos organismos institucionais, indicadores de remuneração e qualidade dos cuidados.

A metodologia usada neste estudo consistiu numa revisão profunda dos documentos, entrevistas e debates com os principais actores do sistema, tanto a nível nacional como provincial. Foi igualmente efectuada uma análise dos recursos e dos fluxos financeiros do FBD e do sistema de saúde.

Essa análise demonstrou que a estratégia FBD beneficia de um apoio muito substancial, por um lado, do governo (52%) e, por outro, de um grupo de parceiros técnicos e financeiros (PTF) bem coordenados (48%). Constatou-se a existência e o bom funcionamento dos diferentes órgãos da estrutura institucional e da governação. Além disso, os indicadores FBD referem-se não apenas à gratuidade dos cuidados infantis e maternos, mas também às prioridades nacionais de saúde pública. Finalmente, constatou-se que a grelha de avaliação da qualidade dos cuidados permite motivar os prestadores a concentrarem-se mais em certos aspectos da qualidade. Globalmente, esta abordagem é positiva e merece ser prosseguida.

Long-term effects of the abolition of user fees in Uganda 30

RÉSUMÉ—Les ménages ont été appauvris et ont eu à faire face à des dépenses catastrophiques de santé en raison du paiement direct des dépenses de santé. En utilisant les données recueillies sur dix ans, les changements dans l'utilisation et dans les dépenses catastrophiques de santé en raison de l'abolition du paiement des frais par les usagers en 2001 sont examinés dans cet article. À long terme, l'augmentation de l'utilisation des services de santé chez les plus pauvres est restée au-dessus de la moyenne nationale, mais le coût dû au non-recours aux soins a été plus faible chez les plus pauvres par rapport à la moyenne

nationale. L'utilisation des prestataires privés est restée significative. L'incidence des dépenses catastrophiques de santé a augmenté suite à la suppression du paiement des frais par les usagers, et même si elle a diminué dans le long terme, elle reste encore élevée. L'assurance de la protection des risques financiers passe par une amélioration du système de santé et par une étude sur la manière d'utiliser le paiement direct des dépenses de santé sous forme de prépaiement. Le secteur privé est un acteur important, et il conviendra de se pencher sur la régulation effective de ce secteur. Le gouvernement devrait également intervenir plus largement pour réduire la pauvreté et contrôler la croissance de la population.

SUMÁRIO—As famílias têm empobrecido e enfrentado despesas de saúde catastróficas, como resultado do pagamento directo das despesas de saúde (OOP). Usando os dados recolhidos ao longo de dez anos, são analisadas neste artigo as alterações com a utilização e as despesas catastróficas de saúde, à luz da abolição das taxas moderadoras em 2001. A longo prazo, a utilização dos serviços de saúde pelos pobres manteve-se acima da média nacional, mas o preço como razão para não procurar tratamento foi inferior entre os mais pobres, em comparação com a média nacional. O uso de prestadores privados continua significativo. A incidência das despesas de saúde catastróficas aumentou na sequência da abolição das taxas moderadoras e, apesar de ter diminuído a longo prazo, mantém-se ainda alta. Para garantir a protecção de riscos financeiros é preciso melhorar os sistemas de saúde e explorar formas de conjugar as elevadas OOP com um sistema de pré-pagamento. O sector privado é um actor significativo e terá de ser considerada a sua regulação eficaz. Será igualmente precisa uma intervenção mais alargada do governo para reduzir a pobreza e controlar o crescimento demográfico.

Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso 36

SUMMARY—Despite efforts made by the government and its partners, household contribution to health financing remains high. This study seeks to assess how much households used to cover high medical expenses and how such expenses impoverished them, and to identify factors related to high medical expenses in Burkina Faso. A descriptive and econometric modelling analytical approach was used in this study. It was realized that in 2009, 1.43% of households incurred exceptionally high health expenses and that direct health spending plunged nearly 45 000 households into poverty. It was also found that the presence of one child below five in a household reduced the risk of having to incur exceptionally high expenses, and that low household living standards, living in central, centre-east and northern regions as well as hospitalization of one member of the household increased the risk of having to meet exceptionally high health expenses.

SUMÁRIO—Apesar dos esforços dos governos e seus parceiros, o contributo das famílias para o financiamento da saúde continua elevado. Este estudo visa, por um lado, calcular a percentagem de famílias que efectuaram despesas catastróficas de saúde e seu empobrecimento e, por outro lado, identificar os factores associados às despesas catastróficas de saúde no Burkina Faso. Foi utilizada uma abordagem de análise descritiva e de modelização econométrica. Verificou-se que, em 2009, 1,43% das famílias do país efectuaram despesas catastróficas de saúde e que os pagamentos directos de saúde atiraram para a pobreza cerca de 45 000 famílias. Constatou-se também neste estudo que a presença de uma criança menor de 5 anos na família reduz o risco de despesas catastróficas e que o baixo nível de vida das famílias, o facto de residirem no Centro, Centro-Este ou Norte do país, bem como a hospitalização de um dos membros da família, aumentam o risco de contraírem despesas catastróficas.

Rapport sur les dépenses catastrophiques et l'impact des paiements directs sur l'appauvrissement des ménages : Cas de la Mauritanie. 41

SUMMARY—In Mauritania, total expenditure on health accounts for 3.3 % of total household expenditure including 87.6 % as direct payment and the remainder (12.4 %) as indirect payments such as health related transport costs. The fact that patients have to pay before being given medical care has had, and still has, consequences on the health conditions and standards of living of the population and, in particular, in low income countries. The main aim of this report is to assess the exceptionally high medical expenses borne by Mauritanian households and how such expenses impoverish them.

It was found that 7.8% of the population declared their sickness or injury, with 68% of them consulting health services. The place of residence and standard of living are the factors influencing the demand for health services. Basic health facilities attract the highest number of patients (52.4%).

The purchase of medicines is the main health expenditure item. For exceptionally high medical expenses, 4% of Mauritanian households devote 40% of their income to direct payments (i.e. a total of 24 923 households). Rural households, having limited health coverage, are more exposed to the risk of exceptionally high medical expenses than city dwellers.

SUMÁRIO—Na Mauritània, as despesas totais de saúde representam 3,3% das despesas totais das famílias, representando 87,6% pagamentos directos e o restante (12,4%) pagamentos indirectos, nomeadamente gastos com os transportes ligados à saúde. A obrigação de pagar para aceder a cuidados de saúde teve, e continua a ter, as suas consequências sobre o estado de saúde e o nível de vida das populações, particularmente, num país de baixos rendimentos. O principal objectivo deste relatório consiste em medir as despesas catastróficas de saúde das famílias mauritanas e seu impacto sobre o empobrecimento.

Concluiu-se que a população que declarava estar doente ou sofrer de um ferimento era de 7,8%, com uma taxa de 68% de consulta dos serviços de saúde. O local de residência e o nível de vida constituem factores determinantes da procura de serviços de saúde. As estruturas básicas de saúde acolhem a percentagem mais importante de doentes (52,4%).

No que respeita às categorias de gastos com a saúde, a compra de medicamentos constitui a principal rubrica de despesas (44,1%). Quanto às despesas catastróficas de saúde, 4% das famílias mauritanas consagraram mais de 40% da sua capacidade aos pagamentos directos (ou seja, num total de 24 923 famílias). Nas zonas rurais, onde a cobertura sanitária é fraca, as famílias ficam mais expostas ao risco de despesas catastróficas de saúde do que as suas homólogas das zonas urbanas.

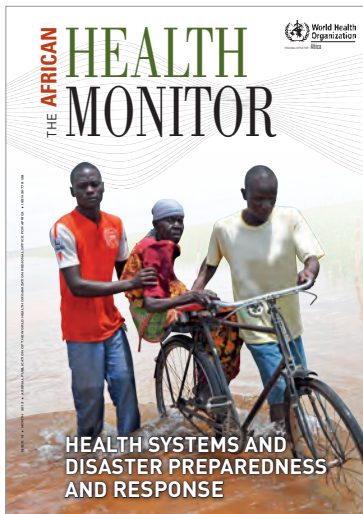
Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011. 46

SUMMARY—Despite efforts made by the State and its partners, household contribution to health care financing remains high in Senegal. This study seeks to determine the proportion of households having incurred high medical expenses and how such expenses impoverished them, and to identify factors causing high medical expenses. The WHO methodology was used in this study.

It was found that in 2011 2.59% of households incurred exceptionally high health expenses, that is 38 056 households. In 2011, direct payments plunged nearly 1.78% of households into poverty compared with 0.96% in 2005. In 2011, the share of household expenditure on medicines remained high at 68% in rural areas against 55% in urban areas. Econometric findings showed that the key factors of catastrophic expenditure are the magnitude of poverty, the place of residence and the existence of a disability within a household.

SUMÁRIO—Apesar dos esforços do Estado e dos seus parceiros, o contributo das famílias para o financiamento dos cuidados de saúde no Senegal continua elevado. O principal objectivo deste relatório consiste em determinar a percentagem de famílias que efectuaram despesas catastróficas de saúde e seu impacto sobre o empobrecimento, bem como determinar os factores subjacentes a essas despesas catastróficas. Para este efeito foi usada a metodologia proposta pela OMS.

Destaca-se que, em 2011, 2,59% das famílias efectuaram despesas catastróficas, ou seja, 38 056 famílias. Em 2011, os pagamentos directos lançaram na pobreza 1,78% das famílias, contra 0,96%, em 2005. A parte dos gastos com os medicamentos continua elevada para as famílias: 68% nas zonas rurais, contra 55% nas zonas urbanas, em 2011. Os resultados econométricos revelam que o grau de pobreza, o local de residência e a existência de uma incapacidade no seio de uma família constituem factores determinantes das despesas catastróficas.



The African Health Monitor

Issue 17 • July 2013

Contact

African Health Monitor
WHO Regional Office for Africa
P.O. Box 6
Brazzaville
Republic of Congo
AHM@afro.who.int
Tel: + 47 241 39270

Editorial board

Bokar Toure (Editor-in-Chief)
Lucile Imboua
Tigest Ketsela
Matshidiso Moeti
Chris Mwikisa Ngenda
Deo Nshimirimana
Francis Kasolo
Oladapo Walker

Editorial office

Yves Turgeon (Managing Editor)
Samuel Ajibola (Production Manager)
Hyacinthe Kouvidila
Peter Ebongue Mbondji
Marcelline Itoua

Core editorial group

Derege Kebede (Editor)
Yves Turgeon (Chief Language Editor)
Emil Asamoah-Odei (Deputy Editor, English)
Issa Sanou (Deputy Editor, French)
Carina Ferreira-Borges (Deputy Editor, Portuguese)
Francis Kasolo (Editor, CDER)
Samuel Ajibola (News and Events Editor)
Aude-Armel Onlinouo (Photo Editor)

Associate editors

Usman Abdulmumini	Georges Alfred Ki-zerbo
Olga Agbodjan-Prince	Josés Muthuri Kirigia
Bartholomew Akanmori	Lucien Manga
Abdikamal Alislad	Balcha Masresha
Ghislaine Conombo	Kasonde Mwinga
Fernando Da Silveira	Benjamin Nganda
Jean-Marie Dangou	Assimawe Paul Pana
Babacar Drame	Kweteminga Tshioko
Phaniel Habimana	Prosper Tumusiime
Bah Keita	

Guest editors

Special Issue on Health Financing

Laurent Musango (Coordinator)
Seydou O Coulibaly
Odilon Doamba
Riku Elovainio
Aboubacar Inoua
Mohamed Mahmoud Ould Khatri
Maximilian Mapunda
Juliet Nabyonga
Hamadou Nouhou
Priyanka Saksena
Magor Sow

Production

Coordinator: Vivien Stone
Design & layout: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens,
Switzerland
Printed in Switzerland

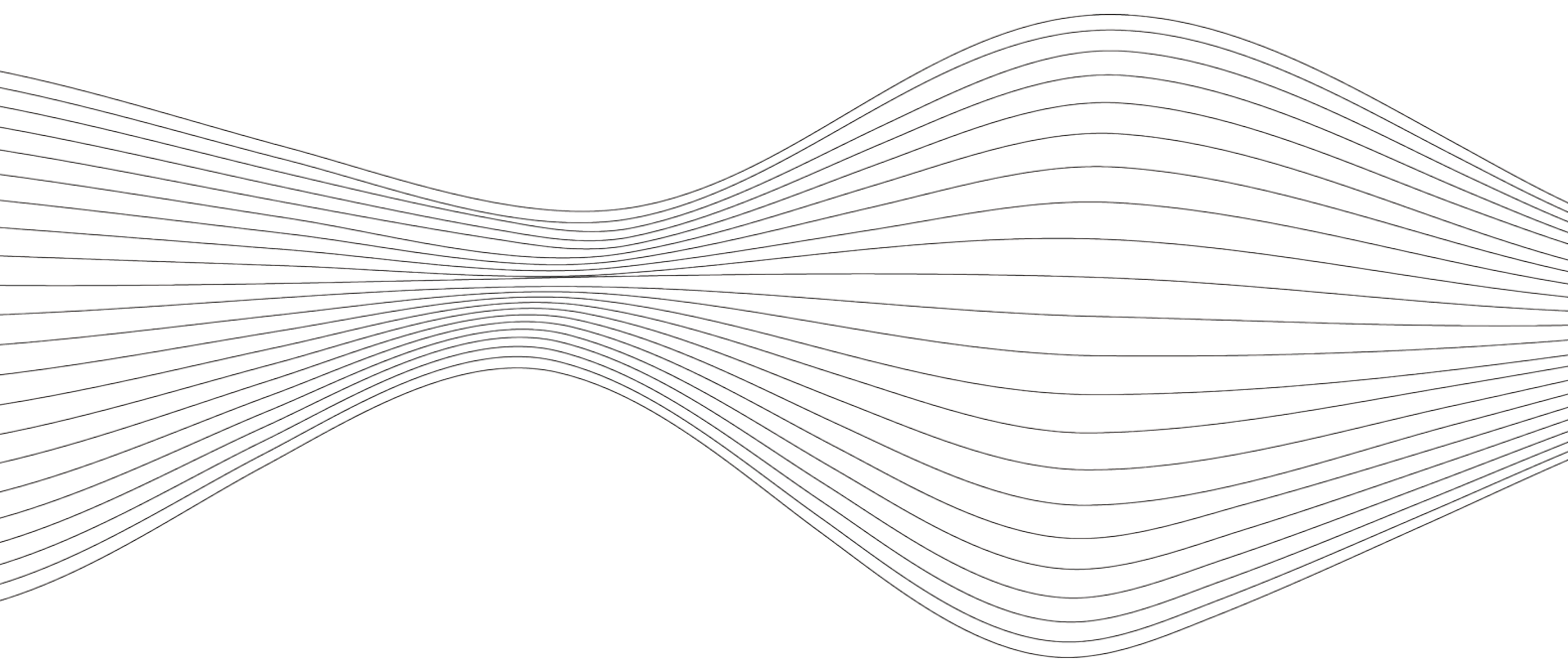
The next issue of the *African Health Monitor* will focus on **Health Systems and Disaster Preparedness and Response**

Vital to the African Region, which is challenged by frequent man-made and environmental emergencies and disasters, is the need to strengthen capacity across the Region to improve disaster risk management. This topic will be reviewed along with allied subjects including a progress report on the African Public Health Emergency Fund. Health systems strengthening is also crucial to improving health – updates on key areas such as the Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS, accelerated malaria control and measles and polio elimination and a review of the roadmap for scaling up HR will outline the current situation on some of the major components of health systems across the African Region.

Planned publication: October 2013

Photo credits

Cover © Eva-Lotta Jansson/IRIN	Page 28 © WHO/AFRO
Page 1 © WHO/AFRO	Page 30 © WHO/AFRO (both)
Page 2 © WHO/AFRO (both)	Page 32 © WHO/AFRO
Page 3 © WHO/AFRO	Page 35 © WHO/AFRO
Page 4 © WHO/AFRO (both)	Page 36 © African Development Bank Group (top)
Page 6 © Ministry of Health, Rwanda	Page 36 © The Denan Project (bottom)
Page 7 © Ministry of Health, Rwanda	Page 41 © WHO/AFRO
Page 11 © WHO/AFRO	Page 42 © NGV Health Network
Page 12 © WHO/AFRO	Page 45 © AMPC International Health Consultants
Page 15 © WHO/AFRO	Page 46 © WHO/AFRO
Page 16 © WHO/AFRO	Page 47 © WHO/AFRO
Page 19 © WHO/AFRO	Page 50 © WHO/AFRO
Page 20 © WHO/AFRO	Page 51 © WHO/AFRO
Page 21 © WHO/AFRO	Page 52 © WHO/AFRO
Page 25 © WHO/AFRO	Page 53 © WHO/AFRO
Page 27 © WHO/AFRO	



African Health Monitor
WHO Regional Office for Africa
P.O. Box 6
Brazzaville
Republic of Congo
AHM@afro.who.int
Tel: + 47 241 39217

ISSN 2077-6128

Key title: African health monitor (Print)
Abbreviated key title: Afr. health monit. (Print)

ISSN 2077-6136

Key title: African health monitor (Online)
Abbreviated key title: Afr. health monit. (Online)