

Cambodge

Dispenser les Populations Pauvres du Paiement des Frais Hospitaliers

Problématique

Les fonds HEF (*Health Equity Fund*) de financement de la santé au Cambodge s'efforcent de remédier au problème bien connu des contraintes qui s'opposent aux actions visant à dispenser les populations pauvres du paiement des frais hospitaliers : la perte de revenus que la dispense de ces frais a entraîné de manière générale chez les prestataires de services et la réticence par la suite desdits prestataires à offrir ces services.

Il s'agit d'un problème qui remonte à la fin des années 80, période durant laquelle les ministères de la santé des pays en développement ont progressivement, sur avis d'organisations internationales de premier plan, introduit le paiement de frais hospitaliers dans leurs différents établissements de santé comme moyen leur permettant de faire face à de graves difficultés financières. Sur le plan théorique, les projets des ministères prévoyaient généralement que les pauvres soient dispensés des frais hospitaliers, et cette disposition s'est parfois révélée efficace. Mais souvent, tel n'était pas le cas. La mise en œuvre ne se traduisait souvent que par des circulaires adressées aux établissements de santé, mais dont les principaux prestataires ne tenaient pas compte ou faisaient une interprétation très restrictive, notamment lorsqu'une partie importante des frais hospitaliers nécessaires pour le revenu des agents de santé était retenue à la base et reversée aux établissements de santé. Très peu de dispenses étaient accordées dans de tels cas, si bien que les populations pauvres supportaient le poids des frais hospitaliers au même titre que tout le monde.

La solution à ce problème, à savoir le remboursement aux prestataires de services du manque à gagner causé par les

soins à la clientèle défavorisée, a également connu de toute évidence des difficultés dont la première était liée au coût. Comme indiqué ci-dessus, les États avaient été intéressés par les frais hospitaliers en grande partie du fait de ce que cela représentait en termes de production de recettes et tant que ces frais étaient payés à l'échelon des établissements de santé, les ressources des services centraux des ministères de la santé restaient les mêmes. Or, le remboursement des frais hospitaliers aux établissements de santé qui avaient accordé des dispenses constituait un supplément de dépenses auxquelles très peu de ministères pouvaient faire face. Un autre aspect important était le défi d'ordre logistique qu'il fallait relever car, même si les ministères avaient souhaité prendre en charge ces frais, la plupart auraient fait face à d'énormes difficultés dans la conception des systèmes permettant de vérifier l'exactitude et la probité de ces demandes de remboursement, ainsi que le virement des fonds à ces établissements de santé.

Le Cambodge fut l'un des nombreux pays confrontés à ce problème. Son système de santé avait pratiquement été détruit pendant le régime des Khmers Rouges dans les années 70 et par la guerre civile qui s'en était suivie. La reconstruction s'était révélée difficile du fait de l'incapacité du ministère à apporter une aide financière appropriée et suffisamment régulière à ses établissements périphériques. C'est dans cette optique que le paiement des frais avait été imposé aux usagers dès 1997. Par ailleurs, le fait que la quasi-totalité de ces recettes soient reversées aux établissements de santé concernés a permis d'augmenter les salaires et d'étendre la couverture des dépenses courantes. Un décret dispensait les populations pauvres du paiement de ces frais, mais très peu de dispenses furent réellement accordées. Le paiement de ces frais par les pauvres est devenu un sujet de préoccupation majeure.



Approche adoptée

En réponse à ce problème, quelques-unes des nombreuses organisations non gouvernementales extérieures actives au Cambodge ont expérimenté diverses approches relatives au financement du système de santé dans les régions où elles étaient en activité. Parmi les approches qui ont fait l'objet de cette expérimentation, on a noté celle du fonds HEF (*Health Equity Fund*) de financement des soins de santé – un fonds qui opère de façon indépendante par rapport au système de santé et dont le personnel identifiait les personnes nécessitant une aide financière particulière pour les services de santé, notamment les soins hospitaliers, et payait les prestataires des services de santé pour les prestations fournies à ces personnes.

Vers la fin de 2006, vingt-six fonds HEF étaient en activité, chacun de ces projets étant autonome. Ils ont en commun les caractéristiques sus-évoquées – c'est-à-dire qu'ils relèvent tous d'une organisation indépendante dont l'objectif est de déterminer les populations défavorisées et de rembourser les prestataires de services en leur nom. Cependant, on note aussi d'amples différences entre ces fonds.

L'administration. Certes, quelques fonds HEF sont directement gérés par des organismes internationaux, mais la plupart sont par des organisations non gouvernementales (ONG) cambodgiennes. Différents types d'organisations non-gouvernementales sont impliquées dans ce cadre ; tel est le cas de certaines organisations à l'échelle nationale qui existaient déjà ou d'autres encore à l'échelle locale créées exclusivement pour gérer les fonds HEF. Dans au moins un cas (Kirivong), les moines bouddhistes des pagodes locales jouent un rôle déterminant dans l'organisation chargée de la gestion du fonds.

Populations susceptibles de bénéficier de ce programme. Tous les fonds HEF déterminent les populations susceptibles de bénéficier de l'aide en fonction de critères précis relatifs au ménage. Mais les procédés utilisés dans la détermination de critères à utiliser sont généralement moins formels que les procédés qui utilisent des critères d'évaluation des moyens économiques (comme ceux décrits dans les fiches-pays du programme Progesa d'aide aux plus démunis en Colombie et au Mexique), lesquels critères font appel à des analyses statistiques de données relatives aux enquêtes sur les ménages pour déterminer les critères les plus liés à la pauvreté. Le plus souvent, les procédés utilisés par les fonds HEF au Cambodge s'inspirent des avis exprimés par des observateurs locaux avertis sur les critères qui permettent de déterminer clairement la pauvreté. Les critères les plus généralement uti-

lisés sont la profession et la situation matrimoniale du chef de famille, le nombre de personnes à charge, l'accès à la propriété foncière, les matériaux utilisés dans la construction des habitations et la possession de moyens de production.

Une fois qu'une liste de critères est dressée, les populations ne répondant pas à un certain nombre d'entre eux sont jugées admissibles aux subventions accordées dans le cadre des fonds HEF. Dans certains cas, plusieurs niveaux de pauvreté sont définis, de sorte que les populations considérées comme « très pauvres » sont admises à bénéficier de beaucoup plus d'avantages que celles qui sont classées comme « pauvres ».

Détermination des populations susceptibles de bénéficier des aides. Dès que les critères d'admissibilité à l'aide accordée au moyen des fonds HEF sont définis, les personnes qui les remplissent doivent être identifiées, et ce suivant deux modes d'identification dits « passif » et « actif » respectivement.

L'identification passive consiste à évaluer le statut de pauvreté des populations à leur arrivée dans l'établissement de santé. Elle est généralement effectuée par le personnel du fonds HEF en poste dans l'établissement de santé concerné. Une fois que le patient qui se présente à la réception de l'établissement de santé ne dispose pas de la somme nécessaire pour s'acquitter des frais exigés, le réceptionniste l'envoie auprès d'un agent du fonds HEF qui lui pose une série de questions relatives à son ménage. Le représentant du fonds fait alors bénéficier des avantages du programme au patient au cas où les réponses que celui-ci donne montrent qu'il est pauvre selon la nomenclature utilisée. En outre, les représentants du fonds HEF visitent régulièrement les pavillons de l'établissement de santé pour déterminer s'il y existe d'autres patients qui remplissent les conditions pour bénéficier de l'aide - tel peut être le cas de patients qui ont pu payer les frais exigés pour être admis dans l'établissement de santé en s'endettant considérablement ou en vendant d'importants moyens de production. Le personnel du fonds HEF visite, dans la mesure du possible, les bénéficiaires de l'aide dans leurs domiciles après leur sortie d'hôpital pour vérifier à nouveau leur situation financière ou pour leur accorder une aide sociale.

L'identification active, encore appelée pré-identification consiste à mener une enquête auprès des populations d'un district pour déterminer les personnes suffisamment pauvres pour bénéficier de l'aide consentie au moyen du fonds HEF. Les potentiels bénéficiaires reçoivent un document d'identification qu'ils présentent à leur arrivée dans un établissement de santé participant au programme. Dans certains cas, l'enquête est menée par des enquêteurs indépendants qui admi-

nistrent un questionnaire officiel. Dans d'autres cas, la procédure est rendue beaucoup plus simple, puisque l'enquête est menée en fonction des données locales fournies par des dirigeants communautaires respectés.

Les deux approches ne sont pas incompatibles et certains fonds se servent des deux, étant donné que chacune d'elles comporte des avantages et des inconvénients. Les défenseurs de l'approche passive invoquent sa simplicité et son coût peu élevé, ainsi que son acceptabilité par les personnes habitant les zones couvertes et la possibilité de la mettre en œuvre sans qu'il soit nécessaire d'attendre pendant une longue période comme c'est généralement le cas lorsqu'il faut mettre sur pied un système de pré-identification qui par ailleurs requiert des efforts considérables de mise à jour. Ils admettent en outre que la stratégie passive pourrait ne pas tenir compte des pauvres qui ne sont pas informés de la disponibilité de l'aide financière et sont peu disposés à solliciter ce programme. Les professionnels de l'identification active ou pré-identification affirment que la grande complexité et le coût élevé de cette approche sont amplement justifiés par le fait que celle-ci permet d'obtenir un bon ciblage et une bonne couverture des populations pauvres. Voir le tableau 1 pour des informations relatives aux procédés d'identification et aux critères utilisés pour déterminer les bénéficiaires des quatre fonds HEF qui fonctionnent dans les hôpitaux au Cambodge.

Proportion des populations susceptibles de bénéficier de ce programme. L'application des procédés sus-évoqués a permis d'établir différents pourcentages des populations susceptibles de bénéficier de l'aide des fonds HEF ; ce qui permet de montrer en partie les différences en termes de situation économique dans les districts couverts ainsi que le résultat des différents procédés de définition utilisés. En général, le pourcentage des populations susceptibles de bénéficier de ce programme représente environ 12 à 25 % du pourcentage total. Ce pourcentage est généralement très inférieur à la fourchette de 35 à 75 % de la population des zones concernées vivant au-dessous du seuil de pauvreté, soit avec moins d'un dollar par jour.

Services fournis. Les services fournis par les fonds HEF sont assurés par des établissements de santé à caractère public. La plupart des fonds HEF prennent en charge essentiellement ou exclusivement les frais relatifs aux services rendus dans les hôpitaux de district qui sont considérablement plus élevés que ceux exigés pour des soins primaires dans des établissements de santé de moindre envergure. Il s'agit donc de frais qui ne sont pas à la portée de patients démunis. Certains

fonds ont commencé à élargir leur champ d'activités afin d'intégrer des soins primaires fournis aux patients dans des établissements de santé de moindre envergure.

Avantages accordés. Comme il a été indiqué plus haut, l'avantage le plus courant est le paiement des frais hospitaliers pour les patients admissibles à bénéficier de l'aide dans le cadre du programme. Le plus souvent, l'intégralité des frais est payée mais d'autres formules existent. Dans certains cas par exemple, la proportion des frais payés varie en fonction du degré de pauvreté du patient. Certains fonds HEF vont plus loin et accordent également les frais de transport, une allocation alimentaire et d'autres avantages le cas échéant.

Coût. Le coût moyen annuel de fonctionnement des fonds HEF est de l'ordre de 0,50 dollar par personne susceptible de bénéficier de l'aide du programme. Mais ce chiffre est très variable en fonction des avantages accordés, de l'approche adoptée pour déterminer les bénéficiaires et d'autres considérations. Une étude récente de l'OMS indique une fourchette qui va de 0,10-0,15 dollar à près de 2 dollars par personne.

Sources de financement. Les fonds nécessaires pour couvrir ces frais proviennent principalement d'organismes externes. Ces institutions et des ONG internationales qui bénéficient de leur appui ont également joué un rôle prépondérant dans l'implantation des fonds HEF et dans l'engagement de profondes réformes auxquelles ils ont contribué. (Une exception notable à ce modèle de financement est le fonds HEF de Kiri-vong évoqué plus haut où les pagodes bouddhistes qui aident à la gestion du projet ont également contribué à réunir les fonds nécessaires en demandant des dons aux familles aisées de la zone du projet.)

Premiers résultats et perspectives d'avenir

Durant les deux ou trois années qui ont marqué le début de leurs activités, la plupart des fonds HEF ont enregistré une augmentation considérable du nombre de personnes ayant bénéficié de leur aide pour recevoir des soins hospitaliers comme le montrent les statistiques disponibles. À la fin de 2004, période au cours de laquelle les données les plus récentes ont été collectées, le nombre de bénéficiaires de l'aide des fonds se situait entre moins de 10 % et plus de 50 % par rapport à l'ensemble des patients des hôpitaux concernés.

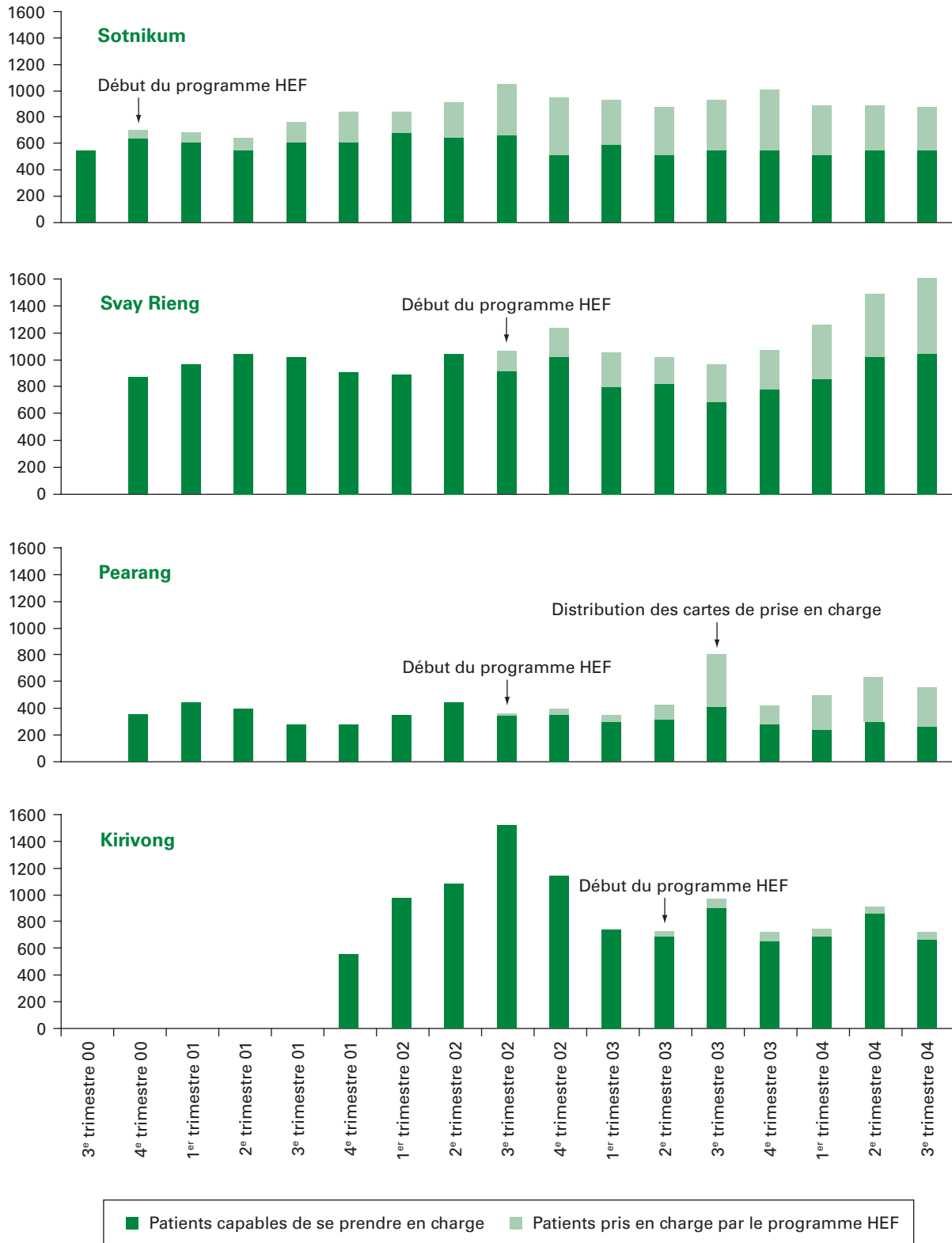
La figure 1 présente les données relatives à l'hospitalisation de bénéficiaires et de non-bénéficiaires des fonds HEF dans quatre hôpitaux (Sotnikum, Svay Rieng, Pearang et Kirivong)

Tableau 1 : Procédés et critères utilisés par les quatre fonds HEF pour identifier les populations les plus pauvres

	Svay Rieng	Pearang	Kirivong	Sotnikum
Procédé d'identification				
Méthode d'identification	Évaluation du ménage	Évaluation du ménage	Évaluation du ménage	Évaluation du ménage
Lieu de sélection	Ménage	Ménage	Village	Bureau d'ONG à l'hôpital
Période de sélection	Ex-ante	Ex-ante	Ex-ante	Pendant la maladie
Procédé de sélection	Pré-identification (critères indicatifs des moyens économiques) Vérification (Saisie de données – base de données)	Pré-identification (critères indicatifs des moyens économiques) Vérification (Saisie de données – base de données)	Pré-identification Approbation par le chef Liste dressée par le moine	Identification passive (critères indicatifs des moyens économiques) pendant la maladie, à l'hôpital, par le personnel d'une ONG locale
Outil de sélection	Questionnaire officiel annoté	Questionnaire officiel annoté	Liste informelle de critères pour cibler les populations locales	Entretien informel
Document d'admissibilité	Cartes de prise en charge Base de données	Cartes de prise en charge Base de données	Coupon (non permanent) Liste officielle	Aucun document (sauf registres de l'ONG)
Autre procédé	Identification passive pendant la maladie, à l'hôpital, par le personnel de l'hôpital	Identification passive pendant la maladie, à l'hôpital, par le personnel d'une ONG	Attestation signée par le moine supérieur de la pagode	Aucun document
Critères				
Caractéristiques du ménage	Profession du chef de famille Situation matrimoniale Nombre d'enfants de moins de 18 ans Nombre de personnes âgées à charge	Profession du chef de famille Situation matrimoniale Nombre de personnes à charge	Nombre de personnes à charge (autres critères)	Situation matrimoniale Nombre de parents handicapés Nombre de personnes à charge Nombre d'enfants ayant un emploi
État de santé		Durée d'une maladie grave l'année précédente		Maladie chronique dans le ménage
Moyens de production et biens	Type d'habitat Moyen de transport Superficie du terrain Nombre de bovins et de porcins	Toiture, mur et superficie par personne Superficie de terre productive Appareils électroniques Moyen de transport Actifs agricoles et élevage Alimentation en énergie Quantité de riz récolté	Type d'habitat Superficie agricole Objets liés au transport (autres critères) Animaux d'élevage (autres critères) Appareils électroniques (autres critères)	Superficie du terrain / de la rizière Moyens de production
Revenus/dépenses		Revenus/dépenses monétaires Dépenses de santé durant l'année précédente	Revenu du ménage	Manque de sécurité alimentaire
Autres				Aspect extérieur et capital social
Annotation	Critères et notes maximum	Critères et notes maximum	Aucune annotation	Aucune annotation

Source: Noirhomme et al., Health Policy and Planning, 2007

Figure 1. Hospitalisation de bénéficiaires et de non-bénéficiaires de l'aide des fonds HEF dans les quatre fonds HEF



Source: Noirhomme et al., Health Policy and Planning, 2007

entre le troisième trimestre 2000 et le dernier trimestre 2004. Le nombre de patients desservis par trois fonds HEF a augmenté dès leur démarrage (Sotnikum et Svay Rieng) ou après la distribution des cartes de prise en charge des ménages (Pearang). Les données collectées dans ces trois hôpitaux montrent que les patients bénéficiaires de l'aide des fonds sont de nouveaux clients qui auparavant, n'avaient pas bénéficié de ces services, faute de moyens financiers. S'il est vrai que la création des fonds HEF a eu une incidence sur le nombre de patients dans ces trois hôpitaux, la proportion des patients de l'hôpital de Kirivong était en revanche trop faible pour permettre de tirer une quelconque conclusion à propos de l'impact de ces fonds sur l'accès aux hôpitaux dans cette région.

Même si les fonds HEF n'ont pas encore été rigoureusement évalués au même titre que les autres projets relatifs à l'équité dans le système de santé, ils semblent avoir atteint leur objectif, à savoir, toucher les couches économiques les plus défavorisées du Cambodge. Dans un fonds HEF en zone rurale (Sotnikum), plus de 90 % des patients ayant bénéficié d'une aide étaient pauvres ou très pauvres, comparés à 60 % dans tout le pays et 75 % dans le district où ce programme était implanté. Dans un autre fonds HEF (Kirivong), les bénéficiaires étaient nettement plus démunis que les habitants des autres districts en tenant compte des critères tels que : la profession, le niveau d'alphabétisation, les revenus, l'accès à la propriété foncière, etc. Une autre information ou tout au moins un indice qui confirme cette constatation est le fait que

les statistiques montrent que le nombre de patients qui s'acquittent de leurs frais est resté régulier pendant que le nombre des bénéficiaires des fonds HEF a augmenté ; ce qui implique que les personnes nanties n'ont cessé d'utiliser leurs propres ressources plutôt que de recourir à l'aide des fonds HEF.

Les 26 fonds HEF créés vers la fin de 2006 couvrent environ un tiers des 76 districts de santé opérationnels que compte le Cambodge. Le concept des fonds HEF a été amplement soutenu par l'État et fait partie intégrante de sa stratégie pour la réduction de la pauvreté. Du fait du soutien de l'État et de l'intérêt que ne cessent d'afficher les bailleurs de fonds, le nombre de districts couverts par des fonds HEF devrait considérablement augmenter dans les années à venir.

La présente fiche vise à faire la synthèse des bonnes pratiques en matière de services aux pauvres dans les domaines de la santé, la nutrition et la population. Elle s'inspire principalement d'une série d'articles publiés en 2006 dans la revue *Health Policy and Planning*: Mathieu Noirhomme *et al.*, "Improving Access to Hospital Care for the Poor: Comparative Analysis of Four Health Equity Funds in Cambodia" (vol. 22, 2007, pp. 246-62) ; Bart Jacobs et Neil Price, "Improving Access for the Poorest to Public Sector Health Services: Insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia" (vol 21, 2006, pp.27-39) ; et Wim Hardeman *et al.*, "Access to Health Care For All? User Fees Plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia", (vol. 19, 2004, pp. 22-32). Sans toutefois vouloir en aucune façon les engager pour le contenu de la présente fiche-pays, les éditeurs souhaitent exprimer leur gratitude à Frédéric Bonet, Bart Jacobs, Bruno Meessen, Mathieu Noirhomme, Ir Por, et Wim Van Damme pour les informations qu'ils ont fournies grâce aux échanges entretenus avec eux.

