



L'intégration de l'exemption du paiement des services de santé maternelle au sein de l'assurance nationale de santé au Ghana

Ridde V., Witter S., Garshong B. et Queuille L. (queuille@help-ev.de)

Le Ghana est le seul pays d'Afrique de l'Ouest ayant intégré sa politique d'exemption du paiement des accouchements dans son système national d'assurance maladie. Nous analysons dans cette note ce processus d'intégration et proposons quelques leçons apprises.

INTRODUCTION

Dans leur quête de couverture universelle en soins de santé, de nombreux pays de la région ouest-africaine se sont engagés dans des politiques de subvention du paiement des soins, notamment pour favoriser le recours aux formations sanitaires (FS) lors des accouchements. Ces politiques sont mises en œuvre depuis plusieurs années et leurs résultats sont maintenant bien connus [1-3]. Parallèlement, certains pays comme le Bénin, le Burkina Faso, le Mali ou le Sénégal, travaillent à la mise en place de systèmes d'assurance nationale de santé [4]. Cependant, en Afrique de l'Ouest, seul le Ghana pour le moment, a intégré ces deux stratégies *a priori* bénéfiques à la couverture universelle en soins de santé [5].

Dès 2003/04, le Ghana a organisé l'exemption du paiement des accouchements dans quatre régions du pays. En 2005, l'exemption a été étendue à l'ensemble du pays et le système national d'assurance santé (en anglais : National Health Insurance Scheme : NHIS) a été lancé [6]¹. Le 1er juillet 2008, la prise en charge gratuite des accouchements a été intégrée dans le NHIS. Dès lors, les femmes enceintes étaient exemptées du paiement de la cotisation, des frais d'enregistrement et des délais de carence pour bénéficier des soins appropriés aux accouchements dans les FS publiques. Le paquet de soins pris en charge concernait aussi les trois premiers mois de vie des nouveau-nés. Si la première phase de cette politique d'exemption (2003-05) a été largement étudiée [7], son intégration dans le NHIS par la suite n'avait pas encore fait l'objet d'étude particulière. Ainsi, pour mieux comprendre cette intégration et en tirer des leçons, nous avons réalisé une étude exploratoire dont la présente note synthétise les résultats.

METHODE

L'étude a été réalisée entre mars et juin 2012. Elle repose sur l'analyse des documents de politique, des écrits scientifiques et des entretiens en profondeur de treize acteurs clefs. Les personnes rencontrées ont donné leur point de vue sur l'émergence, la mise en œuvre et l'intégration de la politique d'exemption du paiement des accouchements au sein du NHIS.

Ces personnes représentent les principales parties prenantes de la politique : parlementaire (1), bailleurs de fonds (1), responsables de différents ministères (santé, finances, femmes et enfants) de niveau central (5), représentant du NHIS (1), agents du ministère de la santé de niveau national (3) et district (2, urbain et rural) de la région d'Accra. Une analyse thématique du contenu des documents et des entretiens a été réalisée. Les résultats sont publiés dans un article scientifique en anglais accessible gratuitement [8].

¹ L'excellent article référencé fait une analyse de l'émergence du NHIS.



RESULTATS

Émergence. La majorité des personnes rencontrées avance que l'idée de cette politique d'exemption du paiement des accouchements vient du besoin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 et du fait qu'un nombre encore important de femmes au Ghana n'accouchent pas dans une FS. Cependant, la plupart d'entre elles ne semblent pas être informées des leçons tirées des évaluations de la politique nationale d'exemption de 2005. L'annonce de cette politique en 2008 par le Président en personne faisait suite à sa visite au Royaume Uni de Grande Bretagne qui se serait engagé à soutenir la politique. Une conférence nationale sur la mortalité maternelle au Ghana, considérée comme urgente par le Ministère de la santé, a été organisée en juillet 2008.

Formulation de la politique. Le Président du Ghana a souhaité que l'intégration de l'exemption dans le NHIS soit lancée le 1er juillet 2008, jour de la fête nationale. Ainsi, la préparation des guides de mise en œuvre de la politique a été effectuée dans l'urgence. Ils ont été lancés le 27 juillet afin de préciser les contours de la politique. Bien que sa rédaction ait impliqué de nombreuses parties prenantes, certaines personnes pensent que le processus de consultation n'a pas été assez inclusif. En outre, d'autres avancent que certains points du guide restent flous. Dans l'ensemble, cette politique est perçue comme venant du haut avec trop peu d'implications des agents de santé de première ligne.

Communication et information. Les acteurs du système de santé ont été informés de la politique d'exemption par l'intermédiaire de notes de services et autres circulaires administratives. Cependant, quatre ans après le démarrage de la politique, nous avons rencontré des personnes qui n'étaient pas parfaitement informées, comme par exemple le fait que les frais d'inscription soient exemptés pour les femmes enceintes. Aucun fonds pour former les agents de santé concernant la politique ne semble avoir été prévu, limitant ainsi leur connaissance de cette dernière à travers les guides envoyés dans les FS.

Financement. Aucune estimation des coûts et du financement de la politique n'a précédé son lancement, certains calculs ayant été effectués après, selon nos interlocuteurs. Bien que la coopération britannique ait soutenu cette politique, il ne s'agissait pas d'un nouveau financement mais de subventions déjà disponibles sur place pour l'aide en santé. La coopération britannique a contribué pour 4,5 millions de livres sterling. La première année, le ministère de la santé a transféré des fonds au NHIS pour couvrir certaines dépenses. La plupart des parties prenantes rencontrées pensaient que l'exemption serait remboursée par le gouvernement à l'aide de fonds externes. Mais en réalité, le financement provient directement du NHIS à partir de ses ressources habituelles. Mais dans l'ensemble, la plupart des personnes que nous avons rencontrées manquent de connaissances sur le financement de la politique ainsi que sa pérennité.

Remboursements. Les produits et les services fournis gratuitement par les FS sont normalement remboursés mensuellement en suivant les procédures habituelles du NHIS. Les services sont remboursés sur la base de forfaits tandis que les produits médicaux le sont au réel des dépenses. Des retards de remboursement sont constatés, de l'ordre de cinq mois. Mais ils ne sont pas spécifiques à l'exemption du paiement des accouchements, c'est la même situation pour les autres services remboursés par le NHIS.

Mise en œuvre. La mise en œuvre de la politique n'est pas uniforme car elle dépend de l'interprétation de son contenu selon les acteurs, par exemple sur le paquet de soins couverts ou le besoin pour les femmes d'avoir été enregistrées comme membre et de disposer d'une carte du NHIS. Les hôpitaux universitaires qui ont une gestion autonome ont été réticents à mettre en place la politique.

Évaluation. La politique est suivie grâce au système national d'information sanitaire. Bien qu'aucun plan d'évaluation n'ait été prévu lors de la planification de la politique, il semble qu'en 2012 une évaluation soit prévue².

² Une évaluation a finalement eu lieu en 2013 [9].



Recommandations formulées par les parties prenantes interrogées

Si toutes les personnes rencontrées ont porté un jugement très positif sur la politique et ses effets, elles ont cependant formulé des propositions pour l'améliorer :

- Garantir un financement à long terme
- Améliorer l'information du public pour augmenter la demande
- Améliorer le système de transport des parturientes, par exemple en distribuant des bons de transport
- Prévoir des mesures d'accompagnement pour l'amélioration du système de santé, notamment assurer la présence suffisante de sages-femmes
- Rendre la politique plus équitable
- Inclure la planification familiale dans le paquet de soins
- Organiser un système efficace de suivi et évaluation

DISCUSSION

Similitude des faiblesses de la politique d'exemption avec les autres pays de la région

La politique de santé du Ghana est réputée entreprenante et innovante. L'augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de produits non essentiels, décision politique forte, pour accroître le financement du NHIS en est une illustration, même si cela n'était pas spécifiquement organisé pour financer l'exemption du paiement des accouchements [6]. Cependant notre étude [8] et d'autres [9] constatent que cette politique d'exemption du paiement des accouchements accuse les mêmes lacunes que celles des autres pays de la région [1, 2, 4]: décision politicienne rapide que les techniciens peinent à suivre ; peu d'informations sur les coûts et le financement de la politique ; planification du haut vers le bas avec peu de consultation des agents de première ligne et tenant peu compte des données probantes y compris nationale ; retards dans les remboursements ; faiblesses des mesures d'accompagnement notamment pour les ressources humaines et le transport des parturientes ; absence de plan d'évaluation ; etc.

Augmentation du recours aux FS et intégration au sein du système de santé

Malgré ces lacunes, les personnes rencontrées lors de cette recherche exploratoire ont affirmé qu'elle avait eu des effets positifs pour les femmes [8]. Des données quantitatives sur l'augmentation du recours aux FS pour les accouchements confirment ces effets positifs [9, 10]. Aujourd'hui, près de 70% des femmes accouchent auprès d'un personnel qualifié au Ghana [9]. Mais ce qu'il faut surtout noter est l'initiative fort louable des décideurs ghanéens d'intégrer l'exemption du paiement des accouchements au sein du NHIS. Des études en profondeur restent à faire pour mieux comprendre, dans les détails, comment cette intégration fonctionne aujourd'hui. Toujours est-il que cette intégration a été réalisée et qu'elle semble bien fonctionner. Elle a certainement permis de réduire les risques de fragmentation des modes de financement de la santé que l'on constate souvent [11] et qui explique, par exemple, la volonté du Sénégal de créer une cellule technique chargée de coordonner toutes ces initiatives en lien avec la couverture universelle. Les problèmes que vit le NHIS du Ghana ne sont pas spécifiques à l'intégration de cette exemption, la couverture des services de santé maternelle exemptés ne concernant d'ailleurs qu'un faible volume d'activités pour le NHIS (moins de 6% de la valeur des remboursements totaux dans les FS [9]).



LEÇONS APPRISSES

Sur la base des résultats de cette étude, il est possible de tirer quelques leçons, tant pour les assurances que pour les politiques nationales d'exemption du paiement des accouchements et leur interaction :

- **Volonté politique forte et durable** : s'assurer que l'État est engagé et que les parlementaires ont été impliqués ;
- **Financement pérenne et juste** : supprimer le paiement direct au point de service et le remplacer par un système de prépaiement ou de taxe tenant compte de la capacité contributive et évitant la dépendance aux bailleurs de fonds ;
- **Réduction de la fragmentation du financement du système de santé** : si les assurances nationales de santé sont lancées après les politiques de subvention, en planifier rapidement l'intégration car ces instruments sont complémentaires et non contradictoires, et coordonner les différentes instances gouvernementales impliquées ;
- **Prise en compte de l'équité pour dépasser les discours** : mettre réellement en œuvre les mesures spécifiques en faveur des indigentes pour leur permettre de bénéficier de l'exemption car les subventions ne suffisent pas pour les plus pauvres ;
- **Renforcement continu de la politique** : la mise en place d'une assurance nationale de santé demandant du temps, ne pas l'attendre pour renforcer les politiques de subvention du paiement des soins en vigueur qui, elles aussi, visent l'amélioration de l'accès financier aux services de santé ;
- **Utilisation des données probantes** : tenir compte des connaissances produites par les nombreuses études déjà réalisées sur les politiques de subvention en prévoyant la réalisation d'études de coût et de besoins de financement préalablement au lancement, l'organisation et le financement de mesures d'accompagnement indispensables (information, formation, ressources humaines, qualité des soins, transport, etc.) et la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation des processus, de l'efficacité et de l'équité [1, 2, 4, 5, 7, 11].

Cette note et d'autres documents concernant l'accessibilité financière aux soins de santé en Afrique de l'Ouest sont disponibles sur les sites <http://equitesante.org/helpburkina> et <http://www.help-ev.de/en/projects/burkinafaso/> (ONG Help).

Les auteurs remercient l'ensemble des personnes rencontrées lors des entretiens au Ghana.

Références :

1. Olivier de Sardan, J.-P. et V. Ridde, Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Afrique contemporaine*, 2012. 243(3): p. 13-32.
2. Meessen, B., D. Hercot, M. Noirhomme, V. Ridde, A. Tibouti, C.K. Tashobya, and L. Gilson, Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning (Suppl 2)*, 2011. 26: p. ii16-ii29.
3. Dzakpasu, S., T. Powell-Jackson, and O.M.R. Campbell, Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 2013. First published online: January 30, 2013.
4. Ridde, V., L. Queuille, Y. Kafando, and E. Robert, Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC Health Serv Res*, 2012. 12: p. 409.
5. OMS, Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle. 2010, OMS: Genève. p. 120.
6. Seddoh, A. and S.A. Akor, Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. *BMC Public Health*, 2012. 12 (Suppl 1): p. S10.
7. Witter, S., S. Adjei, M. Armar-Klemesu, and W. Graham, Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009. 2(10).
8. Witter, S., B. Garshong, and V. Ridde, An exploratory study of the policy process and early implementation of the free NHIS coverage for pregnant women in Ghana. *International Journal for Equity in Health*, 2013. 12(16).
9. HERA and HPG, Evaluation of the free maternal health care initiative in Ghana. LRPS-CAB-2012- 9103261. 2013, HERA-HPG / Final Report / May 2013.: Belgium. p. 56.
10. Dzakpasu, S., S. Soremekun, A. Manu, G. ten Asbroek, C. Tawiah, L. Hurt, J. Fenty, S. Owusu-Agyei, Z. Hill, O.M.R. Campbell, and B.R. Kirkwood, Impact of Free Delivery Care on Health Facility Delivery and Insurance Coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. . *PLoS ONE*, 2012. 7(11): e49430.
11. McIntyre, D., B. Garshong, G. Mtei, F. Meheus, M. Thiede, J. Akazili, M. Ally, M. Aikins, J.A. Mulligan, and J. Goudge, Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*, 2008. 86(11): p. 871-6.