# SUJET 2

# PERENNITE FINANCIERE

## SUJET 2. PERENNITE FINANCIERE

La perception de recettes par le recouvrement des coûts, avec pour but primordial d'améliorer la pérennité des systèmes de soins de santé, a été la pierre angulaire des réformes de financement en

> Les réformes d'ordre institutionnel, politique, organisationnel, médical et clinique sont tout aussi importantes pour la pérennisation.

Ces deux points doivent être gardés à l'esprit lorsqu'on parle de pérennisation, bien qu'un examen en profondeur du deuxième point dépasse le cadre de cette présentation.

**Questions en rapport avec le recouvrement des coûts et la pérennité financière**

La perception de recettes au moyen de la tarification n'est pas une stratégie entièrement nouvelle pour les systèmes de santé de l'Etat en Afrique. Depuis pas mal de temps, de nombreux pays exigent officiellement des paiements des patients qui sont hospitalisés. En outre, les missions religieuses et d'autres prestataires privés, sans but lucratif, de soins de santé facturent les soins, même dans les régions rurales les plus pauvres. Les tradipraticiens et les accoucheuses traditionnelles exigent des paiements en argent liquide ou en nature, et les marchands ambulants vendent des médicaments traditionnels ou occidentaux aux populations urbaines et rurales.

Nombre de ces expériences ont été d'une portée limitée, elles ont été exécutées de manière irrégulière, elles ont été médiocrement documentées ou diffusées, et les résultats ont été souvent contradictoires ou incomplets. En conséquence, les ministères de la santé qui sont confrontés à des changements politiques majeurs ne savent pas souvent si l'application de tarifs peut fournir une source régulière et convenable de fonds pour le financement des soins de santé. On trouvera ci-après une analyse de quelques unes des questions qui sont souvent posées concernant l'impact du recouvrement des coûts sur la durabilité financière.

***QUESTION 4:*** **Les gens sont-ils disposés à payer pour des services de santé?**

**EN BREF:** Oui. La disposition à payer ne devrait plus entrer en ligne de compte pour la réforme du financement des soins de santé en Afrique subsaharienne. Un pourcentage important de la population, à tous les niveaux de revenu, se déclare disposé à payer pour des soins de santé, en particulier les tarifs modiques que les pouvoirs publics demandent habituellement pour les services de santé et les médicaments. D'autres facteurs que la disposition à payer ou non peuvent avoir une incidence majeure sur la décision de quelqu'un d'utiliser des soins de santé.

**Quelles preuves existe-t-il que les gens paieraient pour leurs soins de santé?**

Il existe d'abondantes preuves que les consommateurs des pays d'Afrique subsaharienne dépensent déjà des sommes substantielles pour des services de soins de santé et des médicaments, même en l'absence de politiques officielles de l'Etat pour le recouvrement des coûts.[10,22,39,51] Les gens disent aussi qu'ils paieraient davantage pour qu'il y ait une amélioration des soins dans les formations sanitaires publiques.

> En République centrafricaine, des enquêtes-ménage ont révélé que les gens, à tous les niveaux de revenu, dépenseraient davantage qu'actuellement pour les médicaments contre les maladies prioritaires (par exemple, le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles [MST], les problèmes intestinaux). Ils seraient également tout à fait disposés à payer pour des améliorations de la qualité dans les formations sanitaires (par exemple, un meilleur entretien). Les mères ont déclaré qu'elles prendraient en charge une partie des frais de vaccination si leur contribution garantissait la disponibilité des vaccins.[19,47]

> Au Niger, des enquêtes-ménage ont démontré que les populations, quel que soit leur niveau de revenu, seraient disposées à payer des tarifs plus élevés pour les services, ainsi que des taxes locales majorées pour assurer l'approvisionnement régulier des dispensaires locaux en médicaments. Toutefois, il y avait des variations en fonction des revenus. Les ménages ruraux les plus fortunés étaient sans doute plus enclins à payer davantage que les ménages les plus pauvres.[9,50]

> En Tanzanie, les enquêtes-ménage ont également montré que les populations, à tous les niveaux de revenu, étaient disposées à payer un tarif si cette formule garantissait la disponibilité des médicaments et réduisait le temps d'attente dans les formations sanitaires publiques.[1]

Les ménages africains sont parfaitement disposés à payer les médicaments qui traitent les maladies communes des adultes et des enfants, et pour que leurs enfants restent en vie. Une fois qu'ils voient les avantages des soins de santé, ils sont habituellement disposés à payer. Ils se rendent souvent chez plusieurs prestataires de santé pour le même épisode de maladie afin de parvenir à ces objectifs.

**La disposition à payer un tarif est-elle le seul facteur ayant une incidence sur le choix des soins que fera une personne?**

Non. La crainte qu'un refus ou une incapacité des gens à payer réduirait l'utilisation des soins de santé est le principal motif d'inquiétude des décideurs à propos des redevances, mais d'autres facteurs sont tout aussi importants dans la décision d'un individu de se faire soigner ou d'avoir recours à tel ou tel prestataire.

L'utilisation des services de santé est également influencée par la qualité perçue des soins, le type de service (préventif ou curatif), et le type de prestataire (tradipraticien, dispensaire de mission religieuse, poste de santé de l'Etat). Les coûts associés à l'attente et au temps qu'il faut pour le déplacement, ainsi que les frais de déplacement, entrent en ligne de compte pour le choix que font les patients. Ces dépenses, ainsi que d'autres, dépassent de loin les modestes tarifs qui sont perçus et elles peuvent jouer un rôle plus déterminant encore dans la décision de se faire soigner. Des facteurs culturels peuvent aussi être plus importants que les tarifs. Ajoutez à cela que l'éloignement d'une formation sanitaire et la qualité telle que perçue constituent souvent des considérations plus cruciales que les tarifs, surtout pour les pauvres.[2,6,10,15,17,18,54] *(Voir Questions 12 et 13)*

***QUESTION 5:*** Les gens ont-ils les moyens de payer pour des services de santé?

**EN BREF:** Les ménages africains dépensent des sommes importantes pour les services de santé et les médicaments, quelle que soit la stratégie de l'Etat pour la répartition des frais. Maints facteurs contribuent à rendre ces dépenses abordables ou non. Certains ménages les trouvent plus lourdes à payer que d'autres, et rares sont les gens qui ne sont pas mesure de payer une petite somme dans le cadre du recouvrement des coûts. Les ministères de la santé doivent inclure dans leurs politiques de recouvrement des coûts des mécanismes pour évaluer et prendre en compte les différences en rapport avec la capacité des gens à payer et avec les facteurs qui font que les soins sont abordables ou non par rapport aux autres besoins des ménages.

**Quels critères déterminent "la capacité à payer"?**

Une dépense de 10 dollars pour des médicaments représente un pourcentage plus élevé du revenu d'un ménage pauvre que d'un ménage plus fortuné, mais il n'y a pas de consensus sur les critères qui déterminent la "capacité à payer" des soins de santé. En l'absence de critères uniformes, de nombreux MS retiennent ce que les gens paient actuellement comme premier indicateur de ce qu'ils seraient en mesure de payer.

La plupart des ménages en Afrique dépensent de leur poche entre 2 et 5 pour cent de leur revenu pour des services de santé et des médicaments. Les ménages les plus pauvres y consacrent souvent 5 pour cent ou plus - même s'il n'y a pas de tarification des services de santé publique.[19,30,47,51]

Les gens doivent souvent emprunter pour payer ces dépenses. Des indications en provenance de Tanzanie au début des années 90, lorsque les services de santé de l'Etat étaient officiellement gratuits, montrent que plus de 60 pour cent des personnes interrogées dans le cadre d'une vaste enquête-ménage ont déclaré qu'elles avaient dû emprunter (36 pour cent) ou vendre des choses (14 pour cent) pour le paiement de soins médicaux l'année précédente, alors que d'autres (10 pour cent) dans *tous* les quintiles de revenu déclaraient qu'elles avaient été totalement incapables de payer. La population rurale, qui était en moyenne plus pauvre et devait assumer des frais de transport plus élevés, avait eu le plus de mal à payer pour ses soins de santé.[1]

Comme c'est le cas partout dans le monde, les riches en Afrique dépensent beaucoup plus pour leurs soins de santé que les pauvres, mais ces montants représentent une part beaucoup plus minime du revenu lorsqu'il s'agit de ménages nantis.

> Dans les régions rurales du Kenya, les groupes les plus démunis dépensaient 6 pour cent de leur revenu pour des soins de santé, alors que, pour le groupe le plus nanti, la proportion était de 2 pour cent.[8]

> Au Kenya, au Nigéria et au Malawi, les ménages peuvent dépenser jusqu'à 8 pour cent de leur revenu annuel uniquement pour le traitement du paludisme. Ces coûts sont beaucoup plus lourds pour les pauvres. Au Kenya, le fardeau estimé pour les frais médicaux associés au paludisme est deux fois plus élevé pour les familles rurales de petits agriculteurs (4 pour

cent du revenu annuel) que pour les ménages des villes à revenu intermédiaire (2 pour cent du revenu annuel). Au Nigéria, les ménages les plus défavorisés dépensent 8 pour cent de leur revenu pour le traitement du paludisme, contre 3 pour cent pour les familles à revenu intermédiaire.[12,20]

> En République centrafricaine, avant l'introduction officielle de la tarification des services et des médicaments dans les formations sanitaires d'Etat, les familles rurales les plus défavorisées déclaraient qu'elles dépensaient en moyenne 1.200 francs CFA (0,6 pour cent de leur revenu, soit l'équivalent de 4 dollars) par épisode de maladie en consultation externe. Dans les villes, les ménages à revenu intermédiaire indiquaient qu'ils dépensaient en moyenne 4.100 francs CFA (également 0,6 pour cent du revenu du ménage, soit l'équivalent dans ce cas précis de 13,76 dollars). Les familles dans la catégorie de revenu supérieure à Bangui, la capitale, dépensaient 9.000 francs CFA (0,3 pour cent du revenu du ménage, soit l'équivalent de 30 dollars) en moyenne par épisode moyen traité en consultant externe.[10]

**Quels sont quelques uns des facteurs qui affectent la capacité à payer?**

Le montant que les gens sont en mesure de payer dépend de nombreux facteurs différents, en particulier:

> le revenu total de la famille et la taille de la famille

> le tarif particulier pour chaque type de service de santé

> le nombre de membres de la famille qui sont malades par an

> les sommes que la famille doit consacrer par ailleurs à l'éducation, à l'eau et à d'autres services et

> les dépenses pour d'autres besoins de base, par rapport au revenu total du ménage.

L'aptitude à payer varie aussi en fonction des saisons, surtout pour les populations agricoles des campagnes, et en fonction des changements économiques à l'échelle nationale, comme des dévaluations de la monnaie. Les évaluations de la capacité à payer doivent prendre en compte non seulement le prix d'un médicament ou d'un service mais aussi le coût d'un ensemble de services et de médicaments dont le ménage aura vraisemblablement besoin au cours de l'année.

**Quel genre de recherche faut-il faire pour s'assurer que les tarifs sont abordables et viables dans le cadre des réformes pour le recouvrement des coûts?**

Les économies nettes, par rapport aux dépenses de santé d'avant les réformes, peuvent être l'un des principaux avantages du recouvrement des coûts pour les ménages, rendant ainsi les soins de santé manifestement plus abordables.[10,21,53] *(Voir Questions 12, 13 et 17)* Néanmoins, peu de recherches ont été effectuées pour déterminer quel ordre de grandeur pour les dépenses ou quels pourcentages du revenu constituent des niveaux "abordables" - que les gens pourraient donc continuer à payer. Une évaluation empirique aiderait à protéger le besoin d'équité et à s'assurer que

les patients sont en mesure de payer les tarifs qui sont appliqués.  Des recherch

***QUESTION 6:*** Les initiatives de recouvrement des coûts génèrent-elles suffisamment de revenus pour contribuer à la pérennité financière dans des pays où la plupart des gens sont pauvres?

**EN BREF:** En théorie, oui. Les paiements des utilisateurs peuvent aider à couvrir une petite partie du total des charges récurrentes des pouvoirs publics au titre des soins de santé et contribuer davantage au recouvrement des coûts hors salaires. Un certain nombre de facteurs relatifs à la mise en oeuvre ont maintenu les taux de recouvrement des coûts à un niveau inférieur aux possibilités. Ces facteurs ont souvent constitué un obstacle plus important que la disposition ou l'aptitude des gens à payer. Si l'on veut que le recouvrement des coûts contribue à la pérennité financière, des dispositions juridiques et administratives doivent être prises pour que les recettes soient utilisées afin d'assurer la pérennité des améliorations des services.

**Dans quelle mesure la tarification contribue-t-elle à payer les charges récurrentes totales de l'Etat en rapport avec les soins de santé?**

On ne sait que très peu de choses concernant la contribution de la tarification, dans le cadre du recouvrement des coûts, au financement du coût total des dépenses de santé de l'Etat. Les quelques estimations qui ont été faites sont basées sur des données recueillies dans les années 80, avant la mise en oeuvre d'initiatives plus énergiques de recouvrement des coûts. Le Tableau 2-1 résume les données les plus souvent citées concernant la contribution des recettes issues de la tarification aux dépenses totales du gouvernement pour les charges récurrentes (par exemple, les salaires, les médicaments, les fournitures, les transports, l'électricité et autres frais annuels de fonctionnement) afférentes aux services de santé. Comme les données l'indiquent, les taux de recouvrement des coûts sont habituellement inférieurs à 10 pour cent, lorsqu'ils sont calculés en pourcentage du total des charges récurrentes du MS.

**TABLEAU 2-1 Recouvrement des coûts dans les pays d'Afrique subsaharienne, années 80**
*(Pourcentage des dépenses totales de l'Etat au titre de la santé)*

| *Coûts recouvrés* | *Pays* |
|---|---|
| 1 à 5 pour cent | Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Mali, Sénégal, Swaziland, Zimbabwe |
| 6 à 8 pour cent | Lesotho, Mozambique, Rwanda |
| 12 pour cent | Ethiopie, Ghana, Mauritanie |

*Source*: [44,45]

**Au niveau des formations sanitaires, quel est le pourcentage des charges récurrentes qui est recouvré?**

Il est rare que les réformes du financement des soins de santé en Afrique subsaharienne au moyen de la tarification tentent de recouvrer une partie des dépenses de salaires, qui représentent souvent entre 60 et 80 pour cent du total. Au contraire, les réformes se concentrent sur la part beaucoup plus petite des dépenses récurrentes qui va aux médicaments, aux fournitures, aux transports et autres dépenses de fonctionnement hors salaires. Les estimations utilisant cette mesure sont faites le plus souvent au niveau des établissements.

Mesurée ainsi, la tarification génère entre 30 et 40 pour cent (et parfois plus de 50 pour cent) des coûts récurrents hors salaires, dans formations sanitaires, de consultations externes dans les pays d'Afrique subsaharienne. Lorsque les coûts des médicaments sont utilisés à eux seuls comme indicateur, le recouvrement des coûts peut aller jusqu'à 100 pour cent. Les recettes provenant de la tarification en liaison des initiatives de recouvrement des coûts sont parfois égales ou supérieures aux montants que les gouvernements avaient précédemment alloués aux formations sanitaires pour les charges récurrentes hors salaires, surtout pour les médicaments.[10,19,33,49,52] *(Voir Questions 7 et 11)*

**Est-ce que le recouvrement des coûts augmente progressivement?**

Souvent. Par exemple, le recouvrement des coûts en Ethiopie est passé de 12 pour cent du total des dépenses de santé de l'Etat au début des années 80 à 20 pour cent au milieu de cette même décennie. Les taux de recouvrement des coûts ont également été relevés au Ghana (de 5 pour cent en 1984 à 12 pour cent en 1987), au Lesotho (de 6 pour cent en 1984 à 9 pour cent en 1991), en Côte d'Ivoire (de 3 pour cent en 1986 à 7 pour cent en 1993), et au Zimbabwe (de 2 pour cent en 1986 à 4 pour cent en 1991. Les taux de recouvrement des coûts dans d'autres régions ont également été majorés au fil des années. En Chine, par exemple, le recouvrement des coûts en pourcentage des dépenses de soins de santé a cru de 78 pour cent en 1985 à 85 pour cent en 1987.[31,39,45,51]

Les augmentations et les diminutions qui se produisent de temps à autre peuvent être dues à plusieurs raisons et elles doivent être évaluées dans leur contexte particulier. Parmi les causes principales de l'augmentation du recouvrement des coûts figurent: des politiques de recouvrement des coûts plus fermes, une expérience et une application plus poussées de la perception des tarifs, un relèvement des tarifs pour tenir compte de l'inflation, ou une baisse des financements de l'Etat, ce qui revient à une augmentation du recouvrement des coûts, bien qu'il n'y ait pas d'amélioration au plan de la collecte des paiements. Les taux ont aussi diminué dans des pays tels que l'Ethiopie durant des périodes de guerre ou de troubles politiques. Les taux dans les hôpitaux ont diminué lorsque les tarifs n'ont pas été majorés pour compenser l'inflation (par exemple, au Botswana, à la Jamaïque, au Lesotho, en Turquie et au Zimbabwe).[3]

**Au fur et à mesure de l'amélioration des taux de recouvrement des coûts, est-ce que les recettes contribuent davantage à la pérennité du système?**

Tout dépend. Il y a peu d'indications documentées relatives à de longues périodes tendant à prouver que les recettes issues de la tarification sont utilisées pour améliorer la pérennité financière

du système ou des services de soins de santé dans des établissements publics particuliers. Certains fonds tournants pour les médicaments ont réussi à réinvestir leurs recettes dans le fonctionnement, mais bien d'autres efforts à petite échelle ont échoué. Il faudra davantage de temps pour une évaluation à plus long terme des actions de recouvrement des coûts, et des évaluations devront être faites au niveau national lorsqu'il y aura davantage d'initiatives plus modestes et des programmes par étapes, et qu'ils auront été institutionnalisés dans l'ensemble du pays.

Les possibilités qu'offre l'application de tarifs pour le recouvrement des coûts dépend de facteurs tels que les sommes qui sont demandées, les changements qui en résultent pour l'utilisation, les mesures incitant les agents de santé à percevoir les paiements, les politiques et les pratiques d'exemption de certains utilisateurs, la procédure du système de mise en oeuvre et la mesure dans laquelle les bonnes pratiques sont institutionnalisées.[14,16,22,23,26,27,35,39,45,51] Des indications relatives à la volonté des gens de payer pour des services de soins de santé suggèrent qu'on pourrait réclamer des sommes plus que symboliques, ce qui procurerait davantage de revenus sans poser de problèmes majeurs pour la majorité des gens.[22] Les mécanismes de financement, tels que les paiements par anticipation, peuvent accroître davantage les recettes que les systèmes directs de paiements à l'acte.[10] *(Voir Question 8 et 22)*

La contribution de la tarification à la pérennité financière des services de santé, surtout pour des améliorations de la qualité, dépend de ce que les recettes provenant de cette stratégie sont reinvesties ou non dans le système de soins de santé, et plus particulièrement dans les formations sanitaires qui ont généré ces recettes, pour couvrir les dépenses associées à l'amélioration de la qualité des services. Bien que les niveaux des tarifs et les pratiques de collecte/exemption des paiements aient une incidence sur le montant des recettes perçues, les modalités de mise en oeuvre, ainsi que des garanties juridiques et administratives, sont cruciales pour s'assurer que les recettes serviront à soutenir le système.[52]

***QUESTION 7:*** **Quel est l'impact du recouvrement des coûts sur la pérennité financière dans les établissements de soins de santé primaires et dans les hôpitaux?**

**EN BREF:** Les taux globaux du recouvrement des coûts de diverses formations sanitaires publiques en Afrique sont généralement modestes. Mesurés par rapport aux buts de recouvrement des charges récurrentes hors salaires, surtout pour l'approvisionnement en médicaments, les taux de recouvrement des coûts sont plus élevés. Même lorsque les taux de recouvrement des coûts sont faibles, les sommes encaissées auprès des patients compensent souvent la nette insuffisance des financements qui n'a pas permis d'améliorations de la qualité dans les formations sanitaires de l'Etat.

**Dans quelle mesure le recouvrement des coûts a-t-il contribué au financement dans les établissements primaires et secondaires?**

Le recouvrement des coûts dans les centres de santé, les postes de santé et les dispensaires a été limité mais il a permis de combler des déficits substantiels. *(Voir Tableau 2-2)* Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la part la plus importante des budgets du MS est alloué aux hôpitaux, laissant aux prestataires primaires et secondaires des crédits relativement insuffisants.

De nombreuses initiatives de réformes de financement ont mis l'accent sur le recouvrement de la composante non salariale des charges récurrentes des services ambulatoires et des médicaments dispensés dans ces établissements de soins primaires et secondaires.

> Au Bénin, la tarification dans le cadre de l'Initiative de Bamako au début des années 90 a généré des montants qui représentaient 43 pour cent des charges récurrentes totales des établissements, y compris les salaires, et 100 pour cent ou plus du coût total des médicaments. Les recettes du recouvrement des coûts en liaison avec l'Initiative de Bamako en Guinée ont couvert en moyenne 47 pour cent des charges récurrentes hors salaires, tandis que 52 des 95 centres de santé couvraient au moins 100 pour cent de leurs coûts de fonctionnement hors salaires en 1990.[33,43]

> Au Sénégal, les sites de l'Initiative de Bamako dans 7 districts ont recouvré en moyenne plus de 100 pour cent des coûts des médicaments et des frais administratifs connexes.[7,53]

> Au Niger, les recettes provenant de la tarification ont produit en 1993 des recettes égales à 52 pour cent des coûts des médicaments et à 35 pour cent des coûts des médicaments, plus de l'administration des pharmacies dans un arrondissement. Dans un autre arrondissement qui a institué une taxe de santé, en plus de la tarification, les recettes ont couvert 149 pour cent des coûts des médicaments, et 89 pour cent des médicaments, plus les frais d'administration.[10]

Même lorsque la tarification ne représente qu'une partie des dépenses totales au titre des services fournis par les pouvoirs publics, elle peut aider certains établissements à pallier des pénuries de médicaments de base et autres fournitures essentielles (comme les bandages, l'alcool, les gants et les antiseptiques). Dans de nombreux pays ou régions où les établissements avaient reçu des

fournitures limitées de médicaments - voire même aucune - du ministère de la santé, c'est uniquement grâce aux fonds tournants des médicaments financés par la tarification que la disponibilité des médicaments a été assurée. Les recettes des paiements des utilisateurs sont souvent la seule source de fonds pour tous les coûts de fonctionnement autres que les salaires et les médicaments (par exemple, le carburant pour les réfrigérateurs et les véhicules, les fournitures de bureau, la maintenance).

| **TABLEAU 2-2 Recouvrement des charges récurrentes hors salaires par la tarification dans les établissements de soins ambulatoires en Afrique** | |
|---|---|
| *Pourcentage recouvré* | *Centres et postes de santé sélectionnés* |
| < 15 pour cent | Années 80: Burkina Faso, Rwanda |
| 30 à 40 pour cent | Années 80: Bénin, Niger, Soudan<br>Années 90: Bénin, Cameroun, Guinée |
| 50 à 80 pour cent | Années 80: Mali, Sénégal, Zaïre<br>Années 90: Cameroun, Niger, Zaïre |
| *Sources*: [4,7,10,16,32,34,36,37,42,49] | |

Tout comme les taux globaux de recouvrement des coûts, les taux de recouvrement au niveau des établissements peuvent fluctuer dans le temps.

> Au Cameroun, les recettes en pourcentage des charges récurrentes hors salaires dans un projet comprenant des centres de santé en milieu rural sont passées de 34 pour cent en 1991 à 51 pour cent en 1992.[36]

> Au Bénin, les taux moyens de recouvrement des coûts dans les centres de santé en milieu rural ont cru de 31 pour cent vers la fin des années 80 à 43 pour cent en 1990.[16]

> Au Zaïre, les recettes de sept zones sanitaires semi-autonomes ont régressé de 80 pour cent en moyenne des charges récurrentes hors salaires en 1986 à des taux allant 60 à 70 pour cent en 1991.[7,49]

**Et le taux du recouvrement des coûts pour les médicaments?**

Jusqu'à 100 pour cent du coût des médicaments peut être recouvré par la tarification. Les recettes ainsi générées qui paient des améliorations de l'approvisionnement en médicaments égalent souvent, ou dépassent même de plusieurs fois, les montants que les gouvernements avaient coutume d'allouer aux formations sanitaires pour les médicaments.[52] Il y existe des fonds tournants pour les médicaments dans au moins 13 pays - Bénin, Cameroun, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie, Tchad et Zaïre. Environ la

moitié des fonds de ces pays étaient en mesure de couvrir la totalité des coûts des médicaments avec l'imposition d'un tarif pour les médicaments et les services, et entre 50 et 80 pour cent des fonds dégageaient des bénéfices.[39]

**Quel pourcentage de leurs frais les hôpitaux recouvrent-ils avec la tarification?**

Plusieurs analystes se sont efforcés de compiler des données sur les taux de recouvrement des coûts dans les hôpitaux, mais il est difficile de trouver des sources, et les données ne sont pas systématiquement collectées. En outre, elles ne se basent pas sur des méthodes comparables d'estimation des taux de recouvrement des coûts. Néanmoins, le Tableau 2-3 suggère une diversité d'expériences en matière de recouvrement des coûts dans les hôpitaux.

Rares sont les hôpitaux publics en Afrique et ailleurs qui couvrent la plupart de leurs frais de fonctionnement au moyen de la tarification. La faiblesse des recettes obtenues par cette méthode par rapport aux possibilités est imputable à divers problèmes de gestion, notamment au fait que les barèmes ne sont pas remis à jour, que des demandes de remboursements ne sont pas soumises aux assurances et qu'on ne propose pas de mesures d'incitation aux employés qui sont chargés de percevoir les paiements.[3]

**TABLEAU 2-3 Charges récurrentes couvertes par la tarification dans les hôpitaux publics, années 80**

| *Pourcentage du total des charges récurrentes* | *Hôpitaux publics sélectionnés, divers pays* |
|---|---|
| 10 pour cent ou moins | Afrique subsaharienne: Botswana, Lesotho, République centrafricaine, Sénégal, Swaziland, Zambie<br>Autres régions: Honduras, Jamaïque |
| 15 à 25 pour cent | Afrique subsaharienne: Ethiopie, Ghana, Niger, Zaïre<br>Autres régions:<br>Indonésie, Turquie |
| 38 pour cent | Bolivie |
| 80 à 100 pour cent | Afrique subsaharienne: Nigéria<br>Autres régions: Chine |

*Source*: [3]

Avec des efforts concertés, la tarification a couvert des pourcentages croissants des charges récurrentes des hôpitaux. Les remboursements d'assurances sont généralement nécessaires toutefois pour permettre un recouvrement des coûts substantiel au niveau de l'hôpital. *(Voir Question 8)*

> En République centrafricaine, un barème révisé en 1995 rendra les hôpitaux centraux plus abordables pour la plupart des patients et renforcera les procédures de remboursement pour les fonctionnaires et les indigents. Ces réformes devraient produire suffisamment de revenus pour couvrir tous les frais des médicaments, de laboratoire et des fournitures pour les soins ambulatoires, et une partie des frais de fonctionnement des hôpitaux, hors salaires. On prévoit que ces recettes seront supérieures aux dépenses de fonctionnement hors salaires qui sont actuellement allouées par le MS.[19,48]

> Au Niger, en 1991, les taux de recouvrement des coûts provenant de la tarification appliquée à l'hôpital national vont de moins de 4 pour cent pour les hospitalisations à plus de 150 pour cent pour les médicaments. Grâce à une détermination accrue du MS et à une législation renforcée pour favoriser une plus grande autonomie financière et de gestion des hôpitaux en 1992-94, l'hôpital national a vu ses revenus augmenter de 5 pour cent, en des temps particulièrement difficiles. Dans la catégorie des hôpitaux d'arrondissement, les recettes de l'un de ces établissements ont augmenté de 110 pour cent et celles d'un autre de 5 pour cent pendant la même période.[11,37]

***QUESTION 8:*** **Que pourrait-on faire de plus pour exploiter les sources potentielles de financement pour les formations sanitaires?**

**EN BREF:** Les remboursements d'assurances aux établissements sanitaires publics pourraient être étendus et on pourrait adopter les "méthodes les plus performantes" qui ont été utilisées par les organisations non gouvernementales (ONG) qui ont réussi leur recouvrement des coûts en facturant les utilisateurs. Le recouvrement des coûts reste faible, surtout dans les hôpitaux publics, pour plusieurs raisons: des lacunes pour la mise en oeuvre, un nombre important d'exonérations qui sont accordées et le non recouvrement des factures impayées et des remboursements d'assurances, de plans de santé et de programmes d'assistance de l'Etat. Si l'on veut que le recouvrement des coûts ou les remboursements d'assurances contribuent à la pérennité financière, les recettes ne peuvent être utilisées dans le court terme pour remplacer, ou réduire, les financements publics destinés aux services de santé.

**Quelles sont les possibilités des remboursements d'assurances pour les établissements sanitaires publics en Afrique?**

Le financement par le biais d'assurances-maladie, surtout dans les hôpitaux publics, est moins développé en Afrique subsaharienne qu'ailleurs, bien qu'il ne soit guère généralisé dans aucune région en développement. Habituellement, ce sont les pays où une part importante de la population est employée dans le secteur formel - comme en Argentine, au Brésil, en Corée, en Jordanie, en Turquie et en Uruguay - qui ont tendance à avoir d'importants programmes publics ou semi-publics d'assurance-maladie qui couvrent les soins hospitaliers. En général, les études portant sur les expérience de financement des hôpitaux concluent que cette catégorie d'établissements, dans la plupart des pays, n'a généré qu'un faible pourcentage de ses recettes de sources autres que l'Etat. Les principales raisons de cette tendance tiennent à divers échecs administratifs et aux dimensions restreintes de l'emploi formel, et elles ne sont liées, ni au niveau du revenu par habitant, ni à l'idéologie dominante du gouvernement.[3]

Dans la plupart des pays africains, l'assurance-maladie se résume pour l'essentiel aux plans de santé de l'Etat pour les fonctionnaires et leur famille. Les programmes d'assistance sociale de l'Etat central et des collectivités locales ont aussi souvent pour mission de payer des services de santé des indigents. Dans nombre de cas toutefois, ces plans n'ont pas donné de bons résultats pour le remboursement des établissements sanitaires qui ont fourni des services à des bénéficiaires.

> En République centrafricaine, les pouvoirs publics sont en retard dans leurs remboursements à des hôpitaux généraux pour le traitement de fonctionnaires et de membres de leur famille qui représentent souvent jusqu'à 40 pour cent de la clientèle. Les remboursements (80 pour cent du tarif des soins aux patients) doivent reprendre en 1995. Conformément à l'engagement renouvelé du gouvernement en faveur de réformes du financement de la santé, le Président de la République a signé un décret autorisant un poste dans le budget national pour le remboursement de services dans le cadre du plan de santé des fonctionnaires.[19,48]

> Au Mali, les remboursements d'un seul ministère pour des services rendus à ses employés et aux personnes à la charge de ceux-ci ont augmenté les revenus d'un seul hôpital de 7 pour cent en un an.[51]

> Au Ghana, des exemptions pour les employés du MS et leur famille coûtent aux établissements sanitaires de l'Etat 21 pour cent des recettes qu'ils pourraient normalement retirer de la tarification.[46]

Lorsqu'existent des assurances-maladie financées par le secteur privé, les hôpitaux peuvent être les principaux bénéficiaires de ces sources supplémentaires de financement. Dans d'autres cas, l'assurance privée représente une source de revenus non exploitée pour les hôpitaux publics.

> Moins de 5 pour cent des remboursements d'assurances privées à la Jamaïque et au Zimbabwe sont allés à des hôpitaux publics. Par contre, le financement d'hôpitaux par des plans de capitation payables par anticipation, couvre environ 43 pour cent de la population en Uruguay.[3]

> Un plan d'assurance-maladie à base communautaire à Bwamanda, au Zaïre, couvre 80 pour cent des coûts de l'hôpital de district au moyen de tarifs et de remboursement d'assurances, tandis que 90 pour cent des recettes provenant du plan d'assurance sont utilisées pour le paiement de frais hospitaliers. Les taux de recouvrement des coûts de l'hôpital ont augmenté de 48 pour cent à 79 pour cent des coûts de fonctionnement entre 1985 et 1988.[7]

> Au Kenya, après la mise en place de réformes pour améliorer la structure de la tarification, la collecte des paiements, les procédures de remboursement des assurances, les taux de remboursement et les systèmes de gestion dans les établissements sanitaires des pouvoirs publics, les recettes mensuelles totales ont triplé dans les hôpitaux de province, de district et de sous-district. Quand ces réformes atteindront leur plein potentiel, les revenus de la tarification et des assurances devraient fournir l'équivalent de 39 pour cent des crédits attribués par l'Etat aux hôpitaux, déduction faite des recettes que le gouvernement réaffecte aux centres de santé et aux dispensaires pour des soins de santé préventifs et primaires.[9]

> En Chine, tous les établissements de santé ont reçu pour instruction en 1981 de couvrir toutes les charges récurrentes hors salaires par la tarification des services. En outre, 20 pour cent environ de la population est couverte par des plans d'assurance-maladie qui prennent en charge à 100 pour cent les frais d'hôpital, alors que 15 pour cent de la population a une couverture hospitalière plus limitée. Ces réformes ont aidé les établissements de santé à générer des revenus qui couvrent un pourcentage important des charges récurrentes (85 pour cent, en moyenne). Toutefois, elles se sont accompagnées d'une inflation rapide des coûts des soins de santé, qui ont augmenté en moyenne de 17 pour cent par an, en termes réels, entre 1980 et 1988, essentiellement par le biais des paiements des patients et des remboursements des assurances.[3]

**Que peut offrir l'expérience des ONG?**

Les établissements de santé gérés par des missions religieuses et d'autres organisations non gouvernementales couvent souvent une part importante des coûts de fonctionnement grâce à la tarification, tout en fournissant des services aux groupes les plus pauvres. Les pays qui ont une expérience substantielle des formations sanitaires d'ONG pourraient adapter aux prestataires publics ces leçons en matière de recouvrement des coûts.

> Au Sénégal, les tarifs perçus par les postes de santé de missions religieuses représentaient 95 pour cent de toutes leurs recettes.[5]

> En Tanzanie, entre 50 et 80 pour cent du total des dépenses récurrentes des postes de santé des missions, y compris les salaires, provenaient du recouvrement des coûts. En Ouganda et au Zaïre, les hôpitaux d'ONG ont récupéré entre 75 et 96 pour cent de leurs coûts de fonctionnement annuels par la tarification.[7,28,51]

> Les hôpitaux de missions religieuses ont recouvré 13 pour cent des coûts au Swaziland, 46 pour cent en République centrafricaine, 56 pour cent en Tanzanie et 72 pour cent en Ouganda à la fin des années 80 et au début des années 90.[39]

L'expérience des projets d'ONG en ce qui concerne les populations relativement pauvres dans des pays d'autres régions du monde (par exemple, au Pérou, en Bolivie et en Haïti) a mis en évidence des schémas similaires à ceux observés dans les pays d'Afrique subsaharienne.[13,24,38] En Haïti, les formations sanitaires exploitées par une certaine organisation non gouvernementale ont collecté 92 pour cent des charges récurrentes hors salaires pour les services de soins ambulatoires et, au Brésil, une organisation non gouvernementale, PROSALUD, a couvert 80 pour cent des coûts des patients ambulatoires grâce à la tarification à un site, et 59 pour cent à un autre site.[38,41]

**Est-ce que certaines de ces options font diminuer le besoin d'un financement de l'Etat?**

Probablement pas dans l'immédiat. Les recettes provenant du recouvrement des coûts ne couvrent pas les salaires qui constituent l'essentiel des charges récurrentes pour les services de santé

Les ménages, en fait, contribuaient déjà davantage que les pouvoirs publics à l'ensemble du financement des soins de santé en Afrique subsaharienne en 1985-90, surtout dans les pays les plus défavorisés. Les dépenses privées représentaient 52 pour cent des dépenses de santé totales des pays africains à revenu élevé, 58 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire et entre 69 et 78 pour cent dans les pays africains à faible revenu.[51]

Ces tendances suggèrent qu'on peut compter sur les ménages pour générer une part substantielle du financement des services de santé et des médicaments qu'ils utilisent. On dispose d'indications selon lesquelles les buts établis par les MS pour un partage des coûts sont réalisables. Néanmoins, les ministères devront prélever des fonds sur leurs budgets actuels au profit du système public de soins de santé et ils devront rester dans les limites des moyens financiers des patients. Tandis que les ministères améliorent et affinent leur système de tarification, les pouvoirs publics devront probablement continuer à financer les services de soins, tout du moins au niveau actuel, pour que le recouvrement des coûts contribue à des améliorations des soins de santé du secteur public.

Dans d'autres endroits du monde, les gouvernements ont réduit les budgets des MS une fois que les recettes des tarifs se sont matérialisées (par exemple, au Cambodge, au Chili, en Chine, en Iran, en Jordanie, au Népal et en Thaïlande), quelquefois d'un commun accord entre le ministère de la santé et celui des finances.[35] Reconnaissant la possibilité de telles compressions, certains pays africains ont conclu des accords explicites pour éviter ce genre de situation. En République centrafricaine, les responsables du MS ont demandé des garanties que la contribution du budget du MS serait maintenue pendant que le programme de recouvrement des coûts irait de l'avant.[19] Au Kenya, où un accord est intervenu entre le MS et le ministère des finances garantissant que les recettes ne serviront pas de prétexte pour réduire les crédits du MS, le pourcentage de toutes les dépenses de l'Etat au titre des soins de santé est passé de 7,6 pour cent en 1988 à 8,5 pour cent en 1991.[25]