



AfHEA

**African Health Economics and Policy Association
Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé**

Vers une couverture universelle des soins de santé en Afrique

Hôtel Palm Beach, Saly - Sénégal: 15 - 17 Mars 2011

2^{ème} Conférence de l'AfHEA – 2011

Messages Clés

issus de la conférence de l'AfHEA 2011

Vers une couverture universelle des soins de santé en Afrique

Hôtel Palm Beach, Saly - Sénégal: 15 - 17 Mars 2011

2^{ème} Conférence de l'AfHEA – 2011

Messages Clés

issus de la conférence de l'AfHEA 2011

Cette note de synthèse est produite par AfHEA et s'appuie sur les travaux de la Deuxième Conférence de l'AfHEA, qui s'est tenue à Saly – Sénégal du 15 au 17 Mars 2011. Elle est complétée par la documentation pertinente au besoin. Elle a été réalisée par les Drs Irene Agyepong, Chris Atim, François Diop, Travor Mabuğu, Diane McIntyre et Alice Soumare.

SOMMAIRE

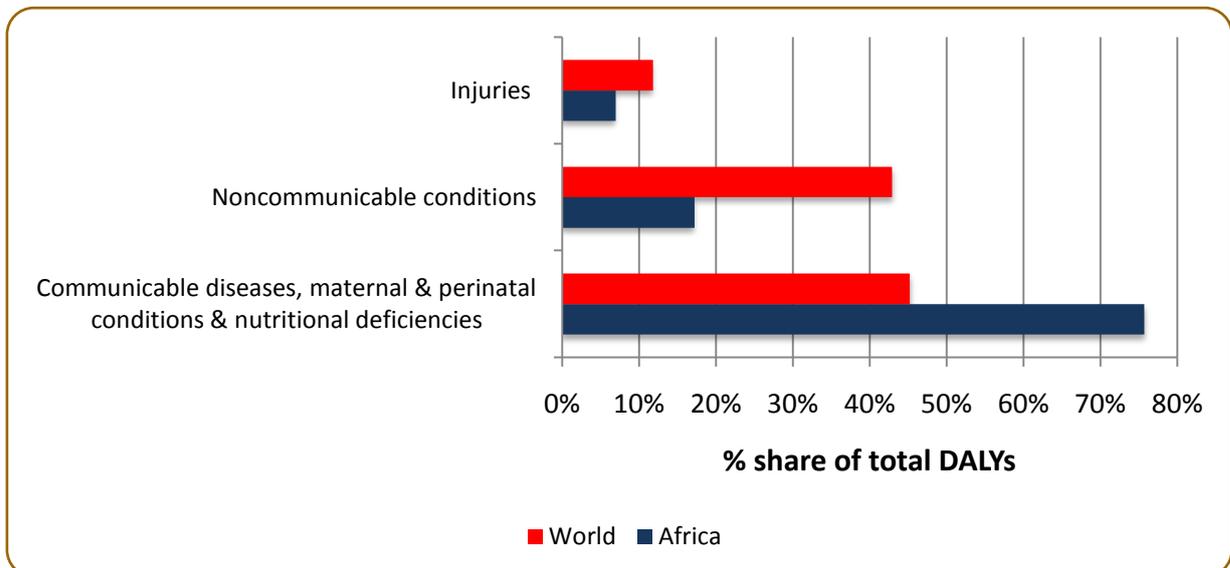
Pourquoi une couverture universelle est-elle importante pour les pays africains?	3
Quels progrès ont-ils été accomplis dans la réalisation de la couverture universelle, et quels sont les défis à relever pour aller vers la couverture universelle en Afrique?	6
Quels mécanismes de prépaiement peuvent-ils être pris en compte pour soutenir les progrès vers la couverture universelle dans le contexte africain?	12
Comment mobiliser des ressources supplémentaires pour soutenir la progression vers la couverture universelle dans le secteur de la santé?	18
Comment les ressources existantes peuvent-elles être utilisées avec plus d'efficacité et d'équité?	23
Quels rôles devraient être joués par les différents acteurs?	28
Quels rôles devraient être joués par les différents acteurs?	30

Pourquoi une couverture universelle est-elle importante pour les pays africains?

Les pays africains sont confrontés à la plus grande charge de morbidité dans le monde. Tandis que la population dans les pays à faible et moyen revenu en Afrique représente 11% de la population mondiale, ses pays comptabilisent 27% des émissions mondiales d'années de vie corrigées des incapacités (DALY). La figure 1 montre que les pays africains ont une charge de morbidité liées aux maladies transmissibles, aux affections maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles (ce qui représente 76% des AVCI en Afrique) beaucoup plus importante que la moyenne mondiale (45% des AVCI mondiales). Les principaux déterminants de cette charge de morbidité en Afrique sont :

- les infections respiratoires (soit 13,2% du nombre total d'AVCI en Afrique);
- les conditions périnatales (12,3% des AVCI);
- le VIH / sida (11,7% des AVCI);
- les maladies diarrhéiques (10% des AVCI);
- le paludisme (9,6% des AVCI).

Figure 1: Répartition des AVCI selon les principales causes de morbidité et de mortalité prématurée (Afrique par rapport à la moyenne mondiale)

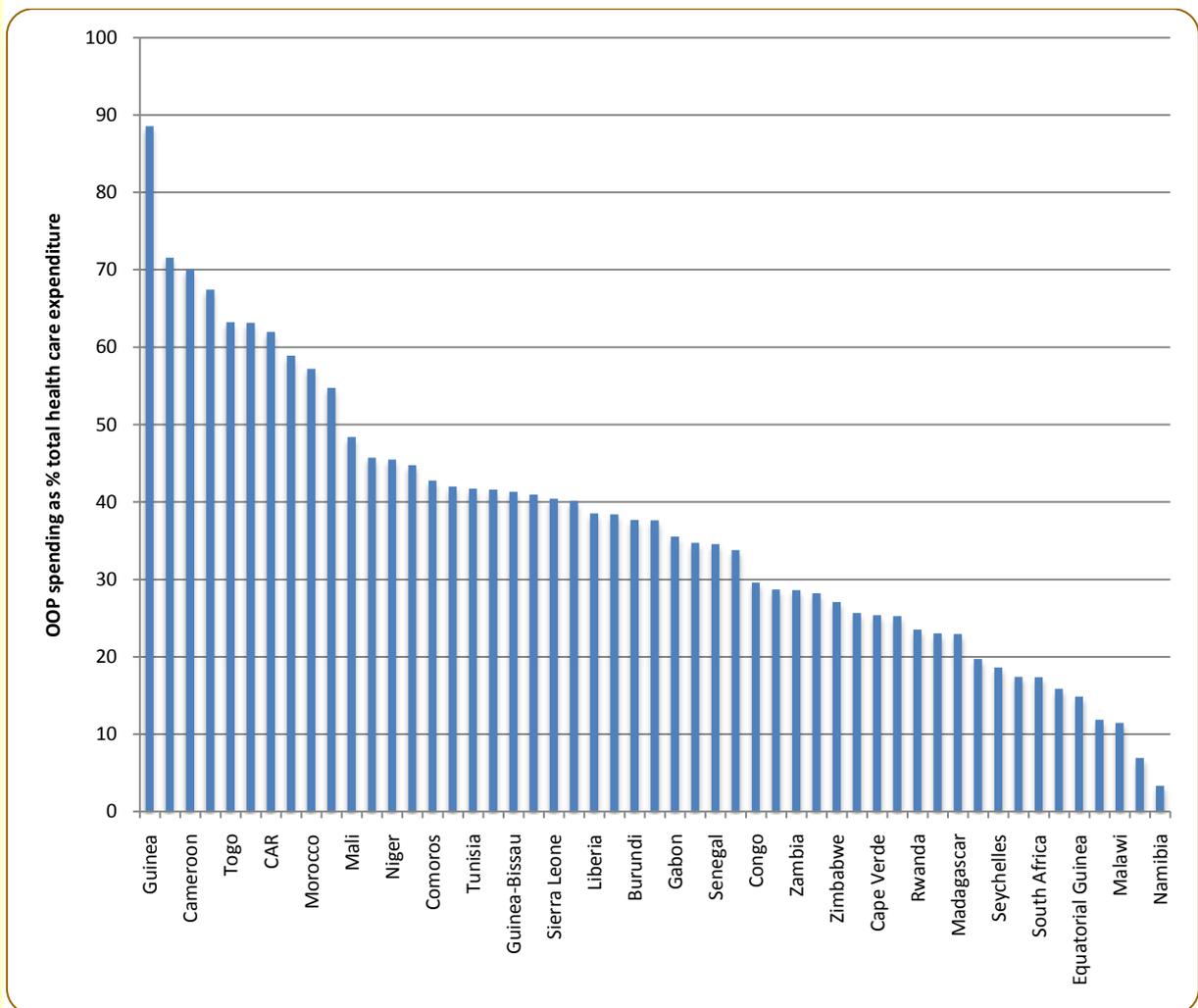


Source: WHO health statistics database

En dépit de ce lourd fardeau de la maladie, les pays africains ne disposent que de ressources financières, humaines et autres limitées pour fournir une offre de soins répondant à ces besoins de santé. Particulièrement, il est préoccupant d'observer que dans de nombreux pays africains, le financement des services de santé dépendant grandement des paiements directs.

La figure 2 montre que les paiements directs représentent près de 90% des dépenses de santé dans les cas extrêmes, et dépassent 30% dans la plupart des pays africains. Ainsi, le fardeau du financement des soins de santé est, en grande partie, directement supporté par les ménages qui ne disposent que d'une protection financière limitée contre les dépenses liées à l'utilisation des services de santé.

Figure 2 : Les paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé



Source: WHO National Health Accounts database

Ces dernières années, il y a eu des appels croissants à l'endroit des pays les invitant à progresser vers la couverture universelle dans leurs systèmes de santé. Bien qu'il existe un certain nombre de définitions de la couverture universelle, toutes les définitions ont deux éléments de base communs:

- offrir une protection financière à tous contre le coût des dépenses de santé ;
- permettre l'accès aux soins de santé nécessaires pour tous.

La couverture universelle a été résolument mise sur l'agenda de politique mondiale lorsque l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2005 a adopté une résolution invitant les Etats membres à poursuivre la couverture universelle. Un des principaux objectifs de cette résolution était de réduire la dépendance aux paiements directs et de promouvoir des mécanismes de prépaiement pour financer les soins santé (comme l'impôt et l'assurance maladie). Cette insistance se justifiait par l'évidence croissante des effets catastrophiques des paiements directs, particulièrement le grand nombre de ménages acculés à la pauvreté à cause du paiement direct des soins de santé. Par exemple, près de 400.000 personnes ont été appauvries au Ghana entre 2005 et 2006 en raison du paiement direct de leurs soins de santé. Ce constat a mis en exergue l'urgence d'assurer une protection financière à travers des mécanismes de prépaiement pour le financement des soins de santé. Alors qu'une attention considérable a été consacrée à la composante protection financière de la couverture universelle, il est également reconnu que l'on doit aller plus loin que la création de droits à des services financés par les mécanismes de prépaiement et faire en sorte que la population soit en mesure d'accéder à ces services en cas de besoin



Quels progrès ont-ils été accomplis dans la réalisation de la couverture universelle, et quels sont les défis à relever pour aller vers la couverture universelle en Afrique?

À ce jour, des progrès relativement limités ont été accomplis dans la réalisation de la couverture universelle dans les pays africains, avec quelques exceptions notables (comme le Rwanda et le Ghana). Toutefois, l'objectif d'aller vers la couverture universelle est désormais une priorité politique de santé dans la plupart des pays et des mesures importantes sont prises dans ce sens.

En effet, de nombreux pays ont cherché à réduire la dépendance liée aux paiements directs à travers la suppression des frais d'utilisation des services publics de santé, soit pour tous les services de santé (comme en Ouganda) ou pour des services concernant des groupes particulièrement vulnérables (comme les femmes enceintes et les enfants). Si l'élimination des frais d'utilisation des services peut promouvoir la protection financière, la mise en œuvre de cette politique a conduit à plusieurs conséquences négatives inattendues dans de nombreux pays (voir encadré 1). Les principaux enseignements de l'expérience de la suppression des frais d'utilisation des services dans les pays africains sont les suivantes :

- la politique doit être soigneusement planifiée et mise en œuvre, car les responsables de la santé et les prestataires de soins en première ligne ont besoin de temps pour se préparer à l'utilisation accrue des services de santé qui se produira inévitablement du fait de la levée des barrières financières, et
- cette politique doit être accompagnée d'un financement accru par le biais des mécanismes de prépaiement pour augmenter les niveaux de personnels, pour acheter de médicaments supplémentaires et d'autres fournitures nécessaires pour répondre aux besoins accrus des patients.

Encadré 1: Les conséquences négatives de la mauvaise mise en œuvre des politiques de suppression des frais d'utilisation des services

- La charge de travail du personnel augmente de façon spectaculaire et le personnel se trouve souvent surchargé. Cela peut contribuer à la démotivation du personnel et engendrer de longues heures d'attente pour les patients.
- Cette démotivation due à la charge supplémentaire de travail ouvre la voie à « des dessous de table » ou des frais non officiels, traduisant ainsi la continuité de la part des patients à supporter le fardeau des paiements directs.
- On assiste très souvent à des ruptures de stock des médicaments dans les structures sanitaires du secteur public. Ce qui implique pour les patients qu'ils ne recevront pas le traitement dont ils ont besoin, ou qu'ils continueront à supporter des frais supplémentaires, ce du fait d'acheter les médicaments ailleurs (Officines privées).

Deux pays ont fait de grands progrès dans l'amélioration de la protection financière : il s'agit du Ghana (voir encadré 2) et du Rwanda (voir encadré 3). Cette progression est liée à l'accent mis sur l'expansion du financement pour les mécanismes de prépaiement (par des programmes d'assurance maladie dans les deux pays, complété par un prélèvement dédié à la santé dans le cadre de la TVA au Ghana) plutôt qu'une simple suppression des frais d'utilisation des services.

Encadré 2: L'Assurance Nationale de Santé du Ghana

Dans un effort pour réduire le lourd fardeau des paiements directs (connus sous le nom "cash and carry" système au Ghana), la loi sur l'Assurance Nationale de Santé (National Health Insurance Scheme – NHIS) du Ghana a été adoptée par le Parlement en 2003. Cette loi exige que chacun (aussi bien dans le secteur formel qu'informel) s'inscrive dans les programmes d'assurance maladie du district parrainées par le gouvernement, dénommées mutuelles de santé (Mutual Health Organizations – MHO). 90 à 95% du financement de l'Assurance Nationale de Santé provient d'un fonds central unique commun connu sous le nom de Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). 70 à 75% de ce fonds provient d'une taxe pour la NHIS, qui fait partie de la TVA. Bien que la TVA ne soit pas aussi progressive que l'impôt sur le revenu en général, elle demeure très progressive au Ghana en raison des exemptions complètes sur les biens consommés principalement par les pauvres. Les autres 20 à 25% des fonds de la CNAM proviennent des contributions de la caisse de sécurité sociale d'assurance nationale (Social Security and National Insurance Trust – SSNIT). Ces cotisations sont versées par les travailleurs du secteur public et les employés du secteur privé formel, et sont similaires aux caisses classiques d'assurance sociale maladie avec des cotisations des employeurs et employés proportionnelles aux revenus.

Les contributeurs n'appartenant pas à la SSNIT, principalement ceux du secteur informel, mais également les travailleurs des organisations comme les universités et qui possèdent leur propre système de sécurité sociale en dehors du SSNIT, versent directement leurs primes à leur mutuelle de santé de District. Ces catégories de financement sont décentralisées par rapport à la CNAM, et ces primes directes représentent environ 5% du financement de la NHIS.

Pour assurer l'équité, les plus pauvres (dénommé indigents) sont exemptés du paiement des primes. Les difficultés pour la définition et l'identification des pauvres ont rendu cette disposition difficile à mettre en œuvre, et ceci explique en partie le perpétuel problème du faible niveau d'inscription à l'Assurance Nationale de Santé parmi les groupes à faibles revenus. Les mineurs de moins de 18 ans sont également exonérés du paiement des primes ainsi que les personnes âgées de plus de 70 ans. Ces dernières années, toutes les femmes enceintes sont également admissibles à l'inscription gratuite. Ces clauses généreuses d'exemption signifient que plus de la moitié des personnes inscrites à l'Assurance Nationale de Santé appartiennent à des catégories exemptées du paiement des primes.

Même si l'inscription à l'Assurance Nationale de Santé est rendue obligatoire par la loi, il n'a pas été possible de faire respecter cette disposition en raison de l'ampleur du secteur informel au Ghana et de l'absence de documentation sur les pauvres. Les données de routine estiment que l'Assurance Nationale de Santé couvre plus de 50% de la population. Le rapport de l'Enquête de Démographie et Santé (EDS) de 2008, qui est une enquête par sondage représentatif au niveau national, a révélé que 39% des femmes et 30% des hommes de 15 à 49 ans étaient membres de la NHI avec de grandes variations d'un minimum de 20% pour les hommes dans la région du Grand Accra et un maximum de 59% pour les femmes dans la région de Brong Ahafo.

Le paquet de prestation de l'Assurance Nationale de Santé est défini par la loi, et couvre au moins 80% des affections les plus courantes au Ghana. Les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, et les médicaments sont tous couverts, de même que certains services dentaires. Les services non couverts sont essentiellement les services très coûteux comme la dialyse pour les malades souffrant d'insuffisance rénale chronique, certains traitements anticancéreux et la chirurgie esthétique. Les services couverts peuvent être obtenus chez tout prestataire de soins de santé agréé par l'Autorité Nationale d'Assurance Maladie (National Health Insurance Authority – NHIA). Le NHIA surveille également la performance des prestataires et s'assure que les services de soins de santé fournis aux bénéficiaires de l'Assurance Nationale de Santé sont de bonne qualité.

L'augmentation des effectifs de l'Assurance Nationale de Santé au fil du temps a été suivie d'une augmentation des niveaux d'utilisation des services.

Encadré 3 : Les mutuelles de santé Rwanda

Au début des années 2000, environ un quart de toutes les dépenses de soins de santé au Rwanda a pris la forme de paiements directs. Dans un effort pour assurer la protection financière et améliorer l'accès aux services de santé, la croissance des régimes d'assurance mutuelle de santé (appelées "Mutuelle de Santé") pour couvrir les personnes du secteur informel a été encouragée. Plus d'une centaine de ces régimes ont été créés, avec l'appui du gouvernement, entre 2000 et 2003 et à couvert 27% de la population à la fin 2004. Les assurances mutuelles de santé ont été élargies en 2005 grâce un financement externe, qui a été utilisé comme des primes des subventions pour les groupes vulnérables, et cela a permis d'augmenter rapidement la couverture à 74% de la population en 2007. Un comité de village élu décide qui est pauvre et devrait recevoir des subventions d'adhésion. En 2008, une loi a été introduite rendant obligatoire l'adhésion aux mutuelles de santé pour tous les citoyens et l'introduction de subventions croisées entre les régimes d'assurance mutuelle de santé. Les frais d'adhésion s'élèvent à environ 2 \$ par personne et par an pour ceux qui n'ont pas de primes subventionnées.

Ces régimes couvrent les services de base (par exemple la planification familiale, les soins prénataux, les consultations externes, les accouchements, les médicaments génériques et les soins hospitaliers pour le paludisme). Les membres des mutuelles de santé sont tenus de faire des co-paiements quand ils utilisent les services de santé, avec un forfait en charge pour les visites du centre de santé (de 0,4 \$ US en 2006) et 10% du coût des services dans les hôpitaux.

Des études récentes ont établi que les régimes d'assurance mutuelle de santé fournissent une protection financière et un meilleur accès aux soins nécessaires. Par exemple, les ménages ayant une couverture par les mutuelles de santé utilisent deux fois plus les services de santé que ceux qui n'ont pas une telle couverture lorsqu'ils sont malades. En outre, les dépenses catastrophiques de santé sont presque quatre fois plus élevées dans les ménages sans couverture maladie que chez ceux qui sont membres d'une mutuelle de santé.

L'expérience du Rwanda est largement considérée comme très impressionnante et comme une contribution importante aux piliers de la couverture universelle. Bien qu'il existe des avantages évidents pour une couverture des mutuelles de santé, des études indiquent qu'il existe encore des niveaux élevés de besoins non satisfait entre les assurés et que les co-paiements peuvent encore imposer des charges de dépenses catastrophiques pour les ménages assurés. Une des principales leçons de l'expérience rwandaise est que les mutuelles de santé constituent un complément (et non un remplacement) pour le gouvernement et pour le financement des donateurs. En 2006, les primes des mutuelles de santé ont généré environ 5% des dépenses totales de santé au Rwanda.

Bien que certains progrès aient été accomplis dans certains pays, et qu'il y ait un engagement croissant à poursuivre la couverture universelle à travers l'Afrique, de nombreux défis restent à relever pour atteindre cet objectif. L'un des défis majeurs pour les systèmes de santé africains est de s'assurer que ceux qui sont en dehors du secteur formel bénéficient d'une protection financière contre les coûts des soins de santé et puissent accéder favoriser aux services de santé quand ils en auront besoin. Ceci inclut les groupes qui génèrent un revenu provenant des activités du secteur informel, les personnes impliquées dans l'agriculture de subsistance, ainsi que les personnes au chômage ou inactives. Ces groupes sont généralement tributaires de ressources des services sou-financés du secteur public, pour lesquels ils doivent souvent payer des frais, ou des services du secteur privé pour lesquels ils payent de leur poche. Le fardeau du financement des soins de santé ne peut pas être entièrement supporté par ceux qui appartiennent au secteur formel, étant donné que le secteur formel est relativement faible dans les pays africains. Le défi est donc, comment obtenir des contributions par prépaiement de ceux qui sont en dehors du secteur formel et qui sont en mesure de payer, et comment financer les services pour ceux qui ne sont pas en mesure de contribuer financièrement.

Un autre défi qui est étroitement lié est de savoir comment réduire le niveau des paiements directs pour les soins de santé. Même s'il est souhaitable à la longue de réduire les frais d'utilisation dans les structures sanitaires du secteur public, cela requiert un financement accru des mécanismes de prépaiement et une meilleure qualité des soins dans les établissements qui sont financés par ces mécanismes de prépaiement. Si, par exemple, un établissement ne dispose pas systématiquement les médicaments nécessaires pour traiter les maladies courantes, les patients auront encore une fois à supporter des paiements directs en achetant ailleurs les médicaments dont ils ont besoin (officines privées).

Enfin, bien que le financement à travers les prépaiements (régime fondé sur les taxes ou sur les fonds d'assurance) soit limité, il est possible de les utiliser plus efficacement et de façon plus équitable pour fournir plus de services de santé à un plus grand nombre de personnes. Même si des fonds supplémentaires deviennent disponibles, c'est seulement avec une meilleure gestion des ressources que les systèmes de santé africains seront capables d'assurer à tous, non seulement une protection financière, mais également un accès à des services de qualité pour répondre à leurs besoins de santé.



Quels mécanismes de prépaiement peuvent-ils être pris en compte pour soutenir les progrès vers la couverture universelle dans le contexte africain?

Les principales formes de prépaiement sont des régimes basées sur des recettes fiscales et sur des régimes d'assurance. Tous les pays africains possèdent des fonds issus du prélèvement des taxes pour financer les services de santé, mais il y a une grande variation dans l'ampleur de ces types de financement. Les fonds provenant des impôts sont nécessaires non seulement parce qu'ils sont une démonstration visible de l'engagement du gouvernement à fournir une protection financière contre les coûts des soins de santé à sa population, mais également parce que tous les résidents du pays contribuent à ce fonds à travers l'impôt. Bien que l'accent soit souvent mis uniquement sur ceux qui paient les impôts individuels, il est important de reconnaître que tout le monde paie certains impôts comme la TVA et les taxes sur les carburants.

Malheureusement, il n'existe pas de données complètes sur le financement des services de santé en Afrique à travers les impôts. Par exemple, les données des comptes nationaux de la santé de l'OMS combinent le financement par l'impôt et les financements des bailleurs de fonds qui passent par les canaux gouvernementaux à travers ce qu'on appelle «les dépenses publiques générales de santé». Alors que les données des comptes nationaux de la santé de l'OMS rendent compte des fonds des donateurs comme en pourcentage des dépenses totales de santé, seule une partie de ce financement revient au gouvernement alors que tout le reste est donné à des prestataires privés. Toutefois, une combinaison de ces deux types de données (comme indiqué dans le tableau 1) fournit une indication de l'étendue de financement par l'impôt.

Tableau 1: Indicateurs de financement par l'impôt et par les donateurs dans les pays africains (2007)

Country	Tax plus donor funding as % GDP	Donor as % of total health care expenditure	Country	Tax plus donor funding as % GDP	Donor as % of total health care expenditure
Low-income economies			Lower middle-income economies		
Malawi	5,9	60	Djibouti	5,0	13
Rwanda	4,7	52	Swaziland	3,8	8
Burundi	4,4	40	Lesotho	3,6	11
Zimbabwe	4,1	18	Namibia	3,1	11
Zambia	3,6	33	Algeria	2,5	0
Mozambique	3,5	58	Cape Verde	2,4	16
Burkina Faso	3,4	28	Angola	2,0	4
Tanzania	3,4	50	Egypt	1,7	1
Senegal	3,1	9	Tunisia	1,7	1
Mali	2,9	20	Congo	1,7	5
Liberia	2,8	58	Cameroon	1,3	5
Niger	2,8	75	Morocco	1,2	1
Madagascar	2,7	18	Sudan	1,2	10
Chad	2,7	11	Upper middle-income economies		
Gambia	2,6	24	Botswana	4,3	4
Benin	2,5	21	Seychelles	3,5	2
Ethiopia	2,2	44	South Africa	3,5	1
Ghana	2,2	10	Gabon	2,9	2
Comoros	1,9	21	Mauritius	2,0	2
Kenya	1,8	24	Libya	1,9	0
Nigeria	1,7	2	High-income economies		
Uganda	1,6	32	Equatorial Guinea	1,7	5
Mauritania	1,6	13			
Guinea-Bissau	1,5	35			
Eritrea	1,5	46			
Central African Republic	1,4	26			
Sierra Leone	1,4	31			
Togo	1,3	10			
DRC	1,2	48			
Côte d'Ivoire	1,0	5			
Guinea	0,6	11			

Source: WHO National Health Accounts database

Environ 45% ont des dépenses publiques (impôt et fonds des donateurs) qui s'élèvent à 2% du PIB ou moins, ce qui est assez faible par rapport aux normes internationales. Certains parmi ces pays (comme la RDC, l'Erythrée, la Guinée-Bissau, l'Ouganda et la Sierra Leone, qui sont tous des pays à faible revenu) ont des niveaux assez élevés de financement provenant des bailleurs de fonds, ce qui suggèrent que les niveaux de financement par les impôts dans ces pays sont particulièrement faibles. Certains pays à faible revenu dont les dépenses publiques sont signalées à l'extrémité supérieure de l'échelle ont également des niveaux très élevés de financement provenant des donateurs (en particulier le Niger, le Malawi, le Mozambique, le Libéria, le Rwanda, la Tanzanie, l'Ethiopie et le Burundi), suggérant à nouveau que des dépenses de santé basées sur les impôts limitées. Les seuls pays africains qui ont des niveaux relativement élevés de dépenses publiques de santé, mais un financement limité par les bailleurs de fonds, indiquant que le financement par l'impôt est assez élevé sont le Botswana, le Swaziland, les Seychelles, l'Afrique du Sud, le Lesotho et Djibouti (ce sont tous des pays à revenu intermédiaire).

Pendant de nombreuses années en Afrique, l'accent a été mis sur l'introduction et sur l'élargissement de l'assurance santé à base communautaire (parfois appelé mutuelles de santé). Ces régimes d'assurance santé à base communautaire ont été particulièrement importants pour tenter de fournir une protection financière à ceux qui n'appartiennent pas au secteur formel. Certaines assurances de santé à base communautaire se sont consacrées aux personnes impliquées dans les activités du secteur informel en milieu urbain (comme TIKA en Tanzanie, qui couvre les commerçants informels), mais la plupart de ces régimes ont été développés dans les zones rurales pour servir les agriculteurs de subsistance. Toutefois, le pourcentage de la population bénéficiant d'une protection financière par le biais de ces programmes reste très faible (moins de 5%) dans la plupart des pays. L'encadré 4 résume certains des défis en ce qui concerne l'assurance santé à base communautaire en Afrique.

Encadré 4: Défis l'Assurance Maladie à base Communautaire

- Les plus pauvres sont souvent exclus des régimes d'Assurance Maladie à base Communautaire (AMC). Les régimes d'AMC déclarent souvent que ceux qui ne peuvent pas payer les contributions seront exemptés. Cependant, , cela se produit rarement en réalité, d'une part à cause des difficultés à identifier les pauvres et d'autre part en raison de l'absence de subventions pour couvrir les frais d'adhésion des groupes exclus.
- Souvent, les régimes d'AMC ne couvrent que les services de soins primaires seulement, ce qui fait qu'ils ne peuvent donc pas fournir une protection financière contre les coûts des soins hospitaliers, où le potentiel de dépenses catastrophiques est grand. Toutefois, certains régimes d'AMC ont tendance à commencer leur fonctionnement en offrant une couverture pour les soins catastrophiques.
- Les régimes d'AMC ont tendance à exiger une contribution forfaitaire à tous les membres. Des études récentes ont souligné que la contribution au régime d'AMC sont régressives (c.-à-d que les contributions des AMC en pourcentage du revenu du ménage est plus élevé pour les plus pauvres que le groupe des riches).
- Les régimes d'AMC ont tendance à ne pas générer beaucoup de revenus nets – les contributions doivent être maintenues plus bas pour assurer une accessibilité aux personnes en dehors du secteur formel, mais les coûts de la collecte de ces cotisations sur une base annuelle sont assez élevés.
- Comme l'inscription dans les programmes d'AMC est généralement volontaire, les niveaux d'adhésion sont influencés par les avantages perçus du régime (par exemple si les services couverts par le régime sont considérés comme importants, si les structures sanitaires couvertes offrent des soins de bonne qualité et si elles sont physiquement accessibles, etc).

Malgré ces défis, l'AMC a joué un rôle clé dans les réformes tant au Rwanda qu'au Ghana, les deux pays qui ont pris les mesures les plus audacieuses vers la couverture universelle. Avant l'instauration de régimes d'AMC, ou mutuelles de santé, l'accent en matière d'assurance santé a été purement mis sur la couverture des salariés du secteur formel, une petite minorité de la population, soit par les régimes de type sécurité sociale ou par des régimes d'assurance privées commerciales. L'initiation des mutuelles de santé a mis en exergue la possibilité d'introduire des mécanismes de financement par prépaiement (autres que les fonds issus des impôts) pour la population rurale et d'autres personnes en dehors du secteur formel, et a focalisé l'attention sur les besoins de la majorité de la population.

Le Ghana en particulier, en exigeant que les travailleurs du secteur formel et ceux du secteur informel s'inscrivent auprès de la mutuelle de santé de district, s'est appuyé sur son expérience avec les mutuelles de santé avant l'introduction de l'Assurance Nationale de Santé l'INSA pour la mise en commun des fonds et des risques pour la population entière. Il y a aussi des preuves que le Mali et le Burkina Faso ont l'intention de tirer largement profit de leurs expériences des mutuelles de santé pour la construction de leurs projets de couverture universelle.

Si les régimes d'AMC ou mutuelles de santé sont appelés à jouer un rôle dans la progression vers la couverture universelle dans plusieurs pays africains, il est admis de manière consensuelle que les fonds provenant des impôts (et des donateurs) sont nécessaires pour subventionner les cotisations pour les groupes à faible revenu et pour payer intégralement les contributions des pauvres (comme cela se fait au Ghana et au Rwanda - voir les encadrés 2 et 3). A moins que ces ressources ne soient disponibles, il ne sera pas possible de couvrir tous les membres de la communauté pour un paquet raisonnablement complet de soins de santé de base grâce aux programmes d'AMC. Rendre les subventions disponibles ne suffit pas ; les bénéficiaires cibles de ces subventions doivent être identifiés. Bien que des ciblage démographiques et autres ciblage similaires (par exemple des exemptions pour les enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, etc) peuvent conduire à une part significative de pauvres recevant les soins nécessaires, les preuves montrent qu'un nombre considérable de personnes très pauvres tendent toujours à rester non couvertes par ces régimes. A présent, il est généralement admis que les méthodes traditionnelles de mesure (tentant d'estimer et de vérifier les revenus des ménages) sont inefficaces. Un certain nombre de systèmes et d'outils ont été développés, utilisant des indicateurs proxy de mesure du statut socio-économique d'un ménage (c'est-à-dire qu'au lieu de compter sur le revenu déclaré, des indicateurs vérifiables tels que les types de matériaux à partir desquels une maison est construite, la possession d'actifs, etc. peuvent être utilisés comme un proxy). Une autre approche consiste en un ciblage géographique des subventions, en évaluant les niveaux de pauvreté dans des zones de petite taille (telles que les zones recensées ou les villages), et en fournissant des subventions pour les communautés entières qui ont des niveaux de pauvreté très élevés.

En dehors des AMC, il y a aussi les assurances volontaires privées de santé qui répondent aux salariés du secteur formel. Elles sont extrêmement limitées dans la plupart des pays africains, principalement destinées à une petite élite.

Toutefois, ces types de régimes sont plus fréquents dans certains pays d'Afrique australe, en particulier en Afrique du Sud, en Namibie et au Zimbabwe où, selon les bases de données des comptes nationaux de la santé de l'OMS, les régimes d'assurance privés représentent respectivement 39%, 37% et 16% des dépenses totales de santé.

L'assurance maladie obligatoire, c'est à dire lorsqu'une loi oblige certains groupes ou l'ensemble de la population à appartenir à un régime d'assurance, est très limitée en Afrique à l'heure actuelle. Les pays qui ont les niveaux les plus élevés de dépenses de santé financées par l'assurance obligatoire (appelé financement de la sécurité sociale selon les données des comptes nationaux de l'OMS) sont situés en Afrique du Nord et en Afrique de l'Ouest: l'Algérie et le Ghana (où les comptes d'assurance obligatoire avoisinent 25% des dépenses totales de santé); Tunisie (22%) et Cap-Vert (21%). Cependant, l'on note un intérêt croissant pour l'assurance maladie obligatoire en Afrique. Certains pays (comme la Tanzanie et le Nigeria) ont commencé des régimes pareils en couvrant les fonctionnaires. Quoique l'intention soit d'étendre progressivement l'assurance obligatoire à d'autres secteurs de la population, une préoccupation au sujet des priorités dans la couverture des fonctionnaires est qu'un financement fiscal limité est utilisé pour assurer la protection financière d'une partie relativement privilégiée de la population. D'autres, comme le Ghana et le Rwanda, ont légiféré dès le départ que tous les citoyens devraient devenir membres de l'assurance obligatoire. Comme indiqué précédemment, le principal défi en mettant en œuvre la couverture universelle par l'assurance obligatoire est en réalité de mobiliser suffisamment de fonds provenant des impôts (et des donateurs) pour fournir une protection financière à ceux qui sont incapables de payer les cotisations d'assurance obligatoire.

La forme définitive du financement capable de fournir une protection financière contre le coût des soins de santé est le financement des donateurs. Comme indiqué dans le Tableau 1, il ya une forte dépendance au financement des donateurs dans de nombreux pays africains. Environ 20% des pays africains disposent d'un financement des bailleurs de fonds qui équivaut à 40% des dépenses totales de santé ou plus, tandis que plus de 40% des pays africains ont des niveaux de financement par les bailleurs de fonds de 20% des dépenses totales de santé ou plus. Bien que le financement par les bailleurs de fonds continuera à jouer un rôle important pour le financement des services de santé dans les pays africains, il y a une prise de conscience grandissante de la croissance des fonds domestiques de prépaiement pour les soins de santé, en raison des inquiétudes sur l'éventuelle absence de stabilité et de la durabilité à long terme du financement des donateurs.

Comment mobiliser des ressources supplémentaires pour soutenir la progression vers la couverture universelle dans le secteur de la santé?

Il existe une gamme d'options pour augmenter le financement local pour le prépaiement des services de santé. Une attention particulière a été mise ces dernières années sur l'extension des régimes d'assurance en Afrique, soit par le biais de régimes volontaires basés sur la communauté ou par les régimes d'assurance maladie obligatoire. Les deux pays africains qui ont fait des progrès vers la couverture universelle (le Ghana et le Rwanda) ont utilisé une combinaison de ces mécanismes d'assurance. L'assurance maladie obligatoire peut générer des ressources supplémentaires pour les soins de santé par le biais des retenues sur les salaires pour les travailleurs du secteur formel, et les contributions de ceux qui appartiennent au secteur informel et qui sont en mesure de payer ces cotisations, ainsi que des taxes affectées qui peuvent être acceptées par la population seulement si le fardeau fiscal supplémentaire est clairement identifié pour l'amélioration de l'accès aux soins de qualité pour tous.

En effet, si la couverture universelle doit être atteinte par l'assurance maladie obligatoire qui comprend à la fois le secteur formel et informel, des fonds supplémentaires seront nécessaires pour payer les subventions de ceux qui ont une capacité limitée ou ceux qui ne sont pas en mesure de payer les primes d'assurance. Par conséquent, les primes d'assurance santé sont complémentaires du financement par l'impôt, plutôt que de se substituer à ce dernier. Effectivement, la plus grande part des recettes du fonds pour l'Assurance Nationale de Santé au Ghana provient d'une taxe spéciale (le prélèvement pour la "NHI", qui représente un ajout de 2,5% sur la TVA).

Une question qui nécessite la poursuite des débats dans le contexte africain est de s'interroger sur le moyen le plus efficace pour mobiliser les revenus du secteur informel. Une opinion largement répandue stipule que beaucoup de personnes appartenant au secteur informel sont en mesure de contribuer aux dépenses de santé, et que la charge de financement ne devrait pas être largement orientée vers les salariés du secteur formel et les employeurs.

Toutefois, il est reconnu qu'il est préférable de faciliter le prépaiement, par opposition au financement des services de santé à travers les paiements directs. Une option est de faire une loi enjoignant ceux qui appartiennent au secteur informel à adhérer à un régime d'assurance maladie (généralement à travers l'équivalent d'un régime d'assurance à base communautaire). Cela s'est avéré être une importante manière de mobiliser des ressources pour les services de santé locaux en vue de couvrir les coûts des médicaments et autres fournitures médicales. Cependant, la mobilisation des revenus est relativement limitée (c'est-à-dire qu'elle compte pour une faible part des dépenses par rapport au montant requis pour les dépenses totales de santé), et le revenu net est encore plus faible lorsque les coûts de la collecte des primes d'assurance sont pris en compte.

Une autre option est d'explorer des mécanismes de taxation pour capter des revenus provenant de ceux qui travaillent dans le secteur informel, comme la TVA et les taxes sur le carburant (étant donné que des formes variées de transport sont une composante clé du secteur informel dans de nombreux pays). Alors que les revenus nets provenant de ces sources seront beaucoup plus importants que la contribution des régimes à base communautaire, le principal défi de cette option est que plusieurs parmi ces impôts indirects sont dégressifs (c.-à-dire les pauvres paient un pourcentage plus élevé du revenu du ménage en impôts que les ménages ayant des revenus plus élevés). Toutefois, l'ampleur de la dégressivité peut être limitée par une conception soigneuse, par laquelle les biens utilisés le plus souvent par les ménages les plus pauvres sont exemptés de ces taxes. Des recherches récentes indiquent que les mécanismes d'imposition ont été utilisés de préférence pour les régimes d'assurance à base communautaire pour fournir une couverture par prépaiement pour le secteur informel dans les pays asiatiques. Bien que le contexte diffère entre l'Asie et l'Afrique, l'expérience asiatique montre que les alternatives pour fournir une couverture de prépaiement pour les personnes du secteur informel, à travers des mécanismes contributifs (assurance maladie) ou un financement par l'impôt, doit être considérée comme critique par les pays africains.

Une attention a également été accordée à l'accroissement des allocations au secteur de la santé provenant des budgets publics. En particulier, les chefs d'Etat africains se sont engagés à consacrer 15% du budget public au secteur de la santé à travers la Déclaration d'Abuja de 2001. Cet engagement a été réaffirmé lors de la réunion des chefs d'Etat de l'Union africaine à Kampala en Juillet 2010.

Cet engagement a été réaffirmé lors de la réunion des chefs d'Etat de l'Union africaine à Kampala en Juillet 2010. Malgré ces engagements, des progrès limités ont été accomplis pour atteindre l'objectif d'Abuja dans la plupart des pays africains. L'appel à accorder une plus grande priorité au secteur de la santé dans l'utilisation des budgets publics, et la tenue de l'engagement des chefs d'État cible pour la réalisation de l'objectif d'Abuja constituent d'importants moyens pour accroître le financement des soins de santé au niveau national.

Il y a eu également certains développements dans l'introduction de taxes qui sont destinées au secteur de la santé. Par exemple, le Zimbabwe a introduit une taxe sida représentant 3% du revenu des particuliers et des entreprises, dont au moins la moitié des recettes destinés à l'achat des médicaments antirétroviraux. La prélèvement pour l'Assurance Nationale de Santé du Ghana, qui représente un supplément de 2,5% sur la TVA, est également une forme de taxe spéciale. Cependant, ces initiatives ont été relativement limitées dans les pays africains, notamment en termes d'introduction de nouvelles taxes (comme au Zimbabwe) ou d'augmentation de celles qui existent déjà (comme au Ghana). Par contre, l'on parle beaucoup plus de consacrer les taxes existantes (notamment les "impôts des péchés" comme celui sur le tabac et l'alcool) au secteur de la santé. Là où cette approche est utilisée, un problème fréquemment rencontré est que la taxe spéciale remplace simplement les allocations provenant des recettes fiscales générales, de sorte qu'il n'y ait plus de ressources additionnelles pour le secteur de la santé. Les prélèvements dédiés à la santé ne méritent d'être poursuivis que s'ils portent sur de *nouvelles taxes* ou sur un *accroissement* des taxes existantes.

Un dernier moyen d'accroître le financement national des soins de santé est ce qu'on appelle «les financements innovants». Comme son nom l'indique, cette stratégie se focalise sur les sources de financement qui n'ont pas déjà été envisagées et qui seraient en grande partie supportées par les plus riches dans la société, comme les prélèvements de solidarité sur les billets d'avion et transactions de change. Un pays qui s'est récemment lancé sur cette voie est le Gabon. L'encadré 5 décrit ces idées novatrices.

Encadré 5: Le Gabon montre le financement innovant en matière de santé

Le Gabon a une population estimée à 1,5 millions en 2011, et est fortement urbanisée (environ 86% population urbaine) avec un taux d'alphabétisation d'un peu plus de 63%. L'espérance de vie est de 52,5 ans, avec un taux de mortalité infantile de 49,9 décès pour 1 000 naissances vivantes. Il jouit d'un revenu par habitant quatre fois supérieur à celui de la plupart des nations d'Afrique sub-saharienne, mais en raison d'une grande inégalité entre les revenus, une grande proportion de la population demeure pauvre. Le Gabon est dépendant du pétrole découvert au large de ses côtes au début des années 1970. Le secteur pétrolier représente désormais plus de 50% du PIB, même si l'industrie décline au fur et à mesure que les champs pétrolifères s'éloignent de leurs productions de pointe. Les dépenses de santé représentaient 6% du budget national et 4,3% du PIB en 2006, selon les Statistiques Mondiales de la Santé en 2008.

Le pays a introduit un régime d'assurance maladie sociale ces dernières années visant à combiner des fonds provenant des impôts avec un régime contributif où des ressources supplémentaires sont mobilisées à partir des fonctionnaires, des travailleurs indépendants, des employeurs et l'Etat. En termes de mise en œuvre, le Gabon a décidé d'une approche progressive, en commençant d'abord par une couverture pour les plus vulnérables, avant d'ajouter le secteur public, puis le secteur privé et paraétatique, et enfin les travailleurs indépendants. Une autre caractéristique de l'approche du Gabon est le mécanisme de financement pour les pauvres et les groupes vulnérables. Ils sont financés au moyen d'un nouvel impôt appelé la "Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie (ROAM)". Ce fonds provient de 2 sources:

- les sociétés de téléphone mobile qui doivent verser 10% de leur revenu au fonds ;
- les opérations de change sont également prélevées à hauteur de 1,5% pour le fonds.

La collecte de ces impôts a débuté en 2008. Il est prévu que les employés du secteur formel contribueront à hauteur de 6,6% des salaires, dont 2,5% seront payés par l'employé et 4,1% par l'employeur, tandis que les retraités contribueront à hauteur de 1,5% de leur pension. Les travailleurs indépendants apporteront une contribution forfaitaire qui devrait être fixée en fonction de leur capacité à payer.

Les contributeurs auront droit à une couverture de 80% pour les frais médicaux (tiers payant) avec un co-paiement de 20% des coûts à l'exception des maladies de longue durée où la part payée par le patient chute à 10%.

Ce ne sont pas seulement des ressources financières supplémentaires qui sont nécessaires, mais aussi des ressources humaines (et d'autres ressources comme les médicaments). La rareté des ressources humaines (RH) est bien reconnue à l'intérieur des pays africains. Une série d'initiatives telles que l'introduction des travailleurs de niveau intermédiaire ont été mises en place pour relever ce défi. La mauvaise répartition des ressources humaines, en particulier entre les zones urbaines et rurales, est également un problème permanent. Des recherches récentes ont mis en évidence que même si les incitations financières à travailler dans les zones rurales sont d'une importance certaine, d'autres facteurs tels que la fourniture gratuite de logements et l'offre de possibilités de formation sont d'une importance beaucoup plus grande.

En outre, cette recherche a une fois de plus souligné l'importance de recruter des jeunes professionnels de santé issus des zones rurales dans la mesure où ils sont beaucoup plus enclins à retourner travailler dans les zones rurales que ceux qui sont recrutés dans les zones urbaines. Un certain nombre de pays, tels que l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, ont introduit une année de service communautaire obligatoire pour les professionnels de santé diplômés, avec un accent mis sur l'exécution de ce service dans les zones rurales. Au Zimbabwe, si vous choisissez de faire votre service communautaire dans une zone urbaine, vous êtes tenus de servir pendant deux années au lieu d'une dans une région rurale.

Comment les ressources existantes peuvent-elles être utilisées avec plus d'efficacité et d'équité?

Bien qu'il y ait une pénurie absolue de ressources dans les systèmes de santé africains, il est également possible d'améliorer l'efficacité et l'équité dans l'utilisation des ressources existantes pour mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Une intervention clé dans plusieurs pays africains ces dernières années a été l'introduction du Financement Basé sur la Performance. De plus en plus de pays se tournent vers le Financement Basé sur la Performance (FBP) pour améliorer les résultats dans leur secteur de la santé, dû en partie au fait qu'il est de plus en plus admis que les pays africains ne pourraient pas atteindre les OMD sur la base de leurs performances et progrès actuels, et que les stratégies de financement du secteur de la santé basé sur le paiement pour les intrants (nombre de personnel sur le registre de paie et en fonction de leur formation, les coûts d'équipement, les budgets de fonctionnement, etc.) n'ont pas produit les résultats escomptés dans le secteur.

Le PBF peut être mis en œuvre tant au niveau de la demande que de l'offre. Au niveau la demande, cela comprend les transferts conditionnels de liquidités et les systèmes de coupons, lorsque de l'argent ou des bons sont fournis aux bénéficiaires des services de santé prioritaires (par exemple les services de santé maternelle et infantile) pour acheter les soins offerts par les prestataires. Au niveau de l'offre, cette approche met l'accent non pas sur le paiement des intrants, mais plutôt sur les résultats obtenus (nombre d'enfants vaccinés, le nombre d'accouchements assistés, le nombre de femmes sous planification familiale, etc.). Elle est fondée sur la philosophie que le paiement d'incitations au personnel apportera des changements de comportement et autres changements de pratiques qui conduiront à une meilleure productivité et à des soins de santé de qualité. Des incitations financières peuvent être introduites à différents niveaux du système de santé bien que plus souvent, elles orientées vers les services de santé prioritaires.

L'expérience montre que la mise en œuvre du PBF implique généralement différents acteurs (ministères de la santé, établissements de santé, ONGs, personnel de santé, etc.). Elle exige l'établissement d'un ensemble de règles conventionnelles ou des contrats entre les différentes parties.

La prime d'incitation qui doit être payée aux prestataires est calculée sur la base d'indicateurs de quantité des services effectués, qui peuvent aussi être pondérés par des indicateurs de qualité. Le total des paiements obtenus à partir de ce processus a tendance à être partagé entre le personnel en fonction de leur contribution à la production des services, mais dans certains cas, une partie des fonds sera investie dans les coûts de fonctionnement ou de capital des infrastructures pour améliorer encore plus la qualité.

L'idée est que grâce à ce complément de rémunération du personnel de santé et les mécanismes de contrôle plus rigoureux que cela implique, les résultats finaux incluront entre autres des améliorations dans l'organisation des services, dans la production et dans l'utilisation des données pour la prise de décision, et aussi dans l'utilisation des services de santé ainsi qu'une plus grande efficacité et équité dans l'utilisation des ressources.

Comme d'autres réformes, le PBF n'est pas sans défis, voire sans critiques. L'encadré 6 met la lumière sur certaines questions soulevées dans le débat en cours sur le PBF.

Box 6: PBF challenges and debates

Parmi les défis de l'approche FBP, les principales questions relatives liées à l'offre dans la réforme FBP sont que:

- Cette approche peut nécessiter au préalable des changements institutionnels et organisationnels, notamment au niveau de la décentralisation et une autonomie des établissements de santé, pour rendre ces réformes efficaces. Les changements requis peuvent inclure la séparation entre l'acheteur et les prestataires de soins, en mettant en place des systèmes efficaces de fonctionnement et de vérification, et en créant un environnement juridique et réglementaire favorable. Les défis à ce niveau peuvent également inclure l'avis des syndicats professionnels existants ou la négociation de conventions collectives qui peuvent être incompatibles avec la nouvelle approche incitative.
- Un financement adéquat et durable est nécessaire pour sauvegarder le nouveau système. Bien que certaines de ces ressources peuvent provenir de la réorientation du financement des budgets existants basé sur les intrants, l'expérience semble montrer que d'importantes quantités de financement supplémentaire sont souvent requis, tant au niveau de la phase pilote que du passage à l'échelle, prenant en compte les systèmes de suivi évaluations et de formation du personnel dans le nouveau système, les méthodes de collecte de données, les indicateurs qui sont suivis, etc.

- Il est également soutenu que bien que le système FBP peut conduire à court terme aux changements et améliorations souhaités, les preuves indiquent également le fait que les personnes finissent par s'adapter à ces nouveaux systèmes d'incitation puis, commencent à considérer ces incitations comme faisant partie de leur rémunération régulière ou un "prix de vente" pour leur travail, à tel point que ces mécanismes finissent par perdre leur effet incitatif. Cette thèse met en évidence l'un des principaux défis de l'intégration des réformes FBP dans les systèmes de santé conventionnels. Les mécanismes actuels de FBP en Afrique n'ont cependant pas été mis en place suffisamment longtemps pour tester cette hypothèse.
- Enfin, il y a aussi un certain débat quant à savoir si les preuves issues de pays où ces réformes ont été mises en œuvre sont suffisamment solides et sans ambiguïté pour justifier une adoption généralisée partout ailleurs sans un certain degré de prudence. Alors que le Rwanda, et dans une certaine mesure le Burundi, ont souvent été cités comme des exemples de réussite à cet effet, il apparaît que certains contre-exemples provenant d'autres pays, l'Ouganda et le Cameroun par exemple, existent également.

Le débat semble mettre en évidence, au moins, la nécessité d'une attention particulière à la conception, la viabilité financière, l'environnement politique, social et institutionnel, toutes les mesures d'accompagnement nécessaires, aussi bien qu'à un système de santé plutôt qu'une approche verticale, dans la poursuite des approches FBP.

Les professionnels de santé sont la ressource la plus importante dans le secteur de la santé et si l'efficience doit être atteinte, une attention particulière doit être accordée à l'éventail des compétences au sein des services de santé. Une initiative, qui est mise en œuvre dans de nombreux pays, est celle de la délégation des tâches, par laquelle plusieurs travailleurs de santé de niveau intermédiaire sont en cours de formation, et les tâches qui étaient auparavant exécutées par des professionnels de santé plus hautement expérimentés sont transférées à ces travailleurs de niveau intermédiaire. Cela favorise une plus grande efficience, en ce sens que chaque service est fourni par des agents de santé moins expérimentés (et par conséquent moins coûteux) mais qualifiés pour fournir ce service.

De nombreux pays ont introduit des listes de médicaments essentiels, qui mettent l'accent sur l'utilisation d'un nombre limité de médicaments génériques peu coûteux qui permet de traiter la majorité des maladies dans ce pays. En matière d'approvisionnement, il y a un besoin de politiques à ce niveau car les prix pratiqués dans les pays africains pour les médicaments produits à l'étranger sont plus élevées que ceux pratiqués dans d'autres pays. Cela est la résultante de la limite de la production locale de médicaments ou la plupart des ils sont importés. Certaines politiques nationales ne favorisent pas l'émergence de la fabrication locale de médicaments. Par exemple, au Zimbabwe, tandis que les médicaments qui sont importés ne sont pas soumis à des droits d'importation, les fabricants de médicaments locaux doivent payer les droits sur les matières premières importées.

Il n'est pas seulement important d'utiliser plus efficacement les ressources existantes, il est également essentiel de promouvoir l'équité dans l'utilisation des ressources pour les soins de santé. Un certain nombre d'études récentes a de nouveau souligné que les groupes les plus riches parviennent à bénéficier une plus grande part des avantages découlant de l'utilisation des services de santé que les groupes les plus pauvres, malgré le fardeau de la maladie qui pèse sur ceux qui ont le statut socio-économique plus faible. Ceux qui vivent dans les zones rurales reçoivent également une plus petite part relative des prestations de services de santé que leurs homologues urbains.

Une stratégie pour s'attaquer à ces inégalités est d'allouer des ressources des soins de santé (infrastructures, ressources financières et humaines) au niveau de l'ensemble des zones géographiques telles que les régions ou les provinces et les districts en relations avec les besoins relatifs aux services de santé de chaque région. Un nombre élevé de pays africains utilise la formule fondée sur les besoins pour allouer les ressources budgétaires publics et les ressources des bailleurs de fonds mises en commun. Ces formules comprennent généralement des indicateurs nécessaires pour les services de santé dans une zone géographique comme la taille de la population, la composition démographique (étant donné que les jeunes enfants, les personnes âgées et les femmes en âge de procréer ont généralement un plus grand besoin de soins de santé) et, si possible, des indicateurs du fardeau de la maladie. Des études récentes ont recommandé que le niveau de pauvreté dans chaque domaine est également pris en compte, étant donné qu'il existe un lien étroit entre pauvreté et mauvaise santé et que les ménages pauvres sont plus dépendants des services de santé publics.

Cependant, l'équité dans l'utilisation des services de santé ne peut être abordée que si des mesures explicites sont prises pour traiter l'ensemble des obstacles à l'accès que font face aux patients individuels. Un certain nombre d'études a récemment mis en évidence les contraintes d'accès les plus graves sont notamment les suivantes:

- La distance entre les collectivités et les établissements de santé et les coûts parfois élevés du transport pour accéder aux structures sanitaires. Ils sont particulièrement préoccupés par les problèmes d'accès géographique des services d'aiguillage et d'une urgence médicale.
- L'insuffisance de la dotation en personnel, en particulier à des établissements de soins primaires, oblige les patients à se faire soigner dans les hôpitaux à un coût supérieur à la fois pour l'Etat et pour le patient.
- Les fournitures de médicaments inadéquats, avec des rapports fréquents de ruptures de stock, en particulier pour les établissements de soins primaires. Cela signifie que les patients doivent alors acheter les médicaments dans les pharmacies privées ou chez un vendeur de médicaments, ce qui les amène à être réticents à solliciter ce service sanitaire une prochaine fois.

Ces contraintes d'accès soulignent l'importance de veiller à ce qu'il y ait une allocation adéquate des ressources au niveau des soins primaires et qu'une attention suffisante soit accordée à l'amélioration de la qualité des services de soins primaires. Ces services sont plus proches des communautés et une grande partie de la charge de morbidité dans les pays africains, en particulier les maladies transmissibles, peuvent être traitées au niveau des soins primaires.

Quels rôles devraient être joués par les différents acteurs?

Les réalisations au cours de la dernière décennie au Ghana et au Rwanda montrent que des progrès vers la couverture universelle peuvent aller assez rapidement en Afrique si elles sont soutenues par un leadership politique fort. Assurer l'accès aux soins de santé de qualité et de protection contre les risques financiers pour tous les citoyens est principalement la responsabilité de l'Etat. Traduire la vision de la couverture universelle dans la réalité exige un leadership politique et un rôle accru de l'Etat dans le financement des soins de santé. Les États africains doivent assumer une plus grande responsabilité financière des soins de santé de leurs citoyens et renforcer les mesures politiques pour atteindre l'objectif d'Abuja (15% des dépenses publiques accordés secteur de la santé). Les fonds accrus provenant des taxes sont essentiels pour assurer une couverture universelle en Afrique, qu'ils soient utilisés pour acheter directement des soins de santé (dans le cas des systèmes financés par l'impôt) ou être utilisés pour subventionner les cotisations d'assurance pour les personnes secteur informel à parvenir à un pool d'assurance intégrée des risques pour l'ensemble de la population. Les Etats africains doivent aussi renforcer leur rôle de régulation et les capacités pour assurer non seulement la fourniture de services de santé de qualité par les pouvoirs publics et les prestataires privés de soins de santé, mais aussi assurer la solvabilité des organismes d'assurance maladie et la protection des citoyens. Les États devraient également jouer un rôle dans la promotion de la responsabilité sociale en ce qui concerne la santé au niveau du secteur privé et veiller à ce que les prestataires privés et des groupes d'assurance agissent dans l'intérêt public.

En plus des acteurs étatiques, les élus politiques, ceux qui sont nommés, les fonctionnaires du ministère de la santé et des finances, il y a une série d'autres acteurs qui sont intéressés et impliqués dans les réformes de la couverture universelle des soins. Par exemple, en fonction du degré de dépendance des bailleurs de fonds, des organisations internationales à la fois multilatérales et bilatérales et de leur influence, ils peuvent devenir des acteurs majeurs. Les analystes techniques et les chercheurs dans les institutions universitaires, les prestataires privés (en particulier les grands groupes commerciaux tels que les hôpitaux privés et les fabricants de produits pharmaceutiques), les régimes d'assurance de santé existants, les prestataires de soins de santé, les employeurs du secteur formel et les syndicats peuvent aussi potentiellement être des acteurs importants.

Les individus, les ménages et les communautés sont les principaux bénéficiaires de la réforme de la couverture universelle. Les ménages les plus pauvres espèrent le plus souvent tirer profit du succès de la réforme de la couverture universelle. Malheureusement, ces groupes n'ont pas toujours voix au chapitre dans la réforme de la couverture universelle. La société civile ainsi que d'autres instances doivent assurer une participation adéquate pour les pauvres. Elles doivent jouer un rôle dans la prise en charge de ces acteurs visibles afin que leur besoins soient mieux pris en charge.

Toutes les réformes ont un coût social et économique et des avantages. Ces coûts et ces avantages ne sont pas harmonieusement répartis dans la société et n'affectent pas nécessairement les mêmes groupes dans la même mesure. Une analyse des parties prenantes potentiellement concernées par la réforme, les coûts et les avantages qu'ils auront, leur position en ce qui concerne la réforme proposée (à savoir leur soutien ou leur opposition) ainsi que leur pouvoir dans le processus de réforme est donc une partie essentielle de la gestion des réformes de la couverture universelle. Par exemple, une importante source de controverse dans la réforme de l'assurance nationale du Ghana a été la proposition que les employés du secteur formel qui étaient déjà membres de l'assurance sécurité sociale (SSNIT) devraient contribuer à hauteur de 2,5% de leur contribution SSNIT au fonds de INSA. Tous les membres des syndicats des travailleurs du pays de contribuent à ce fonds. Les propositions initiales ne précisent pas quels sont les avantages qui reviendraient aux contributeurs de SSNIT et ils pensaient que ce prélèvement menacerait la viabilité de leur pension. Par conséquent, les syndicats se sont mobilisés pour résister à ces propositions. Ils ont pu d'obtenir une concession de la part des décideurs en vertu de laquelle leurs contributions à SSNIT n'a pas subi d'augmentation et ils ont reçu la garantie que la contribution de 2,5% à l'INSA ne touchera pas à leur fonds de pension. En effet, les responsables politiques ont convenu que les contributions à l'INSA de SSNIT seraient un «prêt» qui devra être remboursé par des fonds issus des impôts lorsque les membres de SSNIT partent à la retraite et qui s'attendent à des paiements de pension complète.

Une analyse plus attentive des parties prenantes et le développement de stratégies de gestion efficaces de gestion pour éclairer les acteurs de la conception des propositions, des réformes et la gestion du processus politique ont peut-être permis d'éviter d'autres conflits.

Toutes les réformes majeures, telles que la couverture universelle, est aussi bien d'ordre politique que technique. Il est essentiel d'avoir des politiciens et des acteurs techniques engagés et bien informés pour une réforme réussie

Comment utilise les outils de suivi et d'évaluation pour développer et renforcer la réforme de la couverture universelle des soins?

La capacité des pays africains à améliorer l'information et les infrastructures de communication afin de faire face aux défis associés à la réforme des systèmes de financement de la santé, y compris les régimes d'assurance maladie, est susceptible d'être le facteur déterminant du rythme des progrès qui seront réalisés pour aller vers la couverture universelle dans la région. Les mécanismes de suivi et d'évaluation améliorés sont nécessaires pour soutenir la réforme des systèmes de financement de la santé et des prestations des soins et en rapport avec les objectifs de couverture universelle, dans des conditions politiques, sociales et économiques au niveau des différents pays. Les systèmes de suivi et d'évaluation sont essentiels pour éclairer les décisions politiques et pour évaluer les progrès vers une couverture universelle fondée sur les buts, les cibles et les objectifs fixés dans leurs cadres stratégiques du pays. Cela nécessite l'instauration d'un ensemble de bases explicites, des indicateurs de suivi et d'évaluation des progrès à réaliser vers la couverture universelle.

Le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation pourrait être facilité dans la région Africaine par un environnement favorable lié à de nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ces technologies ouvrent de nouvelles opportunités pour renforcer les systèmes d'état civil, l'information sanitaire et les systèmes de gestion, les systèmes d'aiguillage, les systèmes d'identification, les systèmes de paiement des prestataires, des systèmes de gestion financière et administrative, et de l'information fondée sur la prise de décision dans les organisations prestataires de soins de santé, les organismes d'assurance maladie, les administrations de la santé publique et les organismes de régulation de d'assurance maladie. Les pays africains pourraient tirer profit des occasions fournies par l'amélioration de l'information et des infrastructures de communication dans les différents pays, en combinant avec les enquêtes auprès des ménages, les enquêtes auprès des établissements, le suivi des dépenses publiques, les études actuarielles et les comptes nationaux de santé pour renforcer les capacités de gestion, les mécanismes de transparence et de responsabilisation, du système suivi et d'évaluation dans le secteur de la santé.