

Améliorer l'accès aux soins pour les pauvres: Analyse comparative de quatre Fonds d'Équité au Cambodge

Financement de la Santé dans les pays en voie de
développement

Clermont-Ferrand – 1^{er} et 2 décembre 2005



Présenté par Mathieu Noirhomme
Economiste de la Santé
Institut de Médecine Tropicale – Anvers
mnoirhomme@itg.be

Pourquoi un Fonds d'Équité?

- Les politiques d'exemption des plus pauvres ne fonctionnent généralement pas car:
 - Les ressources limitées des structures de santé la pousse à
 - rechercher des modes de financement alternatifs (& illicites)
 - rejeter tout manque à gagner → toute exemption
 - Les pauvres font face à d'autres barrières
- Ceci entraîne:
 - Un risque d'exclusion des structures de santé publique.
 - Un endettement des populations les plus pauvres ou vente de biens de production pour financer les soins de santé

La pauvreté est une cause de mauvaise santé
La recherche de soins est une cause d'appauvrissement

Principes de fonctionnement

- Solution possible: le « tiers payeur »
 - Les patients identifiés comme pauvres reçoivent les soins;
 - Le Fonds d'Équité paie ces soins à leur tarif (négocié);
- Deux objectifs principaux
 - Dimension « santé »: Améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres
 - Dimension « protection sociale »: Eviter les dépenses de santé catastrophiques (ménages tombant dans la destitution à cause du coût des soins de santé)
- Deux fonctions principales:
 - Identification des plus pauvres
 - Paiement des soins de santé

Secteur de la santé au Cambodge

- Population
 - 14,1 millions d'habitants
 - Population pauvre: 34,1% < \$1 / jour – 77,7% < \$2 / jour
- Pays divisé en provinces et districts sanitaires
- Participation financière des usagers depuis 1997. Affectation de 49% aux primes salariales.
- Du côté de l'offre
 - Salaires officiels et primes insuffisants.
 - Secteur privé étendu et non régulé
 - Activités parallèles dans le privé autorisées, et fréquentes
- Du côté de la demande
 - Seuls 17.1% des dépenses de santé par le gouvernement
 - Recours massif au secteur privé, sans garantie de qualité
 - Poids des coûts de participation
 - Généralisation des paiements non officiels

Rapide historique des fonds d'équité au Cambodge

- 2000: 1ères expériences par Médecins Sans Frontières Belgique (Thmar Pouk, Sotnikum)
- Présentation(s) dans des forums nationaux.
- 2002: Développement d'approches similaires par des organisations internationales (Pearang, Svay Rieng, Kirivong...)
- 2003: premier draft d'un « *HEF national framework* » sous la direction du Ministère de la Santé
- 2005: national framework en instance d'implémentation
- 2006: + de 30 fonds d'équité
 - +/- 15 supportés par des ONGs internationales
 - +/- 15 supportés par le programme national (BAD/DFID/BM)
 - Structure de supervision et monitoring intégrée au sein du MSP.

Etude comparative de quatre Fonds d'Equité

- Sélection de quatre modèles en vitesse de croisière et suffisamment documentés
- Expérience significative de tous les auteurs (lancement / opération et/ou consultance / recherche)
- Combinaison de:
 - Littérature grise
 - Interviews semi-structurés
 - Collecte (régulière) de données de routine
- Comparaison à l'aide d'une grille d'analyse:
 - Mise en évidence de caractéristiques communes
 - Différences multiples. Causalité plurielle.
- Période de comparaison: Septembre 2003 à Août 2004

Principales caractéristiques des Fonds d'Équité retenus dans l'étude

	Sotnikum	Svay Rieng	Pearang	Kirivong
Depuis	Sept. 2000	Juil. 2002	Juil. 2002	Mai 2003
Initié par	Méd. Sans Frontières	Unicef	Health Net International	Enfants & Développ ^t
Financ ^t	MSF	Unicef	HNI	Pagodes (comm ^{té})
Echelon	Hôpital Distr	Hôpital Prov.	Hôpital Distr	Hopital Distr + CS
Acteurs principaux	ONG locale	Comité Prov (+ comm ^{té})	ONG locale (+ comm ^{té})	Pagode (+ comm ^{té})
Identificat ^o	Identificat ^o passive	Pré-ident ^o + id ^o passive	Pré-ident ^o + id ^o passive	Pré-ident ^o (+ bons)
Document	Aucun	Carte équité	Carte équité	Aucun
Paquet de bénéfices	Fact hosp (100%) + extras	Fact hosp (100, 75 ou 50%)+ extras	Fact hosp (100%) + extras	Fact Hosp.

Résultats des pré-identifications & Utilisation des services (de septembre 2003 à août 2004)

Pré-identifications

	Sotnikum	Svay Rieng	Pearang	Kirivong
# individus	-	123.746	23.332	32.200
# / pop ^o tot	-	23,42%	11,88%	15,66%
% < 1\$/jour	76,00%	43,00%	58,00%	35,00%

Utilisation des services

	Sotnikum	Svay Rieng	Pearang	Kirivong
Tx hosp ^o total	16‰	10‰	11‰	17‰
# bénéf ^{aires}	1.521	1.689	1.122	249
# / tot hosp ^o	42%	32%	52%	7%

Coûts des Fonds d'Équité

(de septembre 2003 à août 2004)

Coûts des services par bénéficiaire

	Sotnikum	Svay Rieng	Pearang	Kirivong
Fact. hospitalière	\$13,0	\$15,4	\$13,2	\$7,0
Echelon supérieur	\$0,0	\$0,0	\$8,3	\$0,0
Transport	\$1,7	\$0,6	\$4,9	\$0,0
Autres	\$0,0	\$1,2	\$5,0	\$0,0
Total	\$14,7	\$17,2	\$31,4	\$7,0

% frais admin / coût totaux	32%	21%	36%	26%
-----------------------------	-----	-----	-----	-----

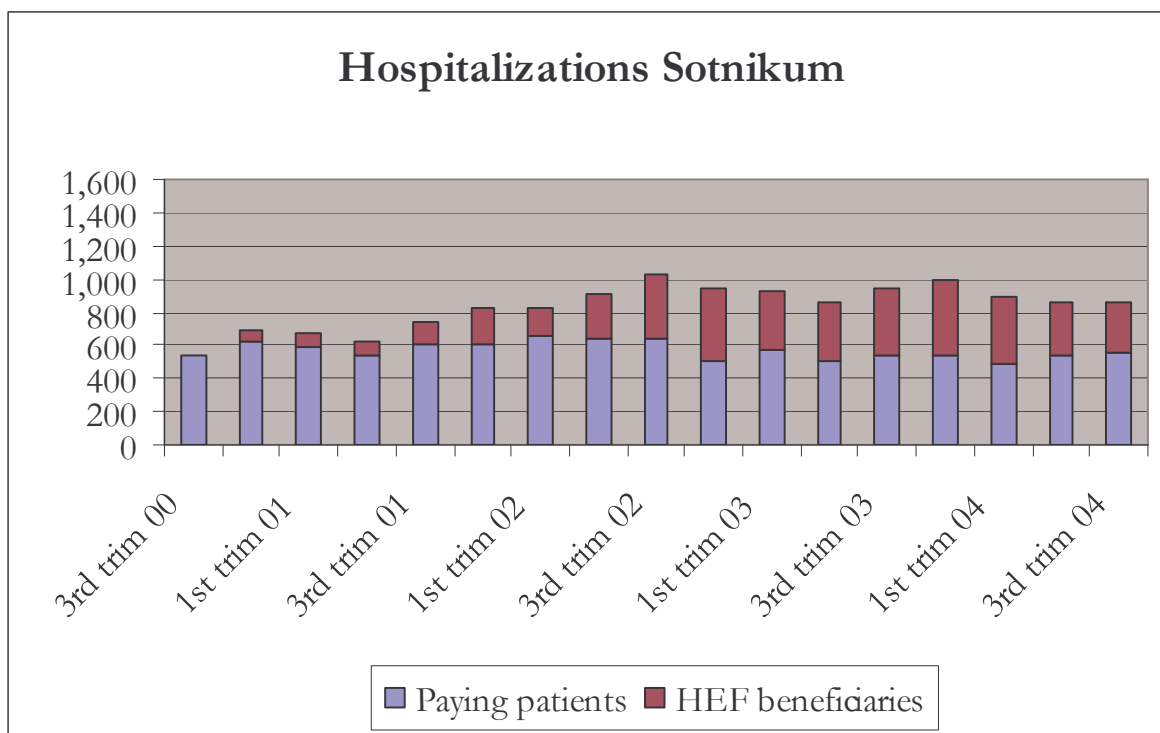
Coûts totaux (1) par bénéficiaire et (2) par assuré

	Sotnikum	Svay Rieng	Pearang	Kirivong
Coût / bénéficiaire	\$21,6	\$21,9	\$49,3	\$9,4
Coût / assuré	-	\$0,3	\$2,4	\$0,1
Coût pré-id° / ass.	-	\$0,06	\$0,58	\$0,07

Principales leçons

- ❑ Stratégie supérieure à l'exemption
- ❑ Besoin d'un financement réaliste
- ❑ Diversité d'acteurs
- ❑ Méthodes d'identification complémentaires
- ❑ Multiplicité de barrières: payer les soins de santé n'est pas suffisant

Impact des Fonds d'Équité



Impact supérieur aux exemptions

- Augmentation de l'utilisation totale des services & maintien du taux d'hospitalisation des patients payants
- Très peu d'erreurs d'inclusion (faux positifs)
 - Population assistée n'avait pas accès auparavant
 - Financement additionnel pour les hôpitaux supportés
- Meilleurs résultats que les politiques d'exemption au Cambodge

	Exemptions	Fonds d'Équité
Bénéficiaires / hospitalisations	Max 3%	De 7 à 52%

Besoin d'un financement réaliste

- Principaux arguments pour un financement communautaire (Kirivong):
 - Pérennité financière
 - Contrôle social
- MAIS les soins de santé hospitaliers dépassent la capacité de contribution de la population.
- (1) estimer les services à financer (paquet de bénéfices, population cible, utilisation souhaitée) et (2) déterminer les sources possibles.
- Besoin d'un financement:
 - Extérieur à la structure de santé.
 - Extra communautaire (pour les frais qui excèdent la capacité de contribution)
 - Respectueux des mécanismes de solidarité existants

Diversité de fonctions

- Exemption: concentration dans les mains du prestataire → conflits d'intérêt et compétences discutables
- Fonds d'Equité: diversification des fonctions:
 - Opérateur du Fonds d'Equité (identification passive, paiement)
 - Pré-identification
 - Prestataire
 - Contrôle / monitoring
- Pas de modèle unique:
 - Différence de coûts, et de services
 - Combiner les compétences, contrôles croisés
- Accompagnement social: le parent pauvre.

Préidentification ou identification passive?

□ Pré-identification supposée

- Plus fiable (caractéristiques observées au domicile)
- Plus sécurisante pour le patient (identification avant l'épisode de maladie)

□ Pas confirmé (ni formellement infirmé) par les chiffres

- Très peu d'erreurs d'inclusion dans toutes les expériences.
- Utilisation Sotnikum ≈ Svay Rieng & Pearang

	Préidentification	Identification passive
Fiabilité / précision	-	-
Sécurisation patient	-	-
Coût	Investissement	Récurrents
Vision	Rigide (→ renouvellement)	Dynamique

→ Combinaison

Sécurisation de l'accès aux services

□ Compréhension holistique des barrières à l'accès aux soins (financières, géographiques, sociales, prestataires...):

- Paquet de bénéfice approprié
 - Frais d'hospitalisation
 - Frais non-médicaux: Transport (lacune sur Kirivong) & autres.
- Sécurisation de la prestation de service:
 - Rencontrer les intérêts du prestataire (paiement)
 - *Accountability* à la population et à l'acheteur (ex: contrat)
- Information appropriée au patient (communication, carte, enquête sur la connaissance et la perception)

Conclusions – Perspectives

- ❑ Améliore l'accès aux soins des plus pauvres dans un système de tarification des soins (si nécessaire).
- ❑ Outil potentiel de lutte contre la pauvreté.
- ❑ Bientôt intégré dans les politiques nationales de santé au Cambodge (protection sociale + cofinancement)
- ❑ Pas suffisant:
 - Ne cible que les plus pauvres des pauvres
 - Pourrait être combiné avec des assurance santé (planifié)
 - Pourrait se développer vers:
 - ❑ D'autres catégories de patients (AIDS / TB – à l'étude)
 - ❑ Activités de protection sociale en dehors du secteur santé
 - ❑ D'autres pays: Mauritanie, Madagascar, Kenya

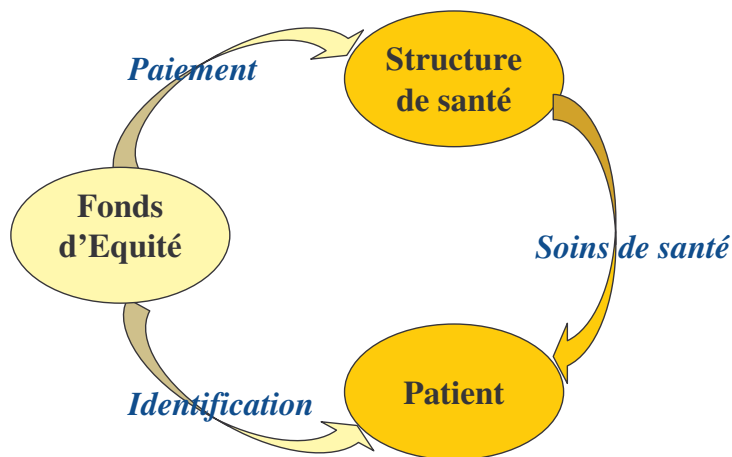
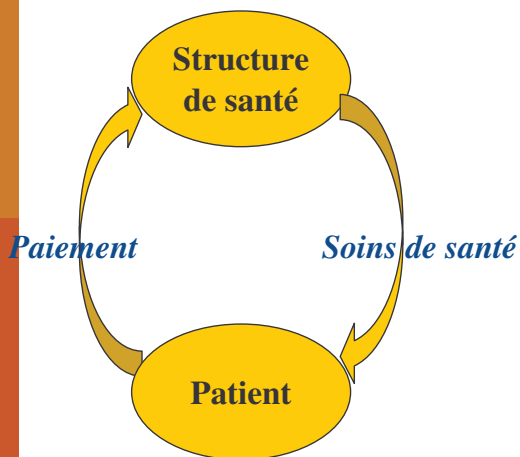
Merci



Tarifification au patient et tiers payeur

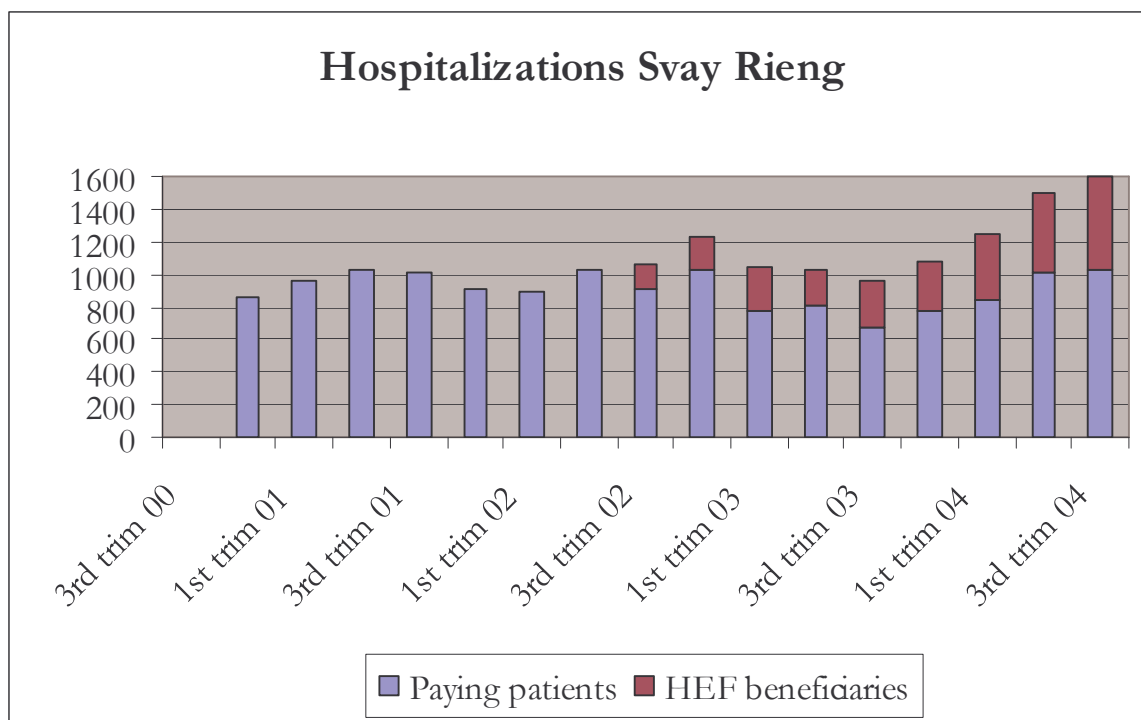
Participation Financière

Tiers payeur

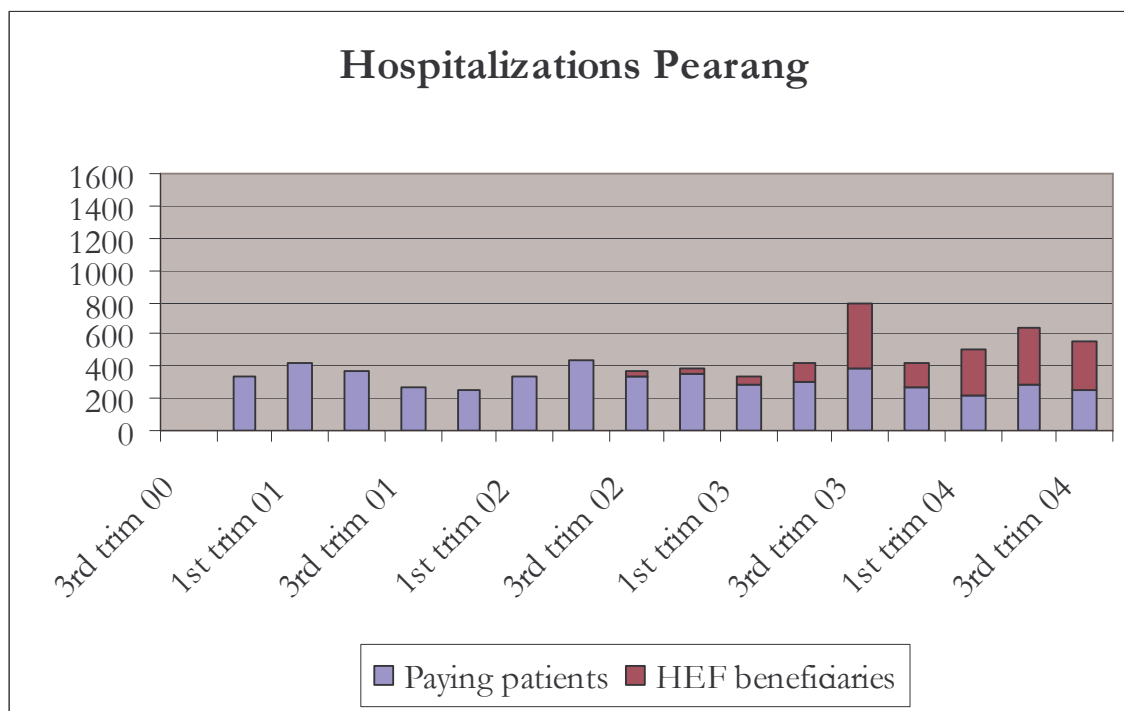


Hospitalisations Svay Rieng

Hospitalizations Svay Rieng



Hospitalisations Pearang



Hospitalisations Kirivong

