

La Mobilisation des Ressources: Guide Méthodologique

Mukesh Chawla

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Peter Berman

Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Août 1996

Table de Matières

| | |
|--|----|
| Remerciements | 1 |
| 1. Introduction | 2 |
| 2. Stratégies pour la Mobilisation des Ressources | 5 |
| 3. Les Revenus des Impôts | 8 |
| 4. Paiement par les Usagers | 11 |
| Desseins et Expériences des Paiements par les usagers | 11 |
| L'Impact des Frais des Usagers dans le Système de Santé | 16 |
| 5. L'Assurance Maladie | 25 |
| Planification et Mise en Place du Système d'Assurance | 29 |
| Impact de l'Assurance sur le Système de Santé | 34 |
| 6. Directives pour les Cas d'Etudes de Terrains du Projets DDM et HHRAA .. | 39 |
| Objectifs | 39 |
| Plan des Etudes | 41 |
| Potentiels des Pays Hôtes | 43 |
| Mesure et Collecte de Données | 43 |
| Mise en Place | 54 |
| Références | 55 |

Remerciements

Ce rapport a compté avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Washington, à travers le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA), sous le portfolio du Développement du Secteur Privé et du Financement des Soins de Santé, où le consultant supérieur technique est Mr. Abraham Bekele.

Madame Hope Sukin et Mr. Abraham Bekele du projet HHRAA du Bureau de l'Afrique ont révisé et donné leurs supports techniques pour ce rapport.

1. Introduction

Les pays africains de la région Sub-Saharienne sont parmi les plus pauvres du monde et beaucoup d'entre eux se trouvent assez loin d'autres pays en voie de développement dans l'amélioration de la santé. Avec une population qui surpasse les 489 millions de personnes, la moyenne du revenu par tête pour ces pays est de \$350 en 1991 (sans considérer l'Afrique du Sud). L'espérance de vie dans la région est de 55 ans, chiffre qui est de 11 ans de moins par rapport à la moyenne d'autres pays avec un revenu bas, comme c'est le cas de la Chine et de l'Inde. L'âge moyen de la mortalité est de 5 ans alors qu'en Inde il est de 37 ans et en Chine de 64 ans. Si on compare la mortalité infantile avec le reste des pays qui ont un revenu bas, on trouve que celle-ci est de 55% supérieure à la mondiale. Aussi, une large proportion de la population souffre de malaria et de tuberculose, et beaucoup de ces pays confrontent une sérieuse menace avec la dissémination du SIDA.

Parallèlement, beaucoup de ces pays africains sont en train de souffrir d'une crise économique où le taux de croissance par tête du PIB est de -0,6% en 1991, -1,4% en 1990 et de 0,5% en 1989. C'est ainsi que le taux annuel de croissance pour la décennie 1980-1998 est négatif pour la plupart de ces pays. On ne doit pas être surpris quand on voit que la dépense nationale par tête en santé est faible, elle est de l'ordre de \$5 en moyenne.

Avec la conséquence de la crise économique et des bas revenus des pays africains, beaucoup de gouvernements sont en train de considérer de nouvelles stratégies pour augmenter le niveau de ressources aussi bien dans le secteur de la santé que dans les ressources disponibles pour financer les services fournis par le gouvernement. Ces stratégies incluent une majeure proportion sur le budget du gouvernement, impôts spécifiques, charges aux usagers, assurance sociale et privée. Chaque pays a adopté une combinaison de diverses stratégies, avec des résultats totalement variés. Ces expériences ont attiré l'attention des gouvernements et des donateurs internationaux, et un intérêt général s'est répandu en essayant de comprendre les mécanismes et en analysant les résultats. Beaucoup d'études ont été faites par différents investigateurs sur différents aspects d'expériences sur les stratégies de mobilisation de ressources. (Voir par exemple Shaw et Griffin, 1995, Creese and Kutzin, 1994, Kutzin, 1993, Vogel, 1993, McPake, 1993, Carrin, 1992 et, finalement, Griffin, 1988).

Cette étude, financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International(USAID) pour le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique(HARRA), essaie de pourvoir une révision systématique sur les différentes expériences effectuées à travers les diverses stratégies spécifiques de mobilisation des ressources pour les objectifs primaires de ces efforts. Les études pour chaque pays proposées par le Projet de Données pour la prise de Décisions et le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique sont examinées sur la base d'une recherche documentaire. Cela signifie que le Projet de Données pour la prise de Décisions(DDM) regarde les diverses stratégies de mobilisation des ressources générées pour le secteur de la santé, aussi bien publique que privée. Les études de cas sur ces pays sont choisies parmi ceux qui ont une stratégie explicite pour augmenter les ressources dans le secteur sanitaire. Notre intérêt est celui de comprendre la base des politiques et des actions utilisées pour atteindre ces objectifs, en contraste avec une approche spécifique qui examine la mobilisation des ressources (par exemple, frais des usagers, assurance, etc.) dans chaque pays. En général, quatre questions sont examinées pour chaque cas:

- Quel est l'impact général sur les ressources en soins de santé à travers les stratégies adoptées?
- Quel est l'effet relatif sur les ressources de financement gouvernementales et non-gouvernementales?
- Peut-on identifier les diverses stratégies de mobilisation des ressources?
- Quel est l'effet des ressources pour les biens publics et pour les services sanitaires primaires?

On anticipe que le pays en question nous laissera aussi répondre aux questions sur les stratégies et méthodes de mobilisation des ressources. En particulier, ce rapport va montrer et examiner la ou les stratégie(s) de mobilisation des ressources adoptée(s) par le pays étudié, en regardant:

- les raisons pour choisir une particulière stratégie ou bien une combinaison de stratégies;
- les différents desseins et mécanismes des expériences de chaque stratégie;
- l'impact des différentes stratégies de mobilisation des ressources sur le système national de la santé; et
- les leçons à tirer.

L'impact des diverses stratégies est examiné par rapport à l'effort des différents objectifs. Spécifiquement, l'aspect quantitatif de ce rapport est centré sur l'effet de (a) la mobilisation des ressources; et (b) la pérennité. Dans la mesure du possible, ce rapport examine aussi les effets du point de vue de l'équité, la qualité des services et la satisfaction du patient, aussi bien que le développement du secteur privé. Le produit final de cette recherche est un ensemble de lignes directrices pour les hommes politiques et les conseillers des missions de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International qui décrit:

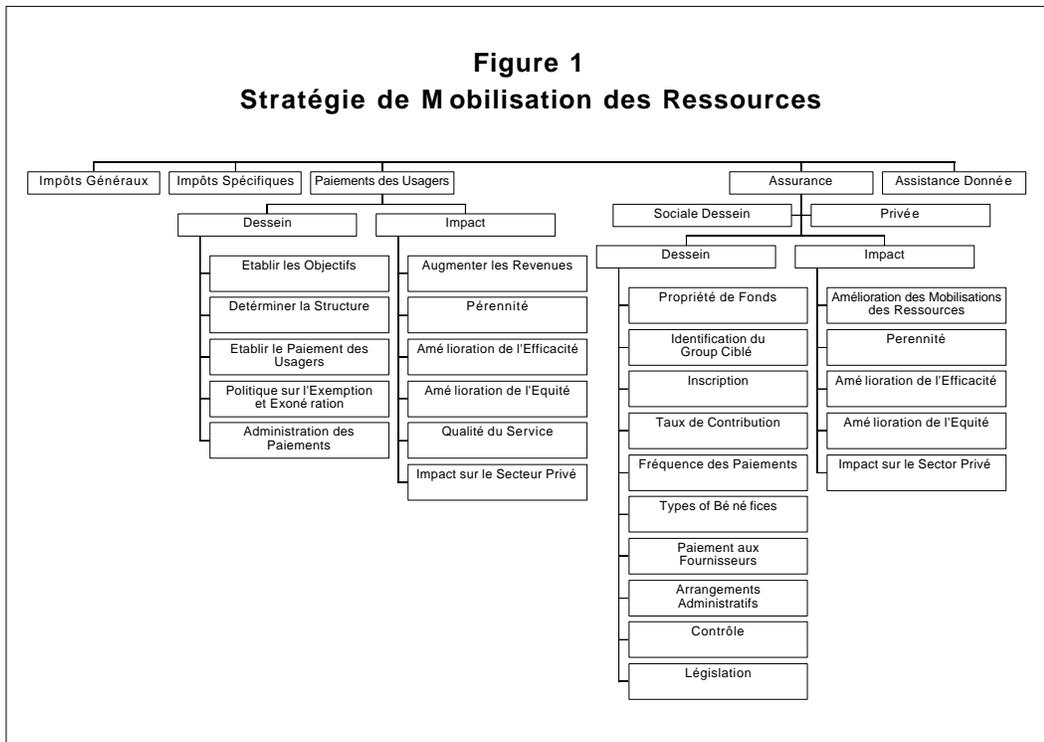
- quels sont les mécanismes de mobilisation des ressources les plus faisables;
- les avantages, désavantages, et échanges associés aux différentes options;
- l'expérience et les problèmes du processus qui sont considérés pour augmenter le niveau des ressources disponibles pour la santé et assurer le maintien de ces ressources.

Cette étude actualise et augmente de façon significative l'analyse documentée, et centre sur les effets des diverses stratégies et expériences faites qui sont considérés par les décideurs africains et les partenaires du programme de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International pour choisir les stratégies appropriées (proposition de projet, Mobilisation des Ressources, le Projet de Données pour la Prise de Décisions, 1994).

Cette étude est réalisée sur cinq pays, dont trois sont Africains. Comme première étape, les études de cas sont développées afin de standardiser les méthodes de collection de données, le critère d'évaluation et les indicateurs de rendement pour ainsi assurer la comparaison entre les différents pays et les diverses stratégies. Cette étude est la première version de ce protocole de recherche.

Le reste de l'étude est organisée de la façon suivante: dans la section 2, on regarde les différentes options qui sont adoptées par les divers pays pour augmenter le budget de la santé. Les principales stratégies sont planifiées à travers les impôts sur les revenus, paiement des usagers, et assurances tant sociale que privée. Ces stratégies sont revues dans les sections 3, 4 et 5 respectivement. La section 6 contient un ensemble de critères développés sur la base des sections précédentes. Un résumé sur les expériences et les investigations des études pour chaque pays est placée dans l'appendice.

2. Stratégies pour la Mobilisation des Ressources



La mobilisation des ressources fait référence aux diverses stratégies de financement du secteur sanitaire pour générer les ressources nécessaires pour payer les marchandises et les services utilisés dans la production et la distribution de la santé. Les stratégies majeures pour la mobilisation des ressources incluent¹:

- l'augmentation des allocations des revenus du gouvernement général;
- les efforts spécialement dirigés sur la collecte des revenus publics;
- les contributions de donateurs privés et assistance étrangère;
- l'assurance sociale de la santé;
- l'assurance de santé privée, et

1/ Le "financement de la communauté" est souvent inclus dans la liste de stratégies du financement. Dans notre structure, le financement de la communauté est une méthode pour organiser et rendre effectif les stratégies mentionné. Par exemple, le financement de la communauté peut inclure les frais des usagers et des types d'assurance non-gouvernementaux, de telle façon qu'un plan payé d'avance est contrôlé totalement par un comité de gestion local. Les efforts de financement de la communauté seront inclus dans nos études.

- le paiement des usagers.

Un arrangement financier peut être individuel, ou bien plusieurs arrangements peuvent être combinés en association. Tandis que la combinaison des arrangements financiers varie de pays en pays, le profil général pour la majorité des pays de l'Afrique Sub-Saharienne semble être que les revenus gouvernementaux à partir des impôts constituent la grande et unique source financière pour les soins de santé suivis par les dépenses en espèces et finalement par les assurances (tableau 1).

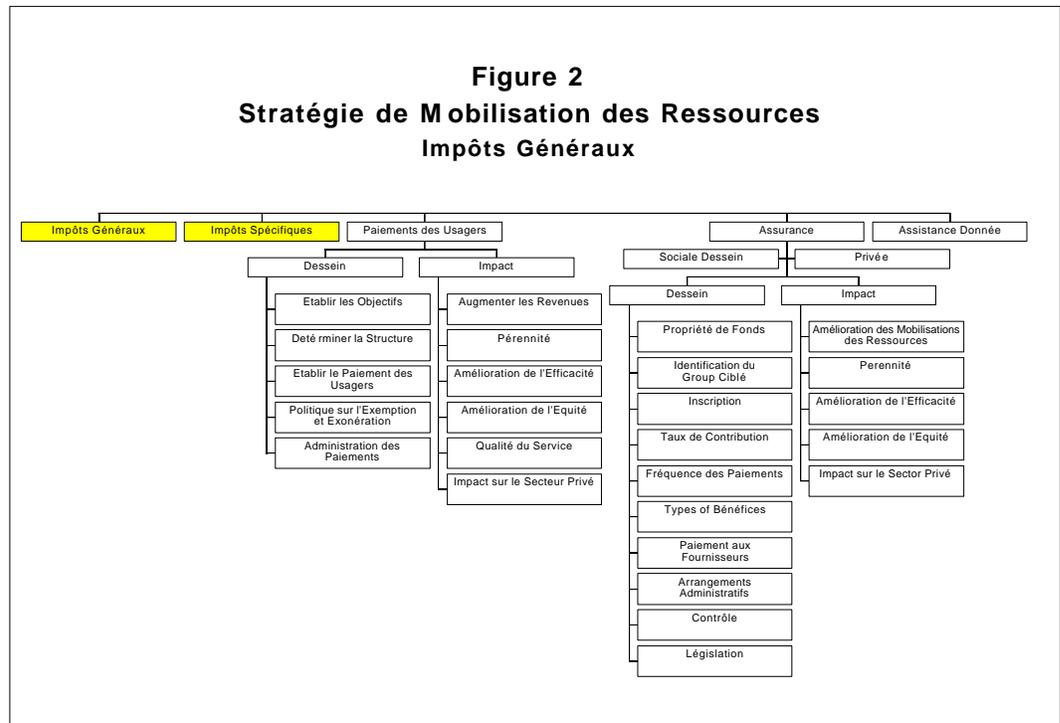
Tableau 1**Contribution aux Dépenses de Santé Périodiques dans des Pays Sélectionnés, % par Source**

| <i>Pays</i> | <i>Budget Ministère de la Santé</i> | <i>Sécurité Sociale</i> | <i>Aide Etrangère</i> | <i>Aide Etrangère</i> | <i>Assurance Privée</i> | <i>Autres Privées</i> |
|----------------------|---|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Burkina Faso (1981) | 47 | 2,2 | 25,4 | 25,4 | | |
| Burundi (1986) | 36,6 | 14,1 | 31 | 31 | | |
| Cameroun (1983) | 77,5 | 1,2 | | | | 21,3 |
| Côte d Ivoire (1985) | 42 | 0,4 | | | 0,8 | |
| Ethiopie (1986) | 32 | | | | 0,2 | 1,8 |
| Ghana (1987) | 29 | | | | | 13 |
| Guinée (1983) | 70 | | | | | |
| Kénya (1984) | 48 | 3,8 | 2,5 | 2,5 | 1,2 | 3,5 |
| Lesotho (1986) | 39 | | | | 0,7 | 42,9 |
| Madagascar (1985) | 43 | | 11 | 11 | | 12 |
| Malawi (1986) | 75 | | 18 | 18 | | |
| Mali (1986) | 22,8 | 2,1 | 3 | 3 | | |
| Mozambique (1985) | 92,6 | | 7,4 | 7,4 | | |
| Niger (1984) | 52,2 | | 21,7 | 21,7 | | |
| Nigéria (1985) | 49,9 | | | | | |
| Sénégal (1981) | 43 | 0,6 | 16,4 | 16,4 | 15 | |
| Soudan (1986) | 21,2 | | | | | 1,2 |
| Tanzanie (1987) | 85 | | 15 | 15 | | |
| Ouganda (1988) | 25,7 | | | | | 4,2 |
| Zaïre (1986) | 4,8 | | | | | 75,2 |
| Zambie (1981) | 81 | | | | | 3,5 |
| Zimbabwe (1987) | 52,6 | | 11,7 | 11,7 | 16,7 | 9 |

* Inclus le budget d'autres ministères gouvernementaux, Etats et gouvernements locaux

Source: Vogel, 1993

3. Les Revenus des Impôts



Presque tous les pays du monde utilise l'impôt sur les revenus pour financer différents éléments du secteur sanitaire. Cet impôt va de la totalité du financement public de tous les services de la santé jusqu'au financement de quelques services spécifiques pour des catégories spécifiques de la population. Dans beaucoup de pays, avec un système basé sur la collecte des impôts pour le secteur de la santé, la location des fonds pour ce secteur dépend explicitement des décisions du Ministère des Finances et de la disponibilité des fonds. Le Ministère de la Santé "concourt" pour les fonds avec d'autres Ministères et l'allocation de fonds pour le secteur de la santé qui affecte directement l'allocation des autres Ministères. L'allocation des fonds pour le secteur de la santé dépend donc de la croissance et de la baisse sur la totalité des impôts sur les revenus:

Dans beaucoup de pays en voie de développement, les revenus du gouvernement, l'impôt sur les revenus, les impôts sur les plusvalues, la

sécurité sociale, les impôts sur les ventes, les droits de douane et les revenus non imposables correspondent à peu près à 15-20% du PIB (quelques exceptions incluent l'Égypte, le Lesotho et le Zimbabwe). Dans beaucoup de pays africains, spécialement le Kenya, Madagascar et la Zambie les revenus du gouvernement ont diminué par rapport au PIB sur une période de onze ans, c'est-à-dire, 1980-1991. Dans quelques pays, comme le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Lesotho, Malawi et le Zimbabwe, les revenus du gouvernement ont augmenté comme pourcentage du PIB total. En général, les tendances des pays en voie de développement paraissent nous indiquer que les gouvernements africains ne peuvent pas augmenter beaucoup plus les revenus des impôts avec les taux actuels.

Parallèlement, les dépenses du gouvernement en santé en pourcentage des dépenses totales tendent à être basses dans beaucoup de pays de l'Afrique Sub-Saharienne. Dans quelques pays, les dépenses du secteur sanitaire ont baissés (Cameroun et Kenya). En réalité, sur une période de dix ans (1975-1985), divers pays ont expérimenté une baisse considérable du taux de croissance des dépenses du secteur de la santé du gouvernement et ont réajusté l'égalité du pouvoir d'achat, en terme de dollars en 1980. Le tableau 2 adapté au rapport de la Banque Mondiale (1993) et Vogel (1993), nous présente les revenus et les dépenses statistiques pour des pays sélectionnés.

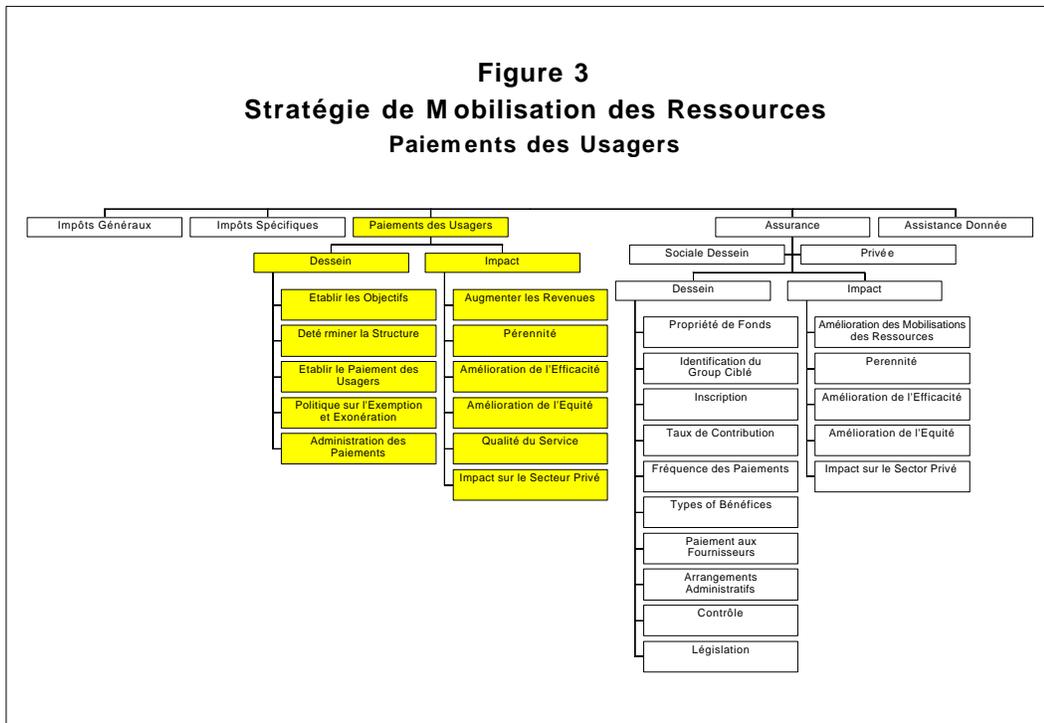
Tableau 2

Revenus et Dépenses Sanitaires du Gouvernement, Pays Sélectionnés

| Pays | Revenus Totaux du Gouvernement (% du PIB) | | Government Expenditure on Health (% of total expenditure) | | Taux de Croissance des Dépenses Sanitaires du Gouvernement Central (par tête), 1975-1985 |
|---------------|---|------|---|------|--|
| | 1980 | 1991 | 1980 | 1991 | |
| Burkina Faso | 13,6 | | 5,8 | | |
| Burundi | 14,0 | | | | 2,24 |
| Cameroun | 16,2 | 19,0 | 5,1 | 3,4 | 6,9 |
| Côte d'Ivoire | 23,4 | 26,5 | 3,9 | | |
| Ethiopie | 18,7 | | 3,7 | | |
| Ghana | 6,9 | | 7,0 | | |
| Guinée | | 14,1 | | | -8,64 |
| Kénya | 22,6 | 21,2 | 7,8 | 5,4 | |
| Lesotho | 17,1 | 26,8 | 6,2 | 11,5 | 0,74 |
| Madagascar | 13,4 | 9,1 | | 6,6 | 6,08 |
| Malawi | 20,7 | 23,7 | 5,5 | 7,4 | |
| Mali | 11,0 | | 3,1 | | 3,66 |
| Niger | 14,7 | | 4,1 | | -6,56 |
| Nigéria | | | | | -0,52 |
| Sénégal | 24,9 | | 4,7 | | -9,63 |
| Soudan | 14,0 | | 1,4 | | -2,39 |
| Tanzanie | 17,6 | | 6,0 | | |
| Ouganda | 3,1 | | 5,1 | | -3,09 |
| Zaïre | | | | | -4,60 |
| Zambie | 27,0 | 11,9 | 6,1 | | -4,60 |
| Zimbabwe | 24,4 | 31,5 | 5,4 | 7,6 | |

Source: Vogel, 1993; Rapport de Développement Mondial, 1993

4. Paiement par les Usagers



Dans la plupart des pays, les usagers des services de santé sont habitués à payer des frais là où il existe une participation aux services sanitaires du secteur privé. Mais la prévalence des paiements des frais n'est pas diffusée pour les services qui restent publics. En effet, divers pays de l'Afrique Sub-Saharienne n'ont pas un système de paiement, tandis que dans d'autres pays on y voit un impact minimum (tableau 3, base de Shaw et Griffin, 1995).

Nous regarderons premièrement les mécanismes des desseins et des expériences, suivis d'un examen sur l'impact de paiement par les usagers en terme des différents objectifs.

Desseins et Expériences des Paiements par les usagers

Il y a différentes étapes dans le dessein d'un système de paiement. Ceci inclut

Tableau 3

Expérience avec des Frais des Usagers, Pays Sélectionnés

| <i>Pays avec un système national des frais des usagers</i> | <i>Quelques systèmes nationaux des frais des usager, mais minimal/pas effectif</i> | <i>Pas de système nationale, mais quelques installations de collecte des frais des usagers</i> | <i>Pas de système des frais des usagers connus</i> |
|--|--|--|--|
| Bénin | Burkina Faso | République Centrale d'Afrique | Angola |
| Burundi | Guinée Equatoriale | Madagascar | Botswana |
| Cameroun | Ethiopie | Niger | Malawi |
| Côte d'Ivoire | Guinée-Bissau | Ouganda | SaoTome |
| Ghana | Mauritanie | Zaïre | |
| La Gambie | Nigéria | | |
| Guinée | Sierra Léone | | |
| Kénya | Soudan | | |
| Mali | Togo | | |
| Mozambique | Rwanda | | |
| Namibie | Zambie | | |
| Sénégal | | | |
| Swaziland | | | |

Source: Shaw et Griffin (1995)

- d'établir les objectifs pour la récupération des coûts;
- de déterminer la structure des charges des usagers;
- de déterminer les paiements;
- une politique d'exemption et d'exonération; et
- une administration des paiements.

On discutera par la suite de chacune de ces étapes séparément.

Objectifs de Récupération des Coûts

Le niveau de récupération des coûts peut être placé à travers un continuum entre 0 et 1. Dans une extrême, il n'y a pas de coût de récupération et tous les produits et services sont offerts sans aucune charge. Dans l'autre extrême, il y a le paiement des coûts totaux (ou presque totaux) et tous les fréquents coûts du capital sont complètement récupérés. Entre ces deux extrêmes, il y a un large spectrum de niveau des coûts de récupération qui

peut se trouver. Il y a divers avantages et désavantages associés à chaque niveau des coûts de récupération. Par exemple, le grand avantage de la gratuité des soins c'est d'imposer un système où il n'y pas besoin du coût d'administration pour le prestataire. Mais, l'avantage disparaît devant les désavantages de la gratuité des soins, comme le manque de revenus, le manque d'un système de signalisation pour augmenter l'efficacité des allocations, etc. De la même façon, le grand avantage de la récupération totale est de pourvoir pour les ressources désirées une provision de biens et de services. Les désavantages associés à ce système incluent le requièremment des charges, de l'administration et de la comptabilité, et la possible exclusion de certaines catégories de la population.

Une possibilité qui est suggéré continuellement dans la théorie économique est de fixer le prix au coût marginal. Cela signifie de fixer les prix en accord avec une hausse des coûts associés à une unité aditionnelle de produits ou de services. Les lecteurs intéressés à ce sujet peuvent lire Jiménez (1987) et McPake (1993) pour plus de détails.

Déterminant la Structure de Paiements

Il y a plusieurs façons de structurer les paiements:

- *Paiement par visite.* Sous ce système, le patient paye une seule charge chaque fois qu'il visite une structure. Les frais doivent couvrir les charges de consultation, les services cliniques, les services de laboratoire, médicaments, etc. et tout autre association. Le principal avantage de ce système est la simplicité de la comptabilité. Aussi, ce système décourage les visites trop fréquentes et inutiles de la part du patient.
- *Paiement par épisode.* Sous ce système, le patient paie des frais pour chaque période de maladie sans tenir compte du nombre de visites, de tests, de consultations et de médicaments. Une fois les frais fixés l'administration est simple. Cependant, le désavantage est qu'une fois les frais payés, il n'est pas dissuasif pour l'abus de ce système de la part du patient (préjudice moral, côté de la demande) et d'un destockage du prestataire (préjudice moral, côté prestataire).
- *Paiement par service.* Sous ce système, le patient paie pour chaque article de traitement reçu. Le principal avantage de ce système est que le prestataire est payé pour toutes les dépenses. Les désavantages incluent une administration plus développée pour la facturation et les procédures de collecte.
- *Personnalisation des frais.* Sous ce système, le patient paie une somme

forfaitaire au début de chaque période, Ce qui lui donne accès à tous les services pour toute cette période. Le grand avantage de ce système est la simplicité administrative. Les désavantages incluent des problèmes de préjudice moral, et le fait que la personnalisation des frais ne donne aucun signe pour une meilleure allocation des ressources.

Peut être le majeur problème en sélectionnant le type de paiement par les usagers, en dehors de son potentiel est de collecter les ressources, c'est qu'elles doivent avoir sur le comportement du prestataire et du consommateur. Cela dépend beaucoup des incitations utilisées avec chaque type de structure de paiement, qui sont très liées à celui qui prend en charge le risque financier et celui qui est indemnisé (par exemple, le gouvernement). Chaque approche mentionnée peut être évaluée en terme de chaque incitation et de ses effets.

Etablissement des Prix

Les prix peuvent être déterminés de plusieurs façons. Celles-ci incluent:

- *Les prix du marché.* Sous ce système, les frais de l'utilisateur sont équivalents aux prix du marché; si possible. Dans l'absence des prix de marché, un autre critère doit être appliqué pour fixer les frais des usagers.
- *Coûts Actuels.* Sous ce système, les prix sont équivalents aux coûts des produits et des services fournis. Les coûts peuvent être mesurés comme les coûts marginaux ou moyens. Plus difficiles à mesurer que les coûts moyens, les coûts marginaux peuvent être déterminés approximativement à travers les coûts courants non salariaux. Le principal avantage de ce système est que les coûts comptabilisés, même si le degré de récupération des coûts dépendent du paiement des usagers est de récupérer les coûts totaux ou en partie. En plus, une fois les coûts actuels connus, ils peuvent être ajustés par les croissances des primes, les incitations pour l'utilisation des biens publics, etc. Le principal désavantage de ce système est qu'il n'est pas facile de situer les coûts joints et les coûts calculés par unité de chaque produit ou de service donné.
- *Prix fixé.* Sous ce système, les frais des usagers sont équivalents aux prix fixés. Le prix est généralement égal à l'habileté de paiement des plus pauvres catégories de la population. Pour des raisons administratives et politiques, le même prix est offert à toutes les catégories de la population. Ce système de prix est le plus populaire, mais le moins effectif par rapport à l'impact qu'il a sur le système de santé.

Exemptions et Exonération

Sans tenir compte de l'habileté et de la volonté de la population à payer, il y a toujours ceux qui ne peuvent pas payer tout ou une partie de leurs frais quelque soit le prix. La mise en place d'un système effectif d'exemptions et d'exonérations impliquent plusieurs étapes:

- *Critère d'éligibilité.* Ceux qui sont éligibles pour les exemptions de paiements des frais des usagers devraient inclure les pauvres, ceux qui sont incapables de prendre soin d'eux mêmes, ceux souffrant des maladies ou nécessitant les services à forte caractéristique publique et peut-être des catégories de la population comme les enfants, les personnes âgées, ceux inclus pour des raisons de "mérite", etc.
- *Poids du critère.* Ayant établi un critère, il est nécessaire d'avoir une échelle par laquelle l'éligibilité du critère peut être jugée. Par exemple, si un critère pour l'exemption est le niveau de bas revenu, il est nécessaire de décider qui constitue un bas niveau de revenu. Similairement, si la maladie implique des soins externes, elle qualifie pour des exemptions, alors il est nécessaire de préparer une liste avec ces maladies.
- *Etendue de l'exemption.* Dans un nombre de cas, il est possible que le patient soit capable de payer une partie des frais des usagers, mais pas la totalité. Alors, un système d'exemptions et d'exonérations peut par conséquent être partiel, en ce sens que le patient paie seulement un pourcentage des frais ou bien quelques services.
- *Autorité à accepter les exonérations.* Clairement, il devrait y avoir une personne dans le service pour autoriser les exonérations sur la base du critère et de son étendue établie ci-dessus

Gestion de la Collecte des Revenus

L'étape finale dans la planification est la mise en place des systèmes de frais des usagers et la gestion des frais collectés. La gestion des revenus inclut toutes les activités comprenant la facturation jusqu'au dépôt des frais collectés passant par la collecte du dépôt des frais collectés et, finalement, la comptabilité.

- *Facturation.* Sur la base des frais, du prix actuel, les règles et les régulations pour les exemptions et les exonérations, du montant des frais que le patient doit payer. Ceci requiert d'un personnel administratif chargé de la facturation soit formé où les aspects des frais des usagers et le barème des prix, si possible, soit affiché et disponible pour le patient.

- *Collecte.* Le processus de collecte entraîne la collecte en espèces du patient, émettre des reçus pour le patient, faire les entrées appropriées dans les livres de comptabilité, et emmagasiner les revenus collectés. Ceci nécessite du personnel formé, d'une place sûre pour garder l'argent, d'un système de facturation, de livres de comptabilité des espèces.
- *Frais de Dépôt.* Les frais ainsi collectés doivent être déposés en lieu sûr; soit dans une banque ou bien dans une autre place sûre.
- *Comptabilité.* L'étape finale dans l'administration des revenus collectés des usagers est de maintenir la comptabilité de tous les revenus collectés en accord avec les produits et les services donnés. Une analyse de cet objectif, parmi d'autres, permet l'amélioration du procès des allocations.

L'Impact des Frais des Usagers dans le Système de Santé

L'impact peut être analysé en regardant l'effet qu'il produit sur la mobilisation et pérennité des revenus, aussi bien qu'en efficacité, équité et développement du secteur privé. Nous discuterons de ceci brièvement.

Augmentation des Revenus

Beaucoup de pays, notamment le Ghana, le Kenya, le Lesotho, Malawi, la Mozambique, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe de l'Afrique Sub-Saharienne, n'ont expérimenté le paiement pour les services comme objectif de mobilisation des ressources. Autres pays qui ont expérimenté le paiement pour les services, ils l'ont fait si basiquement pour différentes raisons, comme c'est l'amélioration de la disponibilité des médicaments. Cependant, le paiement pour les services dans beaucoup de pays, à travers de récentes évidences suggère qu'il y a eu une amélioration au cours du temps.

En effet, dans la plupart des pays Sub-Sahariens le paiement pour les services a contribué très peu aux dépenses gouvernementales fréquentes. Avec l'exception de l'Ethiopie (mid 1980), de la Mauritanie (1986) et du Lesotho (1991-92), les charges payées par les usagers ont contribué à moins de 7% par rapport aux dépenses gouvernementales fréquentes dans le secteur sanitaire.

Le tableau 4 représente le pourcentage de collecte en dépenses sanitaires fréquentes du gouvernement. Les chiffres proviennent de Shaw et de Griffin (1995), Westinghouse (1995), Cheese et Kutzin (1994), Banque Mondiale (1994, 1990), Barnum et Kutzin (1993), Hecht (1993), McPake (1993), Vogel

Tableau 4**Contibution des Frais des Usagers aux Dépenses Sanitaires Périodiques du Gouvernement**

| <i>Pays</i> | <i>Année</i> | <i>Pourcentage de Dépenses Périodiques de Gouvernement</i> |
|---------------------------|--------------|--|
| Botswana | 1983 | 2,8 |
| Burkina Faso | 1981 | 0,5 |
| Burundi | 1983 | 4,0 |
| Côte d'Ivoire | 1993 | 7,2 |
| Ethiopie | mid-1980's | 15,0-20,0 |
| Ghana | 1990-91 | 5,6 |
| Guinée-Bissau | 1988 | 0,5 |
| Kénya | 1993 | 2,1 |
| Lesotho | 1991-92 | 9,0 |
| Malawi | 1983 | 3,3 |
| Mali | 1986 | 2,7 |
| Mauritanie | 1986 | 12,0 |
| Rwanda | 1984 | 7,0 |
| Sénégal | 1986 | 4,7 |
| Swaziland | 1988-89 | 4,6 |
| Zimbabwe | 1991-92 | 3,5 |
| Papouasie Nouvelle Guinée | 1987 | 3,0 |
| République Arabe du Yemen | 1983 | 3,3 |
| Jamaïque | 1984 | 4,0-5,0 |
| Salvador | 1990 | 4 |
| Indonésie | 1983 | 6,2 |
| Malaysia | 1975 | 3,7 |
| Pakistan | 1982 | 2,0 |
| Chine | 1988 | 36 |

(1990, 1989, 1980), Collins (1990), Waddington et Enyimayew (1989), Griffin (1988), Danzon (1985), Heller (1982).

C'est aussi utile de regarder la contribution de paiement des usagers aux revenus nets générés aux différents niveaux du système sanitaire. Le tableau 5, de Shaw et de Griffin (1995), fait une comparaison des recollectes de revenus entre diverses structures dans les pays sélectionnés.

Il peut y avoir plusieurs raisons pour une basse contribution des usagers aux coûts périodiques aussi bien qu'aux différences par rapport aux contributions

Tableau 5

Frais des Usagers: Comparaison entre les Centres de Santé et les Hôpitaux

| <i>Pays</i> | <i>Revenus des frais des usagers comme un pourcentage des coûts d'opération des Centres de Santé</i> | <i>Revenus des frais des usagers comme un pourcentage descoûts d'opération des Hôpitaux</i> |
|--|--|---|
| Bénin | 42-46 | |
| Guinée, 1992 | 38-49 | |
| République Centrale Africaine, 1992 | 110-138 | 26-45 |
| Lesotho, 1991-93 | 13-22 | 4,5-5,3 |
| Sénégal, 1991 | 8-35 | 5-11 |
| Chine | 85 | 90-97 |

Source: Shaw et Griffin (1995)

des frais des usagers aux différents niveaux du système de santé. Quelques différences sont:

- L'ensemble des frais peut être très bas comparé aux coûts d'opération, tantôt du malade des services externes comme du malade de l'hôpital. Dans ce cas, le paiement des usagers fait une considérable contribution dans les coûts périodiques même si la collecte et la facturation sont très efficaces.
- Les coûts d'opération peuvent être trop hauts même si le montant collecté en valeur absolue des paiements des frais est haut, sa contribution aux coûts périodiques paraît basse. En effet, des gains considérables peuvent être possibles si on réduit les niveaux courants de coûts et de gaspillage (voir, par exemple, Kutzin, 1993, Bekele et Lewis, 1986). Aussi bien le gaspillage et l'inefficacité des coûts peuvent être répandus à travers les structures, ils sont particulièrement prédominants dans l'acquisition, dans le stockage, dans les prescription ets dans l'utilisation des médicaments. Par exemple, il a été estimé (Shaw et Elmendorf, 1993) que 12% des dépenses en médicaments arrivent aux malades réellement. En effet; la conscience des coûts et les améliorations de ceux-ci peuvent mener à des substantielles économies (voir, par exemple, Creese, 1991, Brunet-Jailly, 1991, et McPake, Hanson et Mills, 1992).

- La facturation et la collecte des procédures peuvent être pauvres, déclenchant des pertes sur les revenus (voir, par exemple, Shaw et Griffin, 1995, Vogel, 1988, et Stinson, 1982).
- Exemption et politiques de renonciation ne sont pas tracées avec soin ni strictement forcées (Shaw et Griffin, 1995, Day, 1992, Ellis, 1987).
- Les consommateurs des soins de santé sont ou bien incapables de payer ou bien peu disposés à payer; ou les deux à la fois. Considérons le cas où le malade est disposé à payer, mais qui n'a pas l'argent suffisant. L'évidence n'est pas très concluante sur ce point. Quelques études (voir Forsberg, 1993) montrent comme évidence que très peu de familles ne cherchent pas des soins parce qu'ils manquent d'argent (la Zambie est un cas où 4% des familles n'ont pas cherché des soins à cause de leur incapacité de payer). D'un autre côté, d'autres études montrent que les coûts de soins médicaux dissuadent réellement les familles pauvres de chercher tel soin. (Gertler et van der Gaag, 1990, par exemple, ont trouvé un rapport considérable entre élasticité du prix de la demande et du revenu au Pérou et en Côte d'Ivoire). Dans le cas où les consommateurs ont la capacité de payer, l'utilisation peut tomber dans l'événement de mise en oeuvre de charges de l'utilisateur si la demande de prix pour les soins de santé est élastique, ou si les malades sont peu disposés à payer. Plusieurs études d'élasticité de prix montrent que les prix ont très peu d'impact sur, par exemple, l'usage des services du malade qui vient consulter à l'hôpital (Heller, 1982, Gertler et al, 1986, et Griffin, 1988). La bonne volonté de payer peut être augmentée par les améliorations dans la qualité des services, comme il est montré hors études dans beaucoup de pays, comme la République Centrale Africaine (Weaver et al, 1993), la Tanzanie (Mujinja et Mabala, 1992), et le Kenya (Mwabu et Mwangi, 1986, et Mwabu, 1984).

Pérennité

Les frais des usagers ont le potentiel d'améliorer la pérennité du système de la santé. La pérennité rapporte les caractéristiques financières et institutionnelles d'un pays qui est capable de soutenir un projet au cours du temps. Dans le contexte des frais des usagers, la pérennité dépend de la contribution des frais des usagers par rapport aux revenus et aux coûts associés à sa mise en oeuvre, aussi bien que la capacité institutionnelle qu'elle développe et soutient (lecteurs intéressés sont rapportés à Kutzin, 1993, pour une discussion détaillée de pérennité dans la santé dans les pays en voie de développement).

Aussi loin que les contributions des revenus sont concernées, les frais des usagers améliorent la pérennité quand ils ont le potentiel de contribuer au

revenus nets. Les contributions aux revenus nets peuvent être soutenues au cours du temps si:

- les coûts de facturation et les collectes sont frénés;
- il n'y a pas de chute substantielle dans l'utilisation des services de la santé; et
- les frais sont ajustés périodiquement tenant en compte l'inflation et les changements des coûts.
- Aussi loin que la pérennité du système de santé est importante, les frais des usagers ont le potentiel d'améliorer la pérennité par plusieurs chemins:
- La contribution des revenus aux frais des usagers peut réduire le fardeau du gouvernement au système financier de la santé. Cela peut laisser gratuitement des ressources au gouvernement pour les utiliser ailleurs.
- Le système des frais des usagers peut mener potentiellement au développement d'un système de comptabilité, d'un rapport et de gestion responsable, car le processus de facturation et de collecte exigera du personnel compétent, une tenue des livres et de la comptabilité. Plus loin, si le revenu rassemblé provenant des frais des usagers est permis d'être retenu au moment de la collecte, le contrôle de gestion sur le budget et les dépenses est fortifié. Cela a l'avantage potentiel de faire une unité de gestion plus responsable.
- Par l'ampleur que le système des frais des usagers a le potentiel d'améliorer l'efficacité d'allocation, la pérennité du système de la santé est améliorée.

Shaw et Griffin (1995) donnent les instances de l'impact des frais des usagers sur la pérennité. D'après eux beaucoup de pays, comme le Bénin, Botswana, le Bourundi, le Ghana, la Guinée, le Leshoto, le Mali, le Nigéria, la Tanzanie, le Zaïre et le Zimbabwe, plaident en faveur de la décentralisation des systèmes de la santé, et change d'une autorité centrale à la régionalisation et aux corps de districts, où la collecte des frais et sa rétention au point de collecte rend possible que l'argent finit à l'intérieur des unités décentralisées, qui peuvent ainsi améliorer la pérennité institutionnelle. De plus, comme Shaw et Griffin (1995) maintiennent, la capacité de la collecte et de retenir les frais dans des centres locaux qui peut améliorer aussi la provision des médicaments. Beaucoup de pays, comme le Bénin, le Cameroun, la République Centrale Africaine, le Tchad, le Libéria, le Mali, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, le Soudan, la Tanzanie et le Zaïre, possèdent des fonds tournants pour médicaments. Beaucoup de ces fonds récupèrent les coûts des médicaments

avec les revenus des prix des médicaments et les frais des usagers, ce qui assure la disponibilité soutenue de médicaments dans les centres de santé.

Améliorations de l'Efficacité

Les frais des usagers ont le potentiel de provoquer des améliorations dans l'efficacité de l'allocation au moins dans deux voies. Premièrement, la présentation des frais commence par signaler la valeur du produit, comme il est perçu par le consommateur et comme il est perçu par le fournisseur. Les frais des usagers fournissent de bons prix-signaux qui informent aux clients les priorités dans le système de santé, et les informe des coûts quand ils utilisent le système de santé. Les frais des usagers fournissent aux fournisseurs de la santé avec de bons signaux ce qui est demandé, et combien il est demandé. Bien sûr, pour que ce système de demande et de provisions travaille efficacement, les frais des usagers doivent être mis en place tels que les fonctions de demande des consommateurs et la provision des fournisseurs renvoient les conditions du marché le plus réaliste possible. Cependant, les améliorations réelles dans l'efficacité dépendraient de l'ampleur que les signaux ont envoyé des consommateurs, des fournisseurs et des faiseurs de politique qui désirent des changements dans le comportement de ces agents. Les frais des usagers affecteront clairement le comportement du consommateur, car ils augmenteront les dépenses directes d'un malade et changera son modèle de demande; pourtant l'ampleur du changement dépendrait des facteurs comme les consommateurs perçoivent la qualité des soins, l'élasticité du prix de la demande et l'élasticité croisé-prix comme forme alternative de soins médicaux. L'effet des frais des usagers sur le comportement des fournisseurs et des faiseurs de politique n'est pas clair ainsi. En citant, "les plus hauts prix qui ne créent pas automatiquement des meilleures décisions d'investissement, du contrôle de gestion, des décisions d'allocation et de la qualité" (Griffin, 1988). Il ne peut pas y avoir des motivations suffisantes pour les fournisseurs publics et les faiseurs de politique qui répondent aux signaux produits par les frais des usagers, comme ils seraient peut-être dans un environnement privé, compétitif. Par conséquent, les frais des usagers doivent être accompagnés avec des changements du côté des fournisseurs et du comportement des faiseurs de politique, ou autrement le consommateur finit par payer pour les mêmes services qui étaient précédemment disponibles à lui à pas de charge.

Deuxièmement, dans l'absence des frais des usagers, l'allocation des soins médicaux est décidée efficacement par le temps du voyage et l'attente fixée (faire la queue), mais plusieurs inefficacités économiques sont associées avec ce genre de mécanisme de l'allocation. Premièrement, ce "temps-prix" ne peut être ni tracé ni emprunté et ni stocké. Deuxièmement, le temps que les consommateurs de santé sont en train de payer quelque chose (du temps) pour

acheter de la santé, le fournisseur n'obtient ou ne perd rien. Et finalement, le temps d'attente n'est pas très bon à différencier parmi la sévérité des besoins, les frais aux usagers améliorent l'efficacité des révisions de la santé parce qu'ils ont le potentiel d'éliminer ces manques économiques associés à l'attente du système d'allocation.

Améliorations de l'Équité

En accord avec Wagstaff et van Doorslaer (1993), l'équité peut être définie en terme des finances et de la distribution des soins de santé. L'équité des finances de la santé se soucie de donner aux "personnes ou familles de capacité inégale de payer convenablement des paiements dissemblables" pour la santé (équité verticale), et que ces "personnes ou familles avec la même capacité de payer fassent la même contribution" (équité horizontale). L'équité dans la distribution de la santé se soucie que les "personnes avec des besoins inégaux soient traitées d'une façon dissemblable appropriée" (équité verticale), et que les "personnes avec des besoins égaux soient traitées équitablement" (équité horizontale). (Toutes les citations sont de Wagstaff et de van Doorslaer, 1993).

L'opinion générale sur les frais est qu'ils réduisent l'équité, depuis qu'ils imposent un fardeau sur le moins capable de payer. D'après cette pensée les frais des usagers n'améliorent pas l'équité des finances si le même montant est exigé d'être payé par tout le monde. Plus loin, il y a peu ou pas de gains dans l'équité de distribution de services de santé avec l'imposition des frais des usagers, depuis qu'un système du soin libre lui-même est vraisemblablement équitable.

D'un autre côté, il y a quelques arguments qui exposent que les charges améliorent réellement l'équité. Il est discuté qu'un système du soin libre n'est pas équitable, depuis que personne avec de meilleurs rapports, d'une meilleure connaissance du système, etc. obtiennent plus d'attention, et peut-être un soin supérieur. Dans l'absence de frais, les contacts et la position sont utilisés pour diriger la demande et allouent la provision. Plus loin, l'équité aux finances peut être améliorée si un système approprié de renonciation et d'exemptions est mis en place. Dans cet événement, les incapables de payer peuvent être exemptés des frais au même temps que ceux qui ont la capacité de payer le fassent réellement.

L'impact de frais des usagers sur l'équité n'est donc pas clair. En effet, divers pays sont capables d'avoir des expériences très différentes sur ce point, et beaucoup d'agents comme le niveau d'éducation, des systèmes sociaux, etc. peuvent jouer des rôles importants en déterminant l'effet net sur l'équité.

Qualité des Soins

La mise en oeuvre de frais des usagers peut apporter un changement positif dans la qualité de la santé, plus si le revenu produit est réinvesti dans les installations. Plusieurs récentes études suggèrent que tel réinvestissement semblable fait un considérable contre-poids pour tous les effets négatifs d'augmentations de charges, telle que la réduction des utilisations (voir, par exemple, Denton et Over, 1991, Litvack et Bodart, 1993).

La qualité des soins peut être définie à travers plusieurs chemins différents, et il est utile de prendre en compte les aspects multidimensionnels de la qualité. La question est appuyée par différentes perceptions que les malades et les fournisseurs tendent à avoir sur la qualité des soins.

Maxwell (1984, 1992) suggère six dimensions différentes pour juger de la qualité des soins: efficacité, acceptabilité, efficience, accès, équité, et pertinence. Donabedian (1980) regarde la qualité quant à la structure, le processus et les résultats. Une combinaison de ces deux approches donnent une définition de qualité (Maxwell, 1992). Une matrice qui sert à expliquer est représentée dans le tableau 6. Cette définition et cette répartition de la qualité met en valeur beaucoup d'éléments importants qui sont vus différemment par les plusieurs agents impliqués: malades, fournisseurs, gouvernements, etc. qui inclut aussi les installations physiques, l'organisation et la gestion, les plaintes des patients, la satisfaction des patients, les activités de diagnostic, les indicateurs des résultats de la santé, etc.

Impact sur le Secteur Privé

Avec le resserrement des budgets de la santé, des coûts croissants, des populations vieillissantes, une conscience et une demande pour la santé croissante, beaucoup de pays donnent une attention croissante à la participation du secteur privé à la production, à la distribution et au financement de la santé. En plus, le secteur privé est pensé être plus responsable aux motivations du marché, et probablement plus effectif que le secteur public.

Cependant, un système de soin libre peut être un obstacle au développement du secteur privé. A moins que les différences dans la qualité soient considérables, les malades préfèrent se soigner en passant par le service gratuit du gouvernement par rapport ax soins privés plus chers. La mise en oeuvre des frais des usagers pour les installations du gouvernement peut affecter potentiellement le secteur privé dans divers sens:

- Les frais des usagers pour les installations du gouvernement augmenteront probablement l'utilisation des fournisseurs non-

Tableau 6
Qualité des Soins

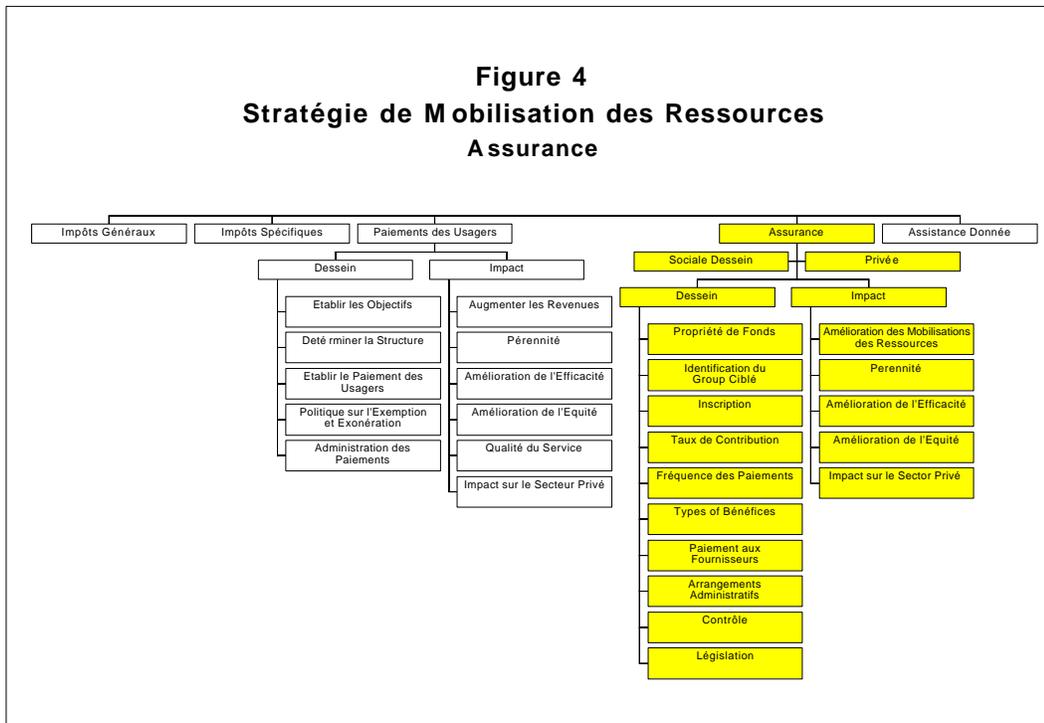
| | Structure | Processus | Résultats |
|---------------|---|---|---|
| Efficacité | installations, équipement administratif, processus qualification du personnel médical | antécédents médicaux, examens physiques, diagnostic, compétence technique, gestion préventive, continuité des soins, etc. | récupération du patient, restauration de fonction survie, etc. |
| Acceptabilité | confort physique, propreté | explication des traitements, éducation du patient | suivi des améliorations, réunions, etc. |
| Performance | recrutement approprié et niveau d'équipement, etc | administration, organisation, personnel, arrangement opérationnel, etc. | comparaison de coûts pour de cas similaires dans les diverses unités et périodes de temps |
| Accès | emplacement, etc. | capacité, etc. | traitements des patients de la liste d'attente, etc. |
| Equité | | préjugé dans le traitement, etc: | préjugés dans les résultats, etc. |
| Pertinence | utilité de ressources, besoins des services spécifiques, etc. | | impact sur le statut sanitaire des différents groupes de personnes |

gouvernementaux, à travers des effets de prix-croisé.

- Comme noté ci-dessus, un réinvestissement approprié peut améliorer les services gouvernementaux, fournissant une véritable compétition pour la qualité des fournisseurs privés.
- Avec une qualité comparable, les prix du secteur public peuvent fournir une véritable compétition pour les fournisseurs privés, gardant les prix privés bas.
- La présence de frais des usagers peut motiver les familles à étendre au cours du temps le risque d'une haute dépense de la santé, ce qui peut mener au développement des assurances dans le secteur de la santé.

5. L'Assurance Maladie

Figure 4
Stratégie de Mobilisation des Ressources
Assurance



Les maladies et les accidents touchent les gens au hasard. Ceci crée un risque pour la santé qui en retour crée des risques financiers pour les gens qui ont besoin des soins médicaux pour alléger les effets de la maladie. L'assurance santé protège les gens de ces risques financiers quand ils tombent malades. L'assurance maladie collecte des contributions financières qui sont faites pour les gens malades et non malades. Ces contributions sont groupées ensemble et utilisées pour couvrir les dépenses de ceux qui vivent des événements tragiques. L'assurance santé est par ailleurs un mécanisme qui répartit les risques au cours du temps.

L'assurance santé connaît un engouement croissant comme un moyen pour générer les ressources pour les soins de santé, ainsi que pour son potentiel pour améliorer l'équipement et les prestations de services de santé. Cependant, à ce jour, l'expérience dans les pays en voie de développement est limitée spécialement dans les pays à bas revenus (la Chine est une

exception frappante à cela, bien que les taux de recouvrement ont chuté substantiellement dans les années 1980). Des faits probants indiquent que seulement un petit pourcentage de la population Sub-Saharienne a une assurance santé (tableau 7). L'assurance santé dans les pays à bas revenus a été principalement fournie par le gouvernement ou par les employeurs prestataires avec une couverture limitée.

L'assurance santé est caractérisée par un groupe de personnes qui contribuent par des fonds communs à une réserve commune, usuellement tenue par une partie tierce. Ces fonds sont alors utilisés pour payer les coûts des soins de santé des assurés. Cette partie tierce peut être la sécurité sociale du gouvernement, une réserve de fonds d'une assurance publique, d'une réserve de l'employeur-subvention ou une réserve des fonds d'assurances privées. Celui qui possède les réserves de fonds, l'assurance peut être classée comme gouvernementale ou privée. Le terme gouvernemental pour décrire l'assurance a besoin de quelques qualifications. L'assurance sociale peut être organisée par le gouvernement mais mise en place par une variété d'organisations semi-publiques. Il est probablement meilleur dans l'analyse de séparer ces fonds des prestations gouvernementales directes aux soins de santé (par exemple, à travers du Ministère de la Santé). Les plans de l'assurance peuvent être plus caractéristiques par les groupes couverts, le type de gestion, la taille du groupe (nombre d'adhérents), les services couverts (soins internes, soins externes, soins préventifs, médicaments, etc.), les primes annuelles, les cotisations, déductibles, restrictions d'utilisation (comme exigence des consultations), etc.

L'assurance santé subventionnée par le gouvernement peut être opérée à travers les fonds de sécurité nationale. Les systèmes de sécurité sociale consistent à des fonds contribués par certaines classes sociales pour une série de soins et de bénéfices spécifiés. Basé sur le principe de la solidarité sociale, le concept d'assurance santé de la sécurité sociale est de définir les soins médicaux comme un risque social plutôt que privée. La totalité des contributions aux fonds sociaux doit être déterminée par risque, mais les contributions individuelles ne le doivent pas. De ce point de vue, l'assurance sociale peut conduire à une contribution des riches envers les pauvres, et de ceux qui ont une basse incidence de maladie envers ceux qui en ont une élevée; issue de la politique publique, la législation décide qui sont couverts, quelles sont les prestations, et quelles sont les contributions aux indemnités. Les contributions d'indemnités sont usuellement des retenues des salaires, et grossièrement le secteur employé-employeur qui participe à ces fonds. Des prestations sous le régime d'assurance sociale peuvent former un type de contrat social avec des membres qui pourront être difficilement changés.

Un autre type important d'arrangement sous forme d'assurance subventionnée par le gouvernement et la communauté, une coopérative ou finances. Les

Tableau 7

Profil de la Couverture Assurance Santé Dans Certains Pays en Voie de Développement

| Pays | Type d' Assurance | Groupes Couvert | Population Couverte |
|------------------------|---|--|---|
| Burkina Faso | Assurance Sociale | Employés du secteur Officiel | <1% |
| Burundi | Mutuelles | Travailleurs officiels | 10-15% |
| Cameroun | Assurance Sociale | Employés | |
| Chili | Schémas de service de santé nationale (NHSS); Fonds de la santé nationale (NHF); Forces Armées (AF); Police (P) | NHSS: Ouvert; NHF: Secteur officiel; AF: Forces Armées; P: Police Seulement | NHSS: 70%NHF: 25%AF&P: 5% |
| Chine | Assurance des Employés du Gouvernement (GEIS); Assurance de Travail (LI); Assurance Privée; Assurance Collective (CIS); Assurance de Coopération Rurale (RCIS); Assurance Commune | GEIS: Employés du Gouvernement; membres du parti LIS: Collective et employés d'EtatPrivé: ouvertRCIS: ouvert à la population rurale | GEIS: 2 % (1986); LIS: 15% (1987); Privé: 15% (1987); CIS: 9% (1981); RCIS:48% (1979); 20% (1984) |
| Costa Rica | Sécurité Sociale | Exclu les professions libérales, Hommes d'Affaires; Exploitants Agricoles | 83,7% |
| Côte d'Ivoire | Assurance Sociale; Mutuelles; Assurance Privée | Employés | |
| République Dominicaine | Sécurité Sociale; HMO | Adhésion ouverte à la sécurité sociale, ouvert aux membres enseignants de la République Dominicaine | |
| Equateur | Sécurité Sociale | Ouvert aux membres des organisations locales, types de coopération, groupes de communauté, etc. | 17% |
| Ethiopie | Assurance privée | | <1% |
| Guinée-Bissau | Assurance de la Santé Communautaire | | |
| Kénya | Assurance de fonds de santé nationale: NHIF; fonds du mouvement harambee; assurance privée, schémas de cotisation à base rurale | NHIF: Obligatoire pour tous les employés gagnant plus de Ksh 1000; HMF: volontaires;privé basé sur l'emploi, parastatals gouvernementales et privé; compagnies rurales: coopératives du café; employés | NHIF: approx. 25% |
| Lesotho | | employés | |
| Mali | Assurance sociale, compagnies d'assurances | employés | 3% approx. |
| Namibie | Assurance sociale; assurance privée | employés et familles | 20% des forces de travail officiel |
| Nigéria | Assurance privée | | <1% |
| Panama | Sécurité sociale | ouvert | 55% |
| Philipines | Assurance de santé nationale; programmes médicaux | libéraux/employés avec un revenu de moins de 1800 pesos | 38% |
| Sénégal | Employeurs du service civil; assurance privée | employés | 13% |
| Tanzanie | Assurance privée | | 1% |
| Thaïlande | Assurance sociale; carte de santé nationale | ouvert | |
| Uruguay | Sécurité Sociale; Assurance privée | ouvert | 88% |
| Zaire | Assurance rurale; Employeur-prestataire | employés | |
| Zambie | Compagnie d'Etat Minière | employés et familles | 6% |
| Zimbabwe | Assurance privée | | 5% |

Source: Vogel (1993), Mwabu, Zangombe, Ikiara, Manundu, et Kiugu (1993), La Forgia et Griffin (1993)

plans subventionnés par la communauté et les programmes basés sur les coopératives sont caractérisés par un groupe d'individus comme dans une coopérative, qui identifie les projets fortement engagés dans les biens publics, et établissent un mode d'utilisation de ressources pour atteindre les objectifs du programme. Etablis par la volonté commune des gens plutôt que les forces du marché, ces programmes permettent une variété de méthodes de mobilisation de ressources, comme le paiement en espèces ou en nature, le paiement en totalité ou en partie, le paiement sous forme de travail, les hypothèques, etc. La flexibilité dans les plans subventionnés par la communauté a été utile dans la limitation des effets saisonniers sur la fluctuation des revenus, par exemple, la collecte des cotisations annuelles pour les services hospitaliers concernant l'accès aux soins dans certains pays sub-sahariens. Au Zaïre, par exemple, la collecte des cotisations annuelles par les services hospitaliers est faite durant la saison où les revenus sont hauts. Similairement dans la Guinée-Bissau, les collectes sont faites juste après les récoltes (La Forgia et Griffin, 1993, Mwahu, 1990).

Une autre forme d'assurance, c'est l'assurance santé subventionnée par l'employeur. Sous ce système, l'employeur offre des soins de santé aux employés ainsi qu'à leurs familles à travers des prestataires dépendants de l'employeur ou des contractuels. Il y a plusieurs exemples dans l'Afrique Sub-saharienne d'assurances santé fournies par l'employeur. En Zambie, par exemple, la compagnie minière offre des soins à tous les employés ainsi qu'à leurs familles dans des cliniques détenues par la compagnie. Au Nigéria, cinq parastatals fournissent une couverture santé pour l'employé ainsi que leurs familles dans leurs propres cliniques aussi bien qu'avec des installations contractuelles extérieures (Vogel, 1993, Banque Mondiale, 1994, Shaw et Griffin 1995).

La couverture d'assurance santé est aussi offerte par une société privée de la réserve tierce. Dans une association privée à but lucratif, les indemnités individuelles sont déterminées par risque et les coûts administratifs sont couverts à travers une charge additionnelle sur l'indemnité à risque déterminée. Les assurances privées sont limitées à la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Sénégal, le Zimbabwe, le Rwanda, le Nigéria, le Kenya et Swaziland.

La proportion des assurances privées par rapport à l'ensemble des assurances dans la plupart des pays africains est de 0 jusqu'à 16,5 au Zimbabwe (Vogel, 1993, La Banque Mondiale, 1994).

Nous regarderons en premier les mécanismes de planification et de mise en place des schémas d'assurances, par la suite nous examinerons l'impact de l'assurance en terme des différents objectifs.

Planification et Mise en Place du Système d'Assurance

Il y a plusieurs étapes dans la planification des systèmes d'assurance. Celles-ci incluent

- la possession de fonds,
- l'identification du groupe ciblé,
- l'adhésion obligatoire ou optionnelle,
- le taux de contributions,
- la fréquence des paiements,
- le type de prestations,
- le paiement des prestations,
- l'arrangement administratif,
- les stratégies pour minimiser les pertes d'assurance et la législation.

Ces différents schémas des groupes ciblent le pauvre, le vieux, l'enfant, etc. Par la suite, nous discuterons chacune de celles-ci.

Possession de Fonds

Les systèmes d'assurance santé sont distingués entre autres par la possession de fonds. Comme discuté précédemment, les fonds d'assurances peuvent être possédés par

- le gouvernement (Burkina Faso, Bourundi, Côte d'Ivoire, Kénya, Mali et Sénégal).
- les corps publics,
- les employeurs (Zambie et Nigérie),
- les organisations non-gouvernementales a but non lucratif (Rwanda, Ghana, Côte d'Ivoire, Zimbabwe).

Identification du Groupe Ciblé

Une autre caractéristique distinguant les schémas d'assurance est la différence des catégories de la population ciblée par des sous-schémas. Celles-ci incluent:

- la population entière (les schémas d'assurance sociale basés sur les impôts),
- les employés (assurances gouvernementales pour les fonctionnaires et les assurances par l'employeur),
- les professions libérales,
- les membres d'une coopérative (assurances gouvernementales et plans communautaires basés sur un programme),
- les groupes démographiques ou socio-économiques,
- saisonnièrement, comme il est dans les plans de coopératives et de communautés.

Adhésion

- Optionnelle (assurance privée)
- Obligatoire (certaines formes d'assurances sociales et les formes d'assurances fournies par l'employeur)

Les taux de contribution

- Les fonds totaux déterminés par risque, les contributions individuelles basées sur la capacité à payer, suivant les schémas de la sécurité sociale du gouvernement, les assurances sociales, les assurances privés à but non-lucratif, les assurances par l'employeur, les assurances communautaires.
- les contributions individuelles déterminées par risque comme les assurances privées,

Fréquence de paiement

- Chaque chèque payé comme il est dans certaines formes d'assurances gouvernementales, d'assurances pour l'employeur,
- Mensuellement comme dans les assurances privées,
- Saisonnièrement; comme il est dans les plans de coopératives et des communautés,

Prestations couvertes

Les différentes assurances dans différents pays proposent des différentes prestations a leurs membres. Des prestations offertes dépendent de plusieurs facteurs incluant le type de maladie, les causes de la maladie, la durée de la maladie, le profil épidémiologique de la communauté, le poids de la maladie sur la communauté, les revenus, les indemnités, le coût effectif de livraison, etc. Les prestations offertes peuvent inclure tous ou quelques unes des suivantes

- immunisations et vaccinations
- soins préventifs
- soins curatifs
- soins dentaires
- analyses et médicaments
- les besoins de planification familial
- services ambulanciers

Paiement des prestataires

Les différentes assurances peuvent avoir différentes façons de rembourser le prestataire. Le système de remboursement a un impact à la fois sur les quantités des services offerts aussi bien que sur les prix à payer pour le service. Le remboursement du prestataire devrait fournir les incitations nécessaires aux prestataires pour fournir les produits et les services de bonne qualité, aussi bien que les incitations pour assurer la minimisation des pertes qui constituent une fourniture inutile. Il y a plusieurs façons de remboursement du prestataire qui ont été expérimentées dans différents pays. Celles-ci incluent:

- Le consommateur paie et réclame le remboursement. Sous ce système, le consommateur paie pour les soins de santé, et réclame le remboursement suivant les conditions et les prix fixés.
- *Les frais par service.* Dans ce système le prestataire a une liste de prix, et il est remboursé suivant les services fournis et les prix fixés, ceci suivant les termes et les conditions de l'assurance, par exemple, les cotisations, déductibles, plafonds, etc.
- *Frais par période.* Dans ce système le prestataire a des frais par période déterminée et il est remboursé suivant le type de services fournis et les prix fixés, ceci suivant les termes et les conditions de l'assurance, par

exemple, les cotisations, déductibles, plafonds, etc.

- *Les frais par visite.* Dans ce système, le prestataire est remboursé selon des frais déterminés par visite ceci suivant les termes et les conditions de l'assurance, par exemple, les cotisations, déductibles, plafonds, etc.
- *Les paiements personnalisés.* Dans ce système le prestataire est payé par une somme forfaitaire par patient, par année sans tenir compte du type de service fourni ceci suivant les termes et les conditions de l'assurance, par exemple, les cotisations, déductibles, plafonds, etc.
- *Le remboursement des médicaments.* Dans ce système le coût des médicaments est remboursé selon des prix fixés ceci suivant les termes et les conditions de l'assurance, par exemple, les cotisations, déductibles, plafonds, etc.
- *Les salaires.* Sous ce système, le prestataire est un employé salarié de la réserve de fonds et il fournit des services aux membres de ce fonds.

Organisation administrative

L'organisation de l'administration varie suivant le type d'assurance et de la population couverte. Cependant, les exigences administratives devraient inclure au moins:

- l'établissement des listes de frais, des prix, etc.,
- l'établissement des indemnités et des contributions
- l'établissement des cotisations, des déductibles, des plafonds, etc.
- l'enregistrement des membres et maintien des registres des individus,
- la facturation et collecte, aussi bien pour les indemnités que pour les autres charges dans l'utilisation des services, comme les cotisations,
- les conseils des membres sur leurs droits et les procédures de réclamation,
- l'aboutissement des réclamations,
- le remboursement des prestataires en accord avec les conventions établies,
- le maintien des comptes des registres des mises à jour statistiques,
- les formations périodiques.

Stratégies pour minimiser les pertes

L'inconvénient potentiel associé au système d'assurance est l'escalade des coûts. Cette escalade peut être due à l'abus d'utilisation et/ou sur prescription. Il y a plusieurs façons d'examiner le problème de l'abus d'utilisation. Elles sont:

- *la cotisation.* Un système de cotisation assure que le consommateur paie pour certains coûts pour des soins médicaux utilisés. En théorie, il est démontré que la présence des coûts assure que l'abus d'utilisation est minimisé. Les cotisations peuvent être sous la forme de forfait par visite ou de pourcentage du paiement.
- *les déductibles.* Le système de déductibles assure que le consommateur porte la première partie des coûts du traitement. En théorie, il est démontré que la présence des déductibles prévient le consommateur qui demande des soins médicaux pour des petits maux.
- *les plafonds.* Le système de plafonds met une limite à l'ensemble des prestations disponibles.
- *les consultations des généralistes.* Le système de consultation assure que le patient ait un premier contact avec le médecin généraliste où les services fournis sont relativement peu coûteux.
- *Réassurance des grands risques.*

Législation

Pour que les systèmes d'assurance fonctionnent efficacement, une législation appropriée doit être en place. Les lois et la législation sont nécessaires pour couvrir plusieurs questions telles que:

- éligibilité
- couverture
- cotisations et contributions
- prestations
- remboursements des prestataires et des consommateurs
- remboursements des contrats

Impact de l'Assurance sur le Système de Santé

L'assurance santé est essentiellement un mécanisme de gestion de risques, et les objectifs principaux sont de protéger du risque financier qu'ils encourent au cours de la maladie. Néanmoins, l'assurance santé agit d'une manière significative sur la mobilisation des revenus, sur la pérennité, sur l'efficacité, sur l'équité, sur la qualité des soins et sur le développement du secteur public. Nous discuterons de cela immédiatement.

Amélioration des Mobilisations des Revenus

Comparés aux impôts basés sur les revenus et les frais des usagers, les mécanismes d'assurances ont le grand potentiel de contribuer à la collecte des revenus. Premièrement, l'assurance implique usuellement la contribution obligatoire de nouveaux fonds (contribution de l'employeur), aussi bien que certaines contributions obligatoires de certains fonds qui sont probablement d'origine publique (spécialement des contributions de travailleurs). Deuxièmement, dans plusieurs pays en voie de développement, l'évasion fiscale est haute; vue que les contributions de l'assurance sont des contributions "assignées" tenues séparées et liées aux prestations spécifiques; l'acceptation à contribuer peut être plus haute même là où la complaisance avec les taxes générales ne sont pas bonnes. Troisièmement, le consommateur des soins de santé peut ne pas avoir des fonds disponibles pour payer les frais des prestataires. Quatrièmement, puisque pour plusieurs consommateurs de soins de santé dans les pays en voie de développement la capacité à payer est basse en temps de maladie, les gens trouveraient plus facile de faire des petites contributions à intervalle périodique plutôt qu'une grande contribution en temps de maladie. Cinquièmement, les membres d'un groupe d'assurance peuvent avoir le choix de payer quand ils ne sont plus capables, comme dans les périodes de récoltes plutôt qu'au moment où ils sont incapables, au moment de la maladie. Au Zaïre, par exemple, la collecte annuelle des cotisations pour les services hospitaliers sont faites durant la saison ou les revenus sont les plus hauts. Similairement, en Guinée-Bissau la collecte annuelle est faite juste après la récolte. Dans ces deux pays, l'assurance a été largement acceptée.

Pérennité

Le mécanisme de l'assurance auront la capacité d'améliorer la pérennité des systèmes de santé. La pérennité dans le contexte de l'assurance dépend de la concrétion que les mécanismes de l'assurance peuvent faire aux revenus nets aussi bien qu'à la capacité institutionnelle qui peuvent être développés (voir aussi la section 4 pour une discussion de l'impact des frais des usagers sur le

maintien des soins de santé dans les pays en voie de développement).

Aussi importantes les contributions aux revenus sont telles que le mécanisme d'assurance améliore la pérennité a tel point qu'elles ont le potentiel de contribuer aux revenus nets. Comme discuté précédemment, les mécanismes d'assurance peuvent potentiellement faire de larges contributions à l'ensemble de revenus par comparaisons aux frais basés sur les systèmes des frais des usagers. Cependant, les contributions aux revenus nets peuvent être maintenus au cours du temps si:

- Les coûts administratifs de gestion de système d'assurance peuvent être contenus. La gestion des systèmes d'assurance implique la réception des indemnités, le paiement des prestataires, le maintien des comptes des membres aussi bien que ceux des prestataires, etc. En effet, le niveau des coûts administratifs dépendra d'une série de facteurs, qui est couvert, si tous les membres paient les même indemnités, et que ces indemnités sont payé à différent temps, la manière pour laquelle les prestataires sont remboursés, les coûts de crédit, etc.;
- Il n'y a aucun déclin dans la qualité du service. Dans certains systèmes de paiement comme ceux de paiements personnalisés, les prestataires peuvent avoir tendance à rendre des services de moins bonne qualité;
- Les contributions individuelles sont ajustées périodiquement pour prendre en compte l'inflation et les changements des coûts (nous notons cependant que depuis que les contributions basées sur les salaires sont usuellement en terme de pourcentage, elles tendent automatiquement a être indexées sur l'inflation).

Aussi importante, la pérennité des systèmes de santé est telle que les systèmes d'assurance ont le potentiel d'améliorer la pérennité de différentes manières:

- l'augmentation des contributions aux revenus peut réduire les charges du gouvernement pour le financement du système de santé. Ceci peut libérer les ressources du gouvernement par une autre utilisation ailleurs.
- la gestion des systèmes d'assurance entraîne un système complexe de facturation et de collecte, de comptabilité, de tenues de compte, le maintien de registres individuels, de l'enregistrement détaillé des comptes de diverses charges, etc. Ceci conduit vraisemblablement au développement d'un groupe de comptable et de professionnels bien formés, ce qui conduit plus tard à une meilleure gestion des systèmes de santé.

- les mécanismes d'assurance ont une implication significative dans l'équité et l'efficacité, lesquels contribuent à la pérennité du système de santé dans le temps. Au point où les systèmes d'assurances peuvent conduire à la croissance du secteur privé, la pérennité du système s'améliore plus que les pressions sur le budget du gouvernement décroissent.

Amélioration de l'Efficacité

L'assurance de l'efficacité peut conduire à l'amélioration des performances économique et sociale, tous les clients de l'assurance sont soumis au risque et, par conséquent, ils sont encliné à payer pour leur couverture. L'utilisation des provisions pour couvrir les risques est cependant un moyen efficace d'utilisation de ressources rares (Akin et al, 1987). En outre, les systèmes d'assurance peuvent potentiellement encourager les prestataires à éliminer les coûts et les consommateurs à choisir les sources de soins de santé moins coûteuses. Celles-ci représentent l'objectif des performances économiques.

A l'assurance santé peut potentiellement améliorer le bien être social par la mise en place des mécanismes de répartition des coûts sur les malades et les non-malades. Par ailleurs, les mécanismes d'assurance peuvent être faits de manière à ce qui permette la redistribution des revenus en faveur du pauvre. Ceci représente l'objectif de l'efficacité sociale.

Cependant, le potentiel des assurances d'accroître le bien être peut être réduit par plusieurs risques associés à l'assurance tierce. Ces risques sont bien documentés dans l'expérience américaine. Premièrement, l'introduction de l'assurance tierce peut conduire à l'augmentation de l'utilisation des sources de santé. Quand le prix unitaire de soins de santé est très bas, les consommateurs tendront à abuser des soins de santé, ce qui entraîne l'augmentation des coûts. Ceci fait référence au problème du préjudice moral. Cependant, le préjudice moral ne devrait pas avoir cette ampleur dans les pays africains sub-sahariens où le temps et les coûts des voyages sont dissuasifs (Mwabu, 1980). Deuxièmement, l'introduction d'assurance peut conduire à une augmentation de l'équipement des services, d'un certain service de paiement (frais par services). Les prestataires sont incités à suréquiper les services, ce qui entraîne l'augmentation des coûts. Ceci fait référence au problème du préjudice moral du côté du fournisseur. Troisièmement, les systèmes d'assurance peuvent encourir le risque de dépasser les coûts et avoir un effet négatif sur le bien être si les risques ne sont pas répartis sur une grande partie de la population. Ceci peut se produire si seuls les souffrants sont assurés (contre-sélection, côté demandeur) et/ou les souffrants ne sont pas encouragés à participer dans les plans d'assurance (contre sélection, côté prestataire).

Amélioration de l'Équité

L'équité est définie en terme d'équité dans les finances de soins de santé et dans la mise en oeuvre des soins de santé, de la même façon que dans la section 4. Que l'assurance soit sociale ou privée, elle a un impact direct sur l'augmentation de l'équité. A l'intérieur des groupes à risque, par exemple, le groupe de personne qui a une assurance, les systèmes d'assurance prennent soin de respecter l'équité en terme de livraison des soins de santé. Les prestations sont fournies sur la base des besoins plutôt que sur les revenus. Par conséquent, le système d'assurance a la possibilité d'assurer une équité verticale (une personne dont les besoins de traitement sont différents, est traitées de façons différentes) et une équité horizontale (les personnes avec les même besoins sont traitées de la même manière).

L'impact des systèmes d'assurances sur l'équité dans les finances des soins de santé est moins claire. L'assurance basée sur les impôts peut être définie comme assurant l'équité verticale (les personnes et les familles a capacité inégale à payer font les paiements dissimilaires et appropriés) et l'équité horizontale (des personnes et les familles qui ont la même capacité à payer font la même contribution). Des assurances privées, par contre, n'encourageraient pas l'équité verticale dans les finances, puisque tous les participants aux programmes d'assurances encourent des annuités déterminées par risque qui ne sont pas basé sur les risques. L'équité horizontale peut être assurée si d'autres facteurs telles que la taille du groupe, ne sont pas trop similaires. Cependant, dans le court et moyen terme dans lesquels l'assurance au niveau national n'est pas faisable, les décisions pertinentes pour les gouvernements nationaux concernent l'introduction d'une assurance pour des groupes particuliers, tels que les employés du secteur public. Les doutes sur l'équité dans une telle stratégie tournent autour du fait que celles ci conduisent à une inégalité d'accès parce que le gouvernement subventionne les groupes de moyens et de grands revenus aussi bien que l'exclusivité d'accès à travers le préjudice moral du côté du demandeur. Dans cette situation d'"Assurance Partielle", l'équité peut en fait être augmentée de diverses façons:

- l'assuré opte pour une assurance privée, s'il reste dans le secteur public, les charges doivent couvrir au moins l'ensemble des coûts de services;
- le montant des fonds gouvernementaux excède le montant des subventions des assurances;
- les ressources libérées sont ciblées sur les pauvres.

Impact sur le Secteur Privé

Il n'y a pas beaucoup de preuves de l'indemnité des assurances sur le développement du secteur privé. Théoriquement, il peut être postulé de la même manière que le consommateur qui encoure des dépenses catastrophiques en cas de maladies ou d'accidents, les prestataires risquent aussi une catastrophe si le traitement fourni n'est pas payé. En assurant la couverture des consommateurs, l'assurance assure que le prestataire soit remboursé en partie ou en totalité. Et si le paiement au fournisseur privé est assuré, le système d'assurance peut conduire au développement du système privé.

Alors qu'il n'y a aucune preuve concluante sur le développement pour l'assurance du secteur privé existe, il y a plusieurs exemples qui illustrent les relations entre le développement d'assurance et le développement. Les Philippines ont institué un programme d'assurance santé nationale en 1972 et qui couvre la quasi totalité de la population en dépit de la réduction des couvertures des prestations, le nombre des hôpitaux privés et les lits ont augmenté pratiquement le double entre 1972 et 1990, et fournissent la moitié des lits disponibles. En effet, en 1983, les hôpitaux et les lits privés constituaient la moitié des lits disponibles en comptant tous les hôpitaux et les lits du gouvernement. D'un autre côté, les hôpitaux et les lits privés n'ont pas augmenté d'une manière significative comme dans les pays de l'Ouganda et de la Tanzanie, où le système de partage des risques financiers est en place. En Tanzanie les hôpitaux privés représentent moins de 2 % de l'ensemble des hôpitaux, les lits, les centres de soins 0,2 %, les dispensaires 0,1 % de l'ensemble des dispensaires (1991): les hôpitaux généraux en Ouganda représentent 14 % des hôpitaux, les cliniques externes représentent 26 % des cliniques (1991). L'Ouganda n'a pas d'hôpitaux privés secondaires et tertiaires à but non lucratif.

6. Directives pour les Cas d'Etudes de Terrains du Projets DDM et HHRAA

Différents pays ont expérimenté différentes stratégies de mobilisation de ressources. Celles-ci incluent l'augmentation des allocations du gouvernement pour la santé à partir des revenus généraux du gouvernement, les charges des usagers et les structures du gouvernement, l'assurance santé sociale, l'encouragement des assurances santé privées et l'introduction de programmes spéciaux pour la collecte des revenus pour le secteur de la santé. Un grand nombre d'études faites par différents chercheurs ont examiné plusieurs aspects de l'exécution et des résultats de ces expériences. Ces études varient dans leurs objectifs, l'intérêt, la méthodologie de recherche, la qualité et l'ampleur des données, l'identification des variables, la critique utilisée dans l'analyse, l'interprétation des résultats. L'objectif majeur du Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique est d'actualiser et de détendre l'analyse dans ces études, en attachant un intérêt particulier à la fois des effets dans différentes stratégies de mobilisation de ressources et les problèmes de mise en oeuvre qui doivent être considérés par les décideurs et l'équipe du programme pour l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International pour choisir les stratégies appropriées. Une série d'études dans cinq pays sera menée, dont trois des pays hôtes seront sélectionnés à partir de l'Afrique Sub-Saharienne, tandis que les deux autres seront sélectionnés en dehors de l'Afrique. Ces cas d'études examineront en détail l'impact des systèmes de financement de la santé sur la mobilisation de ressources, l'équité, la qualité et l'efficacité du service, la faisabilité administrative. Basé sur ces cas d'études, un manuel d'évaluation de mise en oeuvre sera développé pour dresser les pré-conditions nécessaires à la mise en place des différentes stratégies ainsi que les points forts et les faiblesses des différentes approches en s'inspirant des récentes expériences de mise en place.

Objectifs

Les objectifs des cas d'études de terrains sont comme suit:

1. Passer en revue les récentes expériences utilisant des stratégies de mobilisation de ressources (frais des usagers, assurance, etc.) dans les

pays à bas revenus ainsi que les expériences documentées à ce jour;

2. Evaluer la totalité de l'impact de chacune des stratégies adoptées sur les ressources des soins de santé;
3. Evaluer l'effet relatif de chacune des stratégies sur les sources de finances gouvernementales et non-gouvernementales;
4. Evaluer l'effet , si effet il y a, sur les ressources des biens publics et des services de soins sanitaires primaires;
5. Analyser le troc en terme de différents objectifs comme efficacité, équité, qualité, etc.
6. Utiliser les cas d'études pour formuler une série de directives qui pourraient être utilisées par les gouvernements nationaux et les missions de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International pour aider à l'élaboration des politiques pour mobiliser les ressources.

Les questions clefs de la recherche qui seront étudiées au cours de ce projet sont:

1. Quelle est l'expérience à ce jour dans l'exécution des différentes stratégies de mobilisation des ressources?
2. Quels sont les points forts et les faiblesses des différentes stratégies sous différentes circonstances sociales et économiques?
3. Quel est l'impact de ces stratégies sur la mobilisation des revenus et la pérennité du système de santé?
4. Quel est l'effet , si effet il y a, de ces stratégies sur les ressources des biens publics et des services primaires de santé?
5. Quelles sont les échanges en terme des différents objectifs (efficacité, équité, qualité, etc.) des stratégies de mobilisation des ressources?
6. Quelles sont les conditions préalables nécessaires à une exécution réussie?
7. Quelles autres ressources sont nécessaires pour soutenir ce type de changement politique? Quelles sont la formation et la gestion requises pour ce succès?
8. Quelles politiques complémentaires sont nécessaires pour une mise en place réussie? Quels aspects de l'environnement politique pourraient être vus comme facteurs promoteurs, et lesquels comme des obstacles potentiels à ce succès?

Plan des Etudes

L'étude sera planifiée pour focaliser sur pas plus de trois différentes stratégies de mobilisation des ressources, utilisées par le pays hôte. Comme il est montré dans le tableau 9, l'impôt sur les revenus contribue beaucoup aux ressources du secteur de santé dans la plupart des pays. Les contributions des frais des usagers, des assurances sociales et privées tendent à se minimiser dans beaucoup de pays. Cependant, vu l'importance croissante de ces stratégies de mobilisation des ressources, cette étude sera concentrée sur les frais des usagers, les assurances sociales et privées.

Tableau 9
Plan d'Etudes

| | <i>Méthodes Qualitatives</i> | <i>Méthodes Quantitatives</i> |
|----------------------|--|--|
| Variable d'Etudes | 1. Qualité des Soins 2. Satisfaction du Consommateur 3. Equité 4. Besoins des Ressources Humaines 5. Besoins su Système 6. Environnement Politique | 1. Niveaux d'utilisation 2. Accessibilité 3. Qualité des soins 4. Mobilisation nette des ressources 5. Efficacité 6. Impact sur le système de santé 7. Habilité administrative |
| Processus d'Analyses | 1. Synthétisant et conceptualisant des vues 2. Identifiant et interprétant les consensus 3. Identifiant et interprétant les différences 4. Synthétisant et identifiant les thèmes globaux et les perspectives 5. Formulant les recommandations concernant les objectifs du programme | 1. Techniques descriptives 2. Cross tabulation des variables 3. Correlation et analyses des variables, où possible 4. Techniques de régression, où possible |

Le plan de l'étude développera des méthodes spécifiques pour évaluer, entre autres:

1. les critères de performance,
2. les conditions préalables,
3. l'environnement politique pour chacune de ces trois stratégies de mobilisation des ressources.

Les critères de performance à explorer incluent :

- niveaux et accessibilités d'utilisation,
- qualité des soins,
- satisfaction du consommateur,
- mobilisation nette des ressources,
- efficacité,
- effets sur les performances du système de santé.

Les conditions préalables nécessaires au succès de la mise en place :

- Ils comprendront spécifiquement entre autres les besoins des ressources humaines, l'habileté administrative et les besoins des systèmes d'information d'approvisionnement, et des coûts d'évaluation.

Le problème de l'environnement politique explorera les autres aspects des conditions économiques et sociales qui conduisent à un changement politique réussi.

Dans le processus d'évaluation des critères de performance, des conditions préalables et de l'environnement politique, l'étude passera en revue et mettra à jour toutes les expériences documentées à ce jour pour le pays concerné.

Chacune de ces études utilisera à la fois un format de cas d'étude et les techniques de collecte de données qualitatives et quantitatives. Une technique qualitative qui sera explorée est l'utilisation des discussions de groupes d'intérêt destinées à rassembler un petit groupe de participants portant le même intérêt des parties concernées pour une discussion informelle.

Les techniques de groupes d'intérêt sont spécialement utiles dans la compréhension des convictions implicites, les valeurs du système, les motivations sous-jacentes aux réponses spontanées sont un outil efficace "pour esquisser les perspectives, les attitudes, les comportements" (Attah et Plange, 1993).

L'utilisation des techniques de groupes d'intérêt sera explorée pour examiner les questions de qualité des soins, la satisfaction du consommateur et l'équité dans l'évaluation du critère des performances.

Les techniques de groupes d'intérêt peuvent être aussi utiles dans l'évaluation des ressources humaines et les besoins du système aussi bien dans la compréhension de l'environnement social, politique et économique qui contribuent d'une manière significative aux:

Les méthodes quantitatives seront utilisées pour évaluer les niveaux

d'utilisation, la qualité des soins, la motivation nette des ressources et l'efficacité des problèmes de critères de performance, aussi bien qu'à évaluer l'habileté administrative. La majeure ressource d'information sera la donnée secondaire maintenue par le gouvernement, les installations, les groupes et les individus.

L'unité d'analyse sera l'économie dans sa totalité, où il sera possible que les séries de données dans le temps seront aussi collectées pour obtenir une meilleure compréhension des tendances inter-temporelles. Là où de telles informations ne sont pas disponibles, seulement une seule section des données sera analysée.

En accord avec les directives du Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique, le travail sur le terrain pour ce cas d'étude sera mené en collaboration avec des chercheurs partenaires dans les pays hôtes.

Potentiels des Pays Hôtes

Le critère primaire pour la sélection des cas d'études des pays potentiels est qu'au moins deux mécanismes majeurs de mobilisation de ressources soient présents au niveau national. Ce critère conduit à l'exclusion, par exemple, des pays dans lesquels des frais des usagers ont été mis en place dans les régions pilotes sélectionnées.

La liste suivante des pays candidats a été déterminée.

| Afrique | Non-Afrique |
|---------------------|------------------------|
| Côte d'Ivoire | Chine |
| Ghana | République Dominicaine |
| Kénya (desk review) | Jamaïque |
| Nigéria | Sri Lanka |
| Sénégal | Thaïlande |
| Tanzanie | Bolivie |
| Zaïre | |
| Zambie | |
| Zimbabwe | |

Mesure et Collecte de Données

La recherche proposée a trois composantes: descriptive, évaluative et

programmatisée. La composante descriptive cherche à répondre à cinq questions:

1. Quelles stratégies pour la mobilisation des ressources ont été adoptées dans le pays étudié?
2. Quelles ont été les objectifs de ces stratégies?
3. Comment ces stratégies ont été planifiées et mises en oeuvre?
4. Quels étaient les niveaux des ressources humaines, les aptitudes administratives et les systèmes de soutien disponibles dans le secteur de la santé pour les mobilisations de ressources?
5. Quels sont les facteurs qui ont contribué aux succès ou à l'échec dans la réalisation des objectifs de ces stratégies?

La composante évaluative cherche à répondre à cinq questions:

1. Quels sont les effets des différentes stratégies sur les ressources des soins sanitaires?
2. Quels sont les effets des différentes stratégies sur les sources de finances gouvernementales et non-gouvernementales?
3. Quels sont les effets des différentes stratégies sur les ressources des biens publics et les services primaires de santé ?
4. Quels sont les effets des différentes stratégies sur les niveaux d'utilisation et d'accessibilité, sur la qualité des soins et la satisfaction du patient, sur l'efficacité dans l'allocation des ressources et sur l'équité ?
5. Quelles sont les ressources humaines, les gestions requises, les besoins du système tels que les systèmes d'information pour une mise en oeuvre réussie de ces stratégies?

La composante programmatique qui prendra naissance des composantes descriptives et évaluatives développera une série concrète de directives qui peuvent être utilisées pour le soutien des efforts de changements politiques, et répondra aux questions:

1. Quelles stratégies de mise en oeuvre sont les plus vraisemblablement susceptibles de réussir sous différentes circonstances?
2. Quels sont les majeurs problèmes de la mise en oeuvre, en terme des conditions préalables nécessaires, de l'enchaînement du plan des politiques complémentaires des changements requis pour un changement politique réussi?

Les composantes descriptives et évaluatives requièrent différentes sortes d'informations et de données pour l'analyse. Nous discuterons chacune d'elles en retour.

Description

Différents pays ont adopté différentes stratégies de mobilisation des ressources, une complète compréhension de la stratégie, son ampleur, ses objectifs, etc. seront le premier pas de cette étude. Les questions sont comme suit:

1. Quelle est la stratégie adoptée pour la mobilisation des ressources dans le secteur de la santé dans le pays hôte? Cette stratégie tombera sous le terme de catégories générales de l'impôt sur les revenus, des taxes spécifiques, des frais des usagers, de l'assurance sociale, de l'assurance privée et du donateur d'assistance.
2. Depuis quand ces stratégies ont-elles été adoptées?
3. Quel était le profil financier des soins de santé avant la mise en oeuvre de ces stratégies?
4. Quel était le profil d'utilisation des services de santé avant la mise en oeuvre de ces stratégies?
5. Quel était le profil des allocations aux différents services du personnel administratif avant la mise en oeuvre de ces stratégies?
6. Quels sont les objectifs majeurs de ces stratégies? Ces objectifs tomberont dans les catégories générales de génération de revenus, d'amélioration de l'efficacité d'allocation des ressources améliorant l'équité, encourageant le développement du secteur privé, améliorant le soutien, la qualité des soins et la satisfaction du patient.

Les informations utiles à rendre l'analyse facile varieront en fonction de la stratégie adoptée (nous notons au passage que toutes les informations requises ne seront pas partout disponibles en totalité).

Frais des usagers

Une zone d'intérêt de cette étude est de considérer les frais des usagers dans le contexte d'autres stratégies pour augmenter les ressources. En particulier, l'étude examinera le résultat de génération des revenus pour voir si les nouveaux résultats concernant la quantité des ressources générées sont identifiées. Cette étude se focalisera également sur les questions du processus et la mise en place et examinera la relation entre les frais des

usagers, la qualité et l'efficacité. Elle se penchera également sur la description des expériences et des réalités de mise en place au niveau national.

En dépit de l'existence d'une abondante littérature sur la mise en oeuvre des frais des usagers, il apparaît que plusieurs points demeurent sans documentation, ceci inclut:

- Les échanges entre la génération des revenus, équité et exemption;
- Les liens entre les charges et le système de consultation— et si l'actuel système hiérarchique des charges conduit à des changements dans le profil d'utilisation;
- Autres aspects liant la structure du prix et le profil des consultations— tels que la structure administrative, les procédures pour la collecte des frais et le niveau de rétention au niveau de la structure;
- Le mérite relatif en instituant le contournement des charges versus charges graduées;
- Le ciblage de l'exemption est le lien entre exemption et collecte des revenus:
- Quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour mesurer le succès dans la génération des revenus à travers des charges aux usagers (frais sur les revenus en pourcentage par rapport à l'ensemble des coûts courants, coûts courants non-salariaux, coûts des médicaments).
- Autres problèmes de mise en place sont : les échanges entre les détails du barème des prix administratifs, l'organisation des collectes de rémunérations et des primes comptabilisées (par exemple, les frais d'admission versus du département).
- Primes pour les assurances
- Ajustement des niveaux des frais des usagers: comment assurer cette augmentation régulièrement de manière à maîtriser l'inflation par un processus administratif plutôt que politique.

Les informations requises pour ces questions sont détaillées ci-dessous:

1. Quelles sont par ordre d'importance les objectifs des charges des usagers?
2. Quelle est la cible de recouvrement des coûts s'il y en a? Est-ce que cette cible est de recouvrir tout ou une partie des coûts opérants ou fréquents seulement? Ou est-il ciblé de recouvrir les coûts du capital en

même temps? Est-ce que les consultations sont déterminées seulement par les soins externes ou d'hospitalisation, les médicaments, les analyses ou tout?

3. Comment sont structurés les consultations ? ceux-ci peuvent être des frais de services, des frais catégoriels, des frais épisodiques, etc.?
4. Quels sont les consultations spécifiques pour certains produits et services? Est-ce que le barème des prix est affiché ou facilement disponible? Ceux ci vont inclure cinq à dix produits et services communs?
5. Comment ces prix sont-ils déterminés? Les prix peuvent être fixés ou basés sur les prix de produits et services comparables sur le marché, ou basés sur la capacité à payer, ou encore basés sur les coûts des produits et services, etc.?
6. Ces produits et services sont-ils offerts ailleurs? Est-ce que la qualité est comparable? Le coût est-il comparable?
7. Quelle est la règle pour les exemptions et les recouvrements? Comment est décidée l'éligibilité? Combien de recouvrements sont tolérés? Quelle est la méthode de recouvrement utilisée? Combien de temps les recouvrements sont valides? Qui a l' autorité pour émettre les recouvrements? Comment sont comptabilisés les services de recouvrements?
8. Quel est le système de collecte des consultations ? Qui collecte les consultations ? Sur quel point les consultations sont-ils collectées? Combien de personnel est impliqué dans la collecte et la gestion des consultations ? Quels genres de forme/ horaires/ registre etc. sont utilisés? Comment la collecte à la fin de la journée est mise en conformité avec les services pourvus? Ou l'argent est-il déposé? Est-il déposé dans la banque ou bien dans la trésorerie? Quels genres d'enregistrement ou de reçus de dépôts sont utilisés? Quelle est la procédure des audits de comptabilité? Qui est chargé de l'audit?
9. Existe-il un programme de formation du personnel chargé du processus de collecte des consultations? Existe il un système de contrôle et d'évaluation?
10. Quel est le revenu collecté? Qu'est il fait avec le revenu collecté? Combien en reste-t'il dans l'établissement? Comment est utilisé le revenu qui reste dans l'établissement?
11. Quel est le coût total de collecte des consultations? Comment ces coûts sont répartis sur les salaires et rémunérations du personnel,

l'équipement, les locations, les services, etc?

12. A quel point les consultations affectent l'utilisation? Les consultations sont-ils structurées de manière à promouvoir le système de consultation ? A quel point l'actuel système hiérarchique des consultations conduit au changement du profil d'utilisation?

Assurance

Différents pays ont différents genres de système d'assurance en place. Cette étude sera attachée aux problèmes administratifs tels que les coûts administratifs des assurances et les exigences pour leur soutien. Elle concerne également l'impact des assurances sur l'escalade des coûts, sur les questions d'allocations des ressources, sur les choix de technologie, de l'accessibilité et d'équité, incluant l'effet sur les non assurés.

Les informations requises sont dressées ci-dessous:

1. Quel type de système d'assurance le pays possède? Combien de fonds il y a? Qui est propriétaire de l'ensemble des fonds?
2. Quels sont les groupes ciblés? Ceux ci peuvent inclure toute la population, les fonctionnaires, les professions libérales, les groupes spéciaux, la population inactive, etc.
3. Est-ce que l'adhésion est obligatoire ou volontaire?
4. Comment sont les contributions de chaque groupe déterminé?
5. Quel est le service forfaitaire? Quels services sont offerts? Ceux-ci peuvent inclure les soins généralistes, les services spécialisés, l'hospitalisation, les soins internes, les médicaments, les analyses médicales, les tests de vue et les spectacles, les soins dentaires complets ou de base, le transport à partir de l'hôpital, les vaccinations, les contrôles des naissances, les soins à long terme, la réhabilitation, etc.
6. Quel est le statut légal des fournisseurs? Quel est le cadre de jeu développé pour le contrôle des activités des fournisseurs?
7. Quelles sont les méthodes de couverture et de recouvrement des paiements pour les services de santé? Par exemple, le patient a accès aux soins sans payer directement le fournisseur ou le patient paie le fournisseur puis il est remboursé par l'assurance.
8. Les fournisseurs sont-ils fonctionnaires ou contractuels? Quelles sont les principales caractéristiques des systèmes de paiement des

fournisseurs? Celles-ci peuvent inclure les rémunérations de services, les paiements par cas, le forfait journalier, les tarifs de base, les frais par personne, les salaires, etc.

9. Quels sont les coûts totaux pour le fonctionnement du système d'assurance? Les coûts peuvent dépendre de ceux qui sont couverts, des services couverts, du coût des différents articles des services, et des coûts administratifs. Les coûts administratifs peuvent inclure les coûts de collecte des finances, des contrats pour les services prodigués.
10. Comment est financé le système de l'assurance sociale? Les finances peuvent inclure les subventions de l'état, l'allègement des impôts, les contributions, les cotisations, les consultations, les taxes sur la consommation, les intérêts sur les réserves, etc.
11. Quelle est la structure de l'organisation interne des fonds de santé? Combien d'administrateurs sont en position? Quelles sont leurs tâches? Que fait le Directeur? Que font les offices locaux? Comment est payé le personnel? Quelle sont les formations et les pratiques de développement du personnel?
12. A quoi ressemble le système d'information? Est-il informatisé?
13. Quel est le système de gestion financière et de comptabilité? Quel est le système d'audit et de révision?
14. Quelles sont les questions légales relatives à l'assurance santé? Quelle nouvelle législation spécifique s'il y a eu lieu, a été requise?

La composante descriptive inclut aussi une compréhension du processus par laquelle la décision de mise en place de la stratégie des ressources est arrivée. La description de ce processus impliquera l'identification et la compréhension des divers acteurs intervenant dans le processus de prises de décisions, les acteurs affectés par les décisions faites, les inter-relations entre les divers acteurs, et l'environnement socio-politique dans lequel les décisions ont été prises.

Les questions relatives aux processus sont sommairement les suivantes:

1. Quelle(s) stratégie(s) de mobilisation de ressources a ou ont été adoptée(s)? Qui ont été affectés par ces décisions? Quand la décision d'exécution de cette stratégie a été mise en place? Quelle était la proportion de l'effet planifié et de l'actuel?
2. Comment la stratégie proposée a affecté le système de santé suivant les perspectives financières et administratives? Qui est le plus

vraisemblablement le plus bénéficiaire? Le plus perdant? Quelles sont les conséquences symboliques d'acceptation de la stratégie?

3. Quels sont les acteurs principaux qui ont participé dans le processus de prise de décision? Quel était le rôle des agences internationales, des agences donatrices, des gouvernements, des politiciens, des secteurs académiques, des communautés, du personnel hospitalier, et le secteur commercial?
4. Qui se sont opposés au mouvement? Qui ont supporté le mouvement? Quels étaient les arguments des parties en faveur et de ceux contre ce mouvement?
5. Comment les unités de santé de ce pays, c'est-à-dire les hôpitaux, les centres et les postes sanitaires, etc. sont affectés par le changement? Comment sont affectés les employés? Comment sont affectés les patients ?
6. Quelles sont les majeures organisations par institution, par individu que l'union direction-employé est capable d'influencer pour obtenir des décisions favorables ? Quelle forme cette influence prend-elle? Est-ce que cette influence est forte?
7. Comment les relations médecin-patient et employé-employeur ont changé lors des décisions de la mise en place des stratégies de mobilisation des ressources?

L'étude explorera les possibilités d'utilisation des outils de cartographies politiques (Reich, 1994) pour décrire et expliquer le processus de prise de décision.

Evaluation

La question de mesurer les effets des stratégies de mobilisation de ressources est la question empirique-clef de cette section. Comme discutée précédemment, cette étude s'occupera de l'impact sur la mobilisation des revenus, de l'effet relatif sur les sources de revenus gouvernementales et non-gouvernementales et de l'effet sur les sources des biens publics et des services de santé primaires. D'autres résultats incluent l'impact sur l'efficacité, la qualité des soins et la satisfaction du patient, la comptabilité publique, l'équité, etc. Nous discuterons les problèmes de chacune des mesures.

Mobilisation des Revenus

La mise en place des consultations et du système d'assurance peuvent

conduire à l'amélioration des mobilisations des revenus. Ceci peut être évalué par l'examen des revenus et des coûts totaux de la collecte de ces revenus. Des figures des revenus totaux peuvent être obtenus des registres des gouvernements centraux, provinciaux ou d'Etats, des services comptables, etc.

Des coûts totaux incluent les salaires et les rémunérations du personnel, de l'équipement, de la formation et de la supervision, de l'archivage des comptes d'audits ou des charges diverses. Il sera utile d'avoir des données au cours du temps pour déterminer l'impact relatif sur les sources de revenus gouvernementales et non-gouvernementales et l'effet sur les ressources des biens publics et des services de santé primaires. Là où de telles données (avant et après l'exécution de la stratégie de mobilisation des revenus) ne sont pas disponibles, une section des données peut être utilisée pour faire des comparaisons avec des pays semblables.

Efficacité

La mise en place des consultations du système d'assurance peut conduire à l'amélioration des allocations de ressources à une meilleure décision d'investissement du contrôle de gestion et des qualités améliorées.

Les améliorations des allocations de ressources peuvent être bien examinées avant et après étude. Là où la comparaison des allocations de ressources peuvent être faites pour déterminer les différences au cours du processus. Là où de telles données (avant et après exécution de la stratégie de mobilisation de revenus) ne sont pas disponibles, une section des données peut être utilisée pour faire des comparaisons avec des pays semblables.

Qualité des Soins et Satisfaction du Patient

La mesure de qualité des soins peut être effectuée suivant la taxonomie des dimensions de qualité de Maxwell-Donabedian. Cette classification est composée de 18 "cellules" sous-dimensions où chaque "cellule" donne des informations sur deux dimensions: où (structure, processus, résultats) et quel est l'indicateur de qualité (efficacité, acceptabilité, performance, accès, équité et pertinence).

La qualité des soins peut être évaluée en jugeant chaque cellule par rapport aux normes textées ou établies, et les progrès dans l'amélioration de la qualité des soins peuvent être évalués par comparaison des cellules au cours du temps (tableau 10).

Il est possible que les informations ne seront pas toutes disponibles pour remplir toutes les "cellules" de la matrice de qualité. Plusieurs de la

Tableau 10
Qualité des Soins

| | Structure | Processus | Résultats |
|---------------|---|---|---|
| Efficacité | installations, équipement administratif, processus qualification du personnel médical | antécédents médicaux, examens physiques, diagnostic, compétence technique, gestion préventive, continuité des soins, etc. | récupération du patient, restauration de fonction survie, etc. |
| Acceptabilité | confort physique, propreté | explication des traitements, éducation du patient | suivi des améliorations, réunions, etc. |
| Performance | recrutement approprié et niveau d'équipement, etc | administration, organisation, personnel, arrangement opérationnel, etc. | comparaison de coûts pour de cas similaires dans les diverses unités et périodes de temps |
| Accès | emplacement, etc. | capacité, etc. | traitements des patients de la liste d'attente, etc. |
| Equité | | préjugé dans le traitement, etc: | préjugés dans les résultats, etc. |
| Pertinence | utilité de ressources, besoins des services spécifiques, etc. | | impact sur le statut sanitaire des différents groupes de personnes |

performance pourront être mal couverts par les indicateurs utilisés actuellement. Une mesure compréhensive de la qualité pourrait ainsi manquer; cependant, l'avantage de la classification de Maxwell-Donabedian est que l'information contenue dans chaque cellule, offre d'elle même une mesure de qualité utile et fonctionnelle.

La Grande Comptabilité Publique

L'un des gains possibles à la mise en oeuvre des frais des usagers et de l'assurance est la grande comptabilité publique ainsi que la grande participation de la communauté. Quand les consommateurs paient pour les services de santé, ils sont plus sensibilisés au type de traitement qu'ils reçoivent dans les installations de santé. Dans plusieurs pays en voie de développement, les structures existent au niveau de la région et du village pour faciliter l'implication de la communauté, l'évaluation socio-économique et des activités de développement. L'implication de la communauté ainsi que la participation peuvent être évaluées par l'examen de la fréquence et des

Tableau 11

Mesures de l'Implication de la Communauté et des Comptes Rendus

| Variable à mesurer | Questions | Sources |
|--|---|--|
| Implication de la communauté dans une zone échantillon | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels sont les groupes organisés de la communauté dans la zone? 2. Ces groupes ont exprimé le désir de rencontrer des administrateurs de la santé? 3. Les administrateurs ont-ils exprimé le désir de rencontrer le groupe des communautés? 4. Quelle est la fréquence de ces rencontres? 5. Est-ce que les comptes rendus de ces rencontres sont enregistrés? 6. Est-ce qu'une action a suivi ces rencontres? 7. Est-ce que ces objectifs et buts ont changés à cause de la participation de la communauté? | Discussion de groupes d'intérêt avec les administrations de santé, administration de la structure et leaders de groupes de la communauté |
| Système de compte rendu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quel type de rapport des structures est amené à faire pour le gouvernement? 2. Quelle est la fréquence de dépôt de ces rapports? 3. A quelle fréquence les représentants des gouvernements rencontrent l'administration de la structure? | |

enregistrements des rencontres que les personnes de cette communauté ont eu avec l'administration de l'hôpital (tableau 11). Plus ces rencontres sont organisées et structurées, mieux seront l'archivage et le suivi des actions prises.

En outre, la mise en place des frais des usagers et des assurances conduit vraisemblablement au développement des systèmes de compte rendu et de comptabilité de la direction vis-à-vis de l'autorité centrale.

Equité

Elle peut être mesurée en examinant l'utilisation des structures des soins à travers des groupes de revenus, le sexe, l'âge, la race, les maladies et les conditions traitées (tableau 12).

Tableau 12
Evaluation d' Utilisation des Hôpitaux

| <i>Variable a' mesurer</i> | <i>Questions</i> | <i>Sources</i> |
|--|--|------------------------|
| Utilisation des Hôpitaux suivant le revenu, le sexe, l' âge, la race, les maladies et les conditions | 1. Profil du patient en tenant compte des soins internes et externes suivant le revenu, le sexe, l'âge et la race2. Profil du patient selon les maladies et les conditions | Registres des Hôpitaux |

Mise en Place

Ces cas d'études seront menés dans cinq pays, dont trois sont en Afrique Sub-Saharien. En accord avec les directives du Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour L'Afrique, le travail de terrain sera mené en collaboration avec les partenaires chercheurs du pays hôte. Chaque étude impliquera trois visites par les chercheurs du Projet de Données pour la Prise de Décisions. La première visite sera préliminaire pour faire une évaluation de la situation sur le terrain, identifier le matériel disponible, identifier les personnes clefs dans l'administration de la santé et dans le gouvernement, identifier les partenaires chercheurs dans leurs potentiels, et faire une évaluation de ce qui pourra être réalisé dans l'étude. L'étude du terrain sera conduite dans la seconde et troisième visite qui suivent. Ceci inclura les discussions de groupes d'intérêt avec la personne clef identifiée, une évaluation du processus de mise en place des stratégies de mobilisation des ressources, une évaluation des facteurs qui affectent ce processus et une évaluation du système de santé et de l'impact de ces stratégies.

Un report séparé sera préparé pour chaque pays étudié et les résultats partagés avec le pays et les administrations régionaux, les pays de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International et les missions régionales, les offices centraux de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International et d'autres chercheurs intéressés. Le rapport final sera une synthèse et une analyse de tous les cas d'études et des dossiers revus.

Références

- Adeyi, Olusoji. (1989): "Rural Health Insurance in Thailand: A Case Study from Mae Na Subdistrict, Chung Mai Province." *International Journal of Health Planning and Management*, 4: 311-318.
- Akin, J., Nancy Birdsall, and DeFerranti. (1987): *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. A World Bank Policy Study, Washington D.C.
- Alihonou E., L. Miller, and Gandaho. (1987): *People's Republic of Benin: Pahou Primary Health Care Project Report on the Community Financing*. USAID/PRICOR.
- Ashir, Z. (1994): *Expansion of Private Health Insurance in Papua New Guinea*. USAID/HFS, Abt, Associates, Bethesda, M.D.
- Attah, E.B. (1986): *Under Utilization of Public Sector Health Facilities in Imo State, Nigeria*. PHN Technical Note 86-1 The World Bank, Washington, D.C.
- Attah E.B. and Plange N.K. (1993): *Quality of Health Care in Relation to Cost Recovery in Fiji*. USAID/HFS, Abt, Associates, Bethesda, M.D.
- Barnum H. and Joseph Kutzin. (1993): *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Bekele, Abraham and Maureen A. Lewis. (1986): "Financing Health Care in the Sudan: Some Recent Experiments in the Central Region," *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 1, pp. 111-127.
- Berman, Peter and Kara Hanson. (1994): *Assessing the Private Sector: Using Non-Government Resources to Strengthen Public Health Goals*, Data for Decision Making, Harvard University.
- Bitran, Ricardo, Steven Brewster, and Beneta Ba. (1993): *Costs, Financing, and Efficiency of Government Health Facilities in Senegal*. USAID/HFS, Abt. Associates, Bethesda, M.D.
- Bloom, G., and M. Segall, and C. Thube. (1986): *Expenditure and Financing of the Health Sector in Kenya*, Report, Department of Population, Health, and Nutrition, The World Bank.

Brunnet-Jailly, J. (1991): *Health Financing in the Poor Countries: Cost Recovery or Cost Reduction?*, PRE Working Paper Series 692, The World Bank, Washington DC.

Carrin, Guy and Marc Vereecke. (1992): "Main Lessons from the Practice of Community Financing Schemes" in Guy Carrin (ed.) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, 1992. St. Martin Press, New York.

Carrin, Guy, Go Kegels, Sanousi Konate, Marc Reveillon, and Marc Vereecke. "Appraisal of Utilization of Health Care in the District of Kita (Mali)." in Guy Carrin (ed.) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, 1992. St. Martin Press, New York.

Carrin, Guy, Michel Jancloes, Emile Jeannee, Salif Guindo, Birama Ndiaye, Marc Reveillon, and Andre Stroobant. (1992) "The Pikine Project in Senegal" in Guy Carrin (ed.) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, 1992. St. Martin Press, New York.

Carrin, Guy, Philippe Autier, Barou Djouater, and Mark Vereecke. "Direct Payment for Drugs at the Public Pharmacy in Fianga (Chad)" in Guy Carrin (ed.) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, 1992. St. Martin Press, New York.

Central African Republic, Ministry of Public Health and Social Affairs. (1992): *Current Health Care Cost Recovery Systems in the Central African Republic*. USAID/HFS, Abt, Associates, Bethesda, M.D.

Chabot, J., Manuel Boal, and Augusto da Silva. (1991): "National Community Health Insurance at Villiage Level: The Case from Guinea Bissau". *Health Policy and Planning* 6(1): 46-54.

Chernichovski, D. and Oey Meesok. (1986): "Utilization of Health Services in Indonesia." *Social Science and Medicine* Vol. 23 pp. 611-620.

Collins, David H. (1990): "An assessment of User Fees in Swaziland's Health Services", Paper Prepared for USAID/Swaziland, MSH, Boston, MA, USA.

Creese, A.L. (1991): "User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience." *Health Policy and Planning*, 6(4): 309-319.

Creese, Andrew and Joseph Kutzin. (1994): *Lessons From Cost-Recovery in Health*. World Health Organization, Geneva.

Danzon P. (1985): *Alternate Financing of Health Care in Jamaica*, World Bank, Draft Report, Washington DC.

Denton, H. and Mead Over. (1991): *Federal Republic of Nigeria Health Care Cost, Financing and Utilization*, Report no. 8382, World Bank, Washington, DC.

Day. (1992): *Designing a Family Planning User Fee System*, Service Expansion and Technical Support Project.

Donabedian, A. (1980): *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol.1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

Eklund, P. and Knut Stavem. (1990): *Prepaid Financing of Primary Health Care in Guinea Bissau*. PRE Working Paper #488. Africa Technical Department.

Ellis, Randall. (1987): "The Revenue Generation Potential of User Fees in Kenyan Government Health Facilities." *Social Science and Medicine* 25: 995-1002.

Fabricant, S. and C. Kamara. (1990): *The Financing of Community Health Services in Sierra Leone*. Bamako Initiative Technical Report, UNICEF, New York.

Forsberg, B.C. (1993): "Paying for Health Care: the Household Perspective", *Sweden Journal of Health Economics*, 7:26-28.

Fuchs, Victor R. (1982): *Who Shall Live?* New York, Basic Books.

Gertler, Paul, Luis Locay and W. Sanderson. (1986): *The Demand for Health Care in Peru: Lima and the Urban Sierra, 1984*, SUNY, Stony Brook, Health Sector Analysis of Peru, Technical Report.

Griffin, Charles, T.N. Kibua, Mary Kilonzo, B. Obonyo, and Joseph Wang'ombe. (1992): *Financing Health Care in Kenya: Background and Framework for Strategic Planning*. USAID/HFS, Abt, Associates, Bethesda, M.D.

Griffin, Charles. *Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector*. IFC Discussion Paper #4. The World Bank, Washington D.C.

Griffin, Charles C. (1988): *User Charges for Health Care in Principle and Practice*. The World Bank, Washington, D.C.

Hecht, Robert, Catherine Overholt, and Hopkins Holmberg. (1993): "Improving the Implementation of Cost Recovery for Health: Lessons from Zimbabwe." *Health Policy*, 25:213-242.

Heller, Peter S. (1982): "A Model of the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia", *Social Sciences and Medicine*, vol 16:267-84.

International Labor Office, (1992): *Social Security Technical Meeting on Health Care Planning and Management*, Papers Presented by Drebov M.I. and T. Marinov (Bulgaria), L. Dolezaloba (Czech Republic), J. Nagy and P. Ladanyi (Hungary), Z. Dalia and L. Peciuliene (Lithuania), W. Cezary Wlodarczyk and P. Mierzewsky (Poland), B. Stepanov and A. N. Korolkov (Russian Federation), E. Andrejcakova and V. Fejesova (Slovak Republic).

International Labor Office, Geneva. (1993): *Health Care Under Social Security in Africa: Taking Stock of Experience and Potential.*

International Labor Office Geneva. (1994): *Social Health Insurance: A Development Guidebook (Draft).*

Jimenez E. (1987): *Pricing Policy in the Social Sector*, Baltimore and London: John Hopkins University Press.

Kutzin, Joseph and Howard Barnum. (1992): "Institutional Features of Health Insurance Programs and Their effects on Developing Country Health Systems." *International Journal of Health Planning and Management*, Vol 7: 51-72.

Kutzin, J. (1993): *Strategic Framework for Health Care Financing and Sustainability*, AFR/ARTS/HHR (unpublished).

Kutzin, Joseph and Howard Barnum. (1992): *How Health Insurance Affects the Delivery of Health Care in Developing Countries.* Working Paper Series 852, The World Bank, Washington, D.C.

La Forgia, G.M. and Charles Griffin. (ed. 1993): *Health Insurance in Practice: Fifteen Case Studies From Developing Countries.* HFS Small Applied Research Paper #4.

LaForgia G. M., Charles Griffin and Randall Bovbjerg. (1993): *Extending Coverage and Benefits of Social Financing Systems in Developing Countries Phase One.* USAID/HFS, Abt, Associates, Bethesda, M.D.

Litvack, J. and C. Bodart. (1993): *User Fees and Improved Quality of Health Care Equals Improved Access: Results of a Field Experiment in Cameroon,* *Social Science and Medicine*, 37(3): 369-83.

McFarland, Deborah. (1993): *Health Insurance in Fiji.* USAID/HFS, Abt Associates, Bethesda, M.D.

McPake Barbara. (1993): "User Charges for Health Services in Developing Countries: A Review of the Economic Literature," *Social Science and Medicine*, Vol. 36 pp. 1397-1405.

McPake, B., Kara Hansen and Anne Mills. (1992): *Experience to Date of Implementing the Bamako Initiative: A Review of Five Country Case Studies*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, U.K.

Maxwell, R. J. (1984): "Quality Assessment in Health", *British Medical Journal*, 288:1470-72.

Maxwell, R. J. (1992): "Dimensions of Quality Revisited: from Thought to Action", *Quality in Health Care*, 1:171-177.

Moens, Freddy, and Guy Carrin. (1992): Prepayment for Hospital Care in the Bwamanda Health Zone (Zaire) in Guy Carrin (ed.) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, 1992. St. Martin Press, New York.

Mujinja, P.G.M. and R. Mabala. (1992): *Charging for Services in Nongovernmental Health Facilities in Tanzania*, Technical Report Series no. 7, UNICEF, Bamako Initiative Unit, NY.

Mwabu, Germano. (1984): *A Model of Household Choice among Medical Treatment Alternatives in Rural Kenya*, Ph.D Dissertation, Boston University, Boston, MA, USA.

Mwabu, Germano and W. M. Mwangi. (1986): "Health Care Financing in Kenya: A Simulation of Welfare Effects of User Fees." *Social Science and Medicine* 22: 763-767.

Mwabu, Germano. (1990): *Financing Health Services In Africa: An Assessment of Alternative Approaches*. Working Paper Series #467. The World Bank, Washington, D.C.

Mwabu, Germano, Wangombe, Ikiara, Manundu and Kingu (1993):

Newbrander, W.C., J.A. Thomason, R. Kolehmainen-Aitken, D. Campos-Outcalt, G. Afo and W. Davidson. (1988): "Management Support for Provinces: A Programme for Developing Provincial Health Management Capabilities in Papua New Guinea," *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 3, pp. 45-55.

Newbrander, W., H. Barnum and J. Kutzin. (1992): *Hospital Economics and Financing in Developing Countries*. (1992): World Health Organization, Geneva.

Nolan, B. and V. Turbat. (1993): *Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa*. Economic Development Institute, Draft.

Prud'homme, Remy. (1994): *On the Dangers of Decentralization, Transportation, Water, and Urban Development Department*, The World Bank.

Reich, Michael R. (1994): *Political Mapping of Health Policy*, Data for Decision Making Project , Harvard University.

- Rondinelli, D.A. and G.S. Cheema. (1983): *Decentralization and Development*. Sage Publications, New Delhi.
- Rondinelli, D.A. and John Nellis and G.S. Cheema. (1984): *Decentralization in Developing Countries*. The World Bank, Washington, D.C.
- Ross, Randy L. (1988): *Government and the Private Sector*. Crane Russak and Company, N.Y.
- Shaw, Paul and E. Elmendorf. (1993): *Better Health in Africa*, Draft for Discussion, World Bank, Technical Working Paper 7, Washington DC.
- Shaw, Paul and Charles Griffin. (1995): *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa Through User Fees and Insurance*: The World Bank, Washington, D.C.
- Shepard, D.S., Guy Carrin and Prosper Nyandagazi. (1992): The Role of User Fees in Financing Health Care at Government Health Centers in Rwanda. in Guy Carrin (ed.) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, 1992. St. Martin Press, New York.
- Shepard, D.S., Taryn Vian and Eckhard Kleinau. (1990): *Health Insurance in Zaire*. PRE Working Paper #489. Africa Technical Department. The World Bank, Washington, D.C.
- Stanton, Bonita and John Clemens. (1989): "User Fees for Health Care in Developing Countries: A Case Study of Bangladesh," *Social Science and Medicine*. Vol. 29 No. 10 pp. 1199-1205.
- Stinson, W. (1982): *Community Financing*, Washington DC, APHA.
- The World Bank. (1993): *World Development Report: Investing in Health*.
- The World Bank. (1994): *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*.
- Vogel, R.J. (1991): Cost Recovery in the Health Care Sector in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management*. 6: 260-281.
- Vogel, R.J. (1990): *Health Insurance in Sub-Saharan Africa: A Survey and Analysis*. Working Paper Series 476. The World Bank, Washington, D.C.
- Vogel, Ronald J. (1993): *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa*. Greenwood Press, Connecticut.
- Vogel, R.J. (1989): *Trends in Health Expenditures and Revenue Resources in Sub-Saharan Africa*, Unpublished Report, World Bank, Washington DC.
- Vogel, R.J. (1988): *Cost Recovery in the Health Care Sector: Selected Country Studies in West Africa*, Technical Paper, 1982, World Bank, Washington DC.

Waddington, C.J. and K. A. Enyimayew. (1989): A Price to Pay Part One: The Impact of User Charges in Ashanti Akim District, Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*. 4:17-47.

Waddington, C.J. and K. A. Enyimayew. (1990): A Price to Pay Part Two: The Impact of User Charges in the Volta Region of Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*. 5: 287-312.

Wagstaff, Adam and Eddy Van Doorslaer. (1993): "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions", in Eddy Van Doorslaer, Adam Wagstaff, and Frans Rutten ed: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, 1993, Oxford Medical Publications, Oxford.

Weaver, Marcia, Robert Ndamobissi, Ruth Kornfield, et al. (1993): *Volonte de Payer Les Soins de Survie des Enfants*" Health Financing and Sustainability Project, USAID, Washington, DC.

Westinghouse Health Systems and the Government of Malaysia, Health Services Financing Study Task Force, 1985: *Malaysia Health Financing Study Final Report*. Manila, Philippines, Asian Development Bank.

Wong, Holly and S. Govind. (1992): *Health Financing in Fiji: The Role and Potential for Cost Recovery*. USAID/HFS, Abt, Associates, Bethesda, M.D.

Wouters, Annemarie, Olusoji Adeyi, and Richard Moro. (1993): *Quality of Health Care and its Role in Cost Recovery with a Focus on Empirical Findings about Willingness to Pay for Quality Improvements*. HFS Abt. Associates. Bethesda, M.D.

Yin, Robert K. (1994): *Case Study Research Design and Methods*. Vol. 5. Sage Publications, London.

Yoder, R. A. (1989): "Are People Willing and Able to Pay for Health Services?" *Social Science and Medicine*. Vol 29, no. 1 pp. 35-42.