3 La force du nombre

44 Messages clés
45 Les problèmes liés aux paiements directs
48 Les exemptions des paiements directs sont-elles efficaces ?
50 Abandonner les paiements directs
52 La force du nombre
54 Où et comment couvrir davantage de personnes ?
55 Se concentrer sur les pauvres
57 Autres barrières à l'accès
58 Conclusions

Messages clés

- Les systèmes qui nécessitent des paiements directs au moment où les gens ont besoin de soins (y compris les honoraires et les paiements pour médicaments) empêchent l'accès aux services à des millions de personnes et se traduisent par des difficultés financières, voire un appauvrissement pour des millions d'autres.
- Les pays peuvent accélérer leur progression vers une couverture universelle en réduisant le recours aux paiements directs. Cela nécessite l'introduction ou le renforcement des formes de prépaiement et de mise en commun des ressources.
- Les pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle de la santé rendent obligatoires les contributions des personnes qui peuvent se permettre de payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance.
- Les fonds prépayés obligatoires devraient idéalement être combinés dans une caisse unique plutôt que d'être maintenus dans des caisses distinctes. En réduisant la fragmentation, il y a un potentiel accru pour fournir une protection financière à partir d'un niveau donné de fonds prépayés, qui, à leur tour, permettront d'atteindre plus facilement les objectifs d'équité.
- Les régimes volontaires, comme l'assurance maladie participative ou la micro-assurance, peuvent encore jouer un rôle utile lorsque les sources obligatoires ne fournissent que des niveaux minimes de prépaiement. S'ils peuvent réacheminer certains paiements directs dans des caisses prépayées, ils peuvent étendre dans une certaine mesure la protection contre le risque financier en cas de la maladie et aider les gens à comprendre les avantages de l'assurance.
- Certaines personnes feront face à des barrières financières à l'accès, même si les paiements directs sont supprimés. Les frais de transport et d'hébergement liés aux soins peuvent encore se montrer prohibitifs. Les gouvernements doivent envisager des options, notamment des transferts monétaires conditionnels, afin de réduire ces barrières.

3

La force du nombre

Les problèmes liés aux paiements directs

La façon dont sont payés les services de santé est un aspect essentiel de la performance du système de la santé. S'il est impératif de rassembler des ressources suffisantes pour gérer un système de santé, la façon dont ces ressources sont utilisées pour se procurer des produits et des services (en d'autres termes, le mode de paiement) est tout aussi importante. L'une des modalités les plus courantes au monde est le paiement direct des médicaments et des services de santé au moment où l'on en a besoin, et les pays les plus défavorisés sont ceux qui l'utilisent le plus (*1*).

> *"Le paiement direct a puni le pauvre."*
>
> Dr Margaret Chan (2)

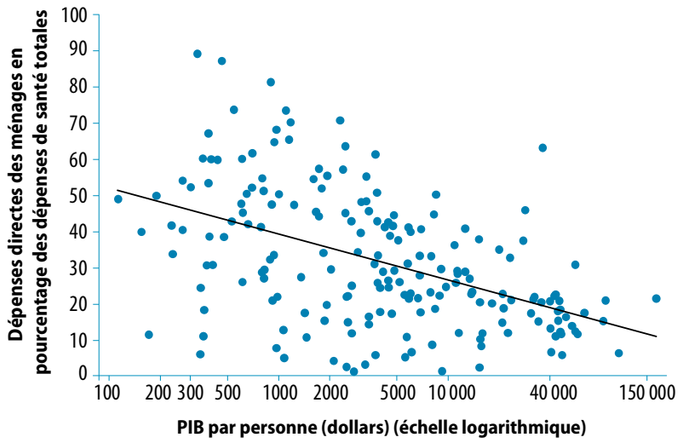
Une étude récente menée dans 50 pays à revenus faible et moyen et basée sur des données de l'OMS relatives aux dépenses de santé, une enquête typologique des systèmes de santé et des entretiens auprès de témoins privilégiés ont révélé que seuls six de ces pays ne demandaient aucun paiement direct sous quelque forme que ce soit dans les centres de soins de santé publics (*3*).

Mais le paiement direct ne se limite pas aux pays à faible revenu ou aux systèmes de financement de la santé moins sophistiqués (Figure 3.1) Faire payer les patients lorsqu'ils viennent se faire soigner est le mécanisme de collecte de fonds prédominant dans 33 pays et il représente plus de 25% de tous les fonds collectés pour la santé dans 75 autres (*4*). Comme nous l'avons vu au Chapitre 1, les paiements directs sont effectués sous beaucoup de formes, notamment les honoraires de consultation médicale, les paiements d'actes médicaux, les médicaments et autres fournitures, ainsi que les analyses de laboratoire. Ils peuvent aussi se présenter sous forme de franchises, de ticket modérateur, de quotes-parts ou de forfaits, pour les personnes couvertes par une assurance.

L'une des raisons pour lesquelles le paiement direct ne convient pas à la fourniture/l'utilisation de soins médicaux, est qu'il en inhibe l'accès. Cela est notamment vrai pour les plus démunis qui doivent souvent choisir entre payer pour se soigner et pourvoir à d'autres nécessités, telles que se nourrir ou se loger. Pour les personnes qui pensent simplement avoir besoin d'un traitement (pour une grosseur qui se développe au sein ou la fièvre d'un enfant qui ne baisse pas), un risque d'appauvrissement, voire d'indigence, existe. Le Burundi a introduit le paiement direct par l'usager en 2002. Deux ans plus tard, quatre patients sur cinq étaient endettés ou ils avaient dû vendre des biens (*5*). Dans bon nombre de pays, les gens sont forcés d'emprunter ou de vendre des biens pour financer des soins médicaux (*6*, *7*).

L'incidence de la catastrophe financière associée aux paiements directs des services de santé (c'est-à-dire la proportion de personnes qui paient chaque année

Figure 3.1. **Dépenses directes des ménages en fonction du produit intérieur brut (PIB) par personne, 2007**



Source (*4*).

de leur poche plus de 40% de leurs revenus, déduction faite des frais d'alimentation) peut atteindre 11% par an au niveau national et généralement plus de 2% dans les pays à faible revenu. Il est peut-être peu surprenant qu'au sein des pays, cette incidence soit généralement plus faible parmi les personnes les plus riches. Toutefois, les plus démunis ne souffrent pas toujours le plus dans ce contexte financier spécifique car ils ne peuvent en aucun cas se permettre d'utiliser des services et donc n'encourent aucun frais de santé directs. Des études récentes montrent également que les ménages dont l'un des membres est handicapé et ceux qui comptent des enfants ou des personnes âgées sont plus exposés à des dépenses de santé catastrophiques (*8–11*).

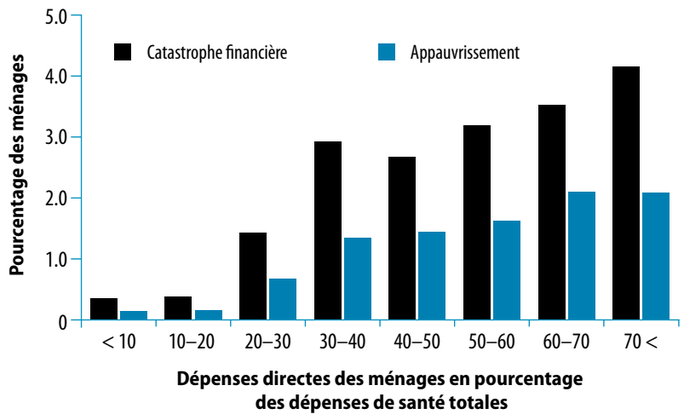
Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs tombe sous la barre des 15 ou 20% des dépenses de santé totales que l'incidence de catastrophe financière baisse généralement à des niveaux négligeables (Figure 3.2) (*1*). C'est en majorité les pays à revenu élevé qui sont parvenus à ces niveaux, et donc les pays à revenu faible ou moyen peuvent souhaiter se donner des objectifs plus accessibles à court terme. Les pays d'Asie du Sud-est et des régions du Pacifique occidental de l'OMS, par exemple, se sont récemment donnés pour cible 30 à 40% (*12*, *13*).

Même s'il est relativement faible, tout type de paiement direct imposé aux particuliers peut les dissuader d'utiliser les services de santé ou pousser sous le seuil de pauvreté les personnes qui la côtoient déjà. Une étude expérimentale réalisée au Kenya a montré que l'introduction d'une participation de 0,75 dollars pour imprégner les moustiquaires d'insecticides (une opération gratuite auparavant), a fait diminuer la demande de 75% (*14*), et la création d'une petite participation pour les vermifuges en a réduit la prise de 80% (*15*). Les paiements directs, si minimes soient-ils, peuvent aussi entraîner des traitements auto-administrés peu appropriés et l'automédication (l'utilisation de médicaments périmés ou non conformes, ou des doses partielles, par exemple) ou retarder les premières consultations souvent cruciales avec un professionnel de la santé. (*16*).

Il n'est pas nécessaire que les paiements directs soient officiels pour restreindre l'accès. En Arménie par exemple, encore récemment, environ 10% seulement des paiements directs aux hôpitaux étaient officiels, perçus par les organismes publics. Une grande partie des autres 90% consistait en des paiements officieux ou informels au personnel soignant. Le gouvernement a désormais conçu des stratégies visant à éliminer les paiements officieux, reconnaissant qu'ils empêchent les personnes d'accéder aux soins nécessaires et introduisent une source d'inquiétude supplémentaire pour les malades et leurs familles du fait de la nature imprévisible des barèmes officieux (*17*). Les paiements officieux existent dans de nombreux pays du monde (*18–20*).

Les paiements directs sont la méthode la moins équitable de financer la santé. Ils sont régressifs, permettant aux riches de payer la même somme que les pauvres, quel que soit le service. Le contexte socio-économique n'est pas la seule base d'inégalité. Dans les cultures où les femmes ont un statut inférieur à celui des hommes, les soins aux femmes et aux jeunes filles passent souvent après celui des hommes du foyer lorsqu'il faut débourser les frais et, par conséquent, elles sont moins susceptibles d'accéder aux services. (*21*).

Figure 3.2. **L'effet des dépenses directes des ménages sur la catastrophe financière et l'appauvrissement**



Source (*1*).

L'avantage des paiements directs se limite à la personne soignée et au fournisseur ou à l'organisme qui collecte les paiements. Une pièce glissée à une infirmière dans une clinique de village assure un service ou un médicament à l'individu qui paie. Ce n'est pas mal en soi, mais c'est mal si, en tant que ministre de la Santé, vous voulez aussi aider les personnes des collines environnantes qui n'ont peut être pas d'argent à donner. Les paiements directs ont tendance à empêcher la répartition des coûts parmi des groupes de personnes dans des expressions de solidarité officielles, entre riches et pauvres par exemple, ou entre bien-portants et personnes malades. Ils rendent aussi impossibles la répartition des dépenses tout au long de la vie d'un individu. Avec le paiement direct, les personnes ne peuvent pas payer de contributions lorsqu'ils sont jeunes et sains, ni puiser ultérieurement dans ces ressources au cours de leur vie. Ils doivent payer lorsqu'ils sont malades. Ils doivent payer au plus fort de leur vulnérabilité.

Au vu des imperfections du paiement direct en tant que mécanisme de financement de la santé, pourquoi est-il si répandu ?

D'abord, on constate un recours élevé aux paiements directs lorsque les gouvernements sont peu disposés à dépenser plus en matière de santé ou lorsqu'ils ne croient pas ou ne comprennent pas qu'ils ont la capacité de généraliser le prépaiement et les systèmes de mise en commun des ressources. Il y a là un vide entre la couverture de santé nécessaire et la couverture que le gouvernement parvient à fournir. D'ordinaire, le personnel soignant est pris entre deux feux, subsister avec un faible revenu (parfois augmenté par des versements officieux) et essayer de fournir des services avec des fournitures et des médicaments limités. Dans ces scénarios, de nombreux gouvernements ont choisi d'appliquer un paiement officiel par l'usager afin d'augmenter les salaires du personnel soignant et d'accroître la disponibilité des médicaments et des fournitures.

Deuxièmement, les paiements directs permettent de disposer de ressources dans des régions où les centres de soins en seraient autrement totalement dépourvus (peut-être dans les régions où les fonds nationaux arrivent irrégulièrement, voire jamais). En République démocratique du Congo, l'éloignement géographique, les conflits sporadiques et les désastres naturels ont parfois isolé, du moins temporairement, de nombreuses régions du pays. Cet isolement du soutien et du contrôle public, surtout dans les provinces orientales, fait du paiement direct par les patients la méthode par défaut (à part l'aide extérieure) pour maintenir les services à un niveau minimum (*22*). Les paiements directs deviennent généralement la méthode par défaut pour financer la santé au lendemain des crises, notamment après une période de conflit armé. Au moment où les personnes ont le plus besoin de l'accès aux services de santé, nombre d'entre eux ne peuvent simplement pas se permettre de se faire soigner (*23*).

Troisièmement, le paiement direct peut sembler une option intéressante en période de récession économique. En effet, la première vague de paiements direct par l'usager pour les services de santé dans les organismes publics des pays en voie de développement a été causée par la récession mondiale des années 1970. La crise liée à la dette mondiale a déclenché des politiques d'ajustement structurel qui ont limité les dépenses publiques (*24*). Une des réponses suggérée à ce moment était que les paiements directs pouvaient être une bonne façon de générer un revenu supplémentaire, de réduire l'utilisation excessive et d'encourager la prestation de services à faibles frais et coûts (*25*).

L'Initiative Bamako de 1987 était l'un des résultats de ce type de raisonnement. Approuvé par les ministres africains de la Santé, cette initiative s'est échafaudée sur le raisonnement voulant que, dans le contexte d'un secteur de santé publique en manque chronique de ressources, les paiements directs permettraient d'assurer un financement minimum des médicaments nécessaires et, parfois, de recruter du personnel au niveau local (*26*). Il s'est avéré que les réformes inspirées par Bamako ont amélioré la disponibilité des services et des médicaments dans certains contextes, mais aussi que les paiements directs ont créé des barrières pour y accéder, surtout pour les pauvres (*27–31*).

Finalement, de nombreux pays imposent certaines formes de paiement direct, souvent pour réduire l'utilisation excessive de services de santé, une sorte de frein aux dépenses. Il s'agit d'un instrument relativement brutal pour contrôler les dépenses et qui a pour effet non désiré de dissuader certains groupes de la population qui ont le plus besoin de soins. Cela sera abordé plus en détail dans le Chapitre 4.

Les exemptions des paiements directs sont-elles efficaces ?

La plupart des pays qui s'appuient sur les paiements directs essaient d'éviter l'exclusion que ceux-ci provoquent en exemptant des groupes spécifiques (femmes enceintes ou enfants, par exemple) ou en proposant gratuitement certains actes. En 2006, le gouvernement du Burundi a exempté d'honoraires les soins maternels et infantiles, y compris les accouchements. Trois mois après avoir instauré cette exemption, l'utilisation des services en consultation externe pour les enfants de moins de cinq ans a augmenté de 42% (*32*). Le Sénégal a supprimé le paiement direct par l'usager des accouchements et des césariennes en 2005. D'après une première estimation, cette politique a généré une augmentation de 10% des accouchements dans les établissements de santé publics et de plus de 30% des césariennes (*33*).

Le critère de revenu a aussi été utilisé pour estimer l'éligibilité aux exemptions. Par exemple, l'Allemagne impose des forfaits pour certains services, mais uniquement jusqu'à un seuil déterminé de revenu. La France offre aussi une assurance complémentaire gratuite (une mutuelle couvrant les forfaits) pour les plus défavorisés (*34*). Mais les régimes d'exemption basés sur le revenu se sont montrés moins efficaces dans les pays à revenu inférieur. Dans les régions où la plupart des habitants sont agriculteurs de subsistance ou n'ont pas d'emploi salarié officiel, il est difficile pour les enquêteurs d'identifier les plus démunis. Ils sont partagés entre le recours à des catégories générales pour éviter d'exclure certains groupes dignes d'attention (une approche qui a donné des avantages aux moins nécessiteux) et utiliser des critères trop stricts qui engendrent une sous-couverture, laissant plus ou moins en place les barrières à l'accès (*35*).

Il est peu probable que la simple déclaration d'exemptions soit suffisante dans la plupart des situations. Au Cambodge, par exemple, une évaluation de l'impact du paiement direct cinq ans après son introduction dans les années 1990 a montré que les exemptions étaient inefficaces : du fait que 50% du revenu généré par les paiements directs étaient redistribués au personnel soignant, chaque cas d'exemption représentait une perte de revenu pour le personnel soignant mal payé (*36*). Pour être efficaces, les exemptions nécessitent un mécanisme de financement permettant de dédommager les centres de soins pour leurs pertes de revenu potentielles. Le Cambodge a adopté cette approche. Des fonds d'équité pour la santé ont été créés, alimentés par des agences donatrices spécifiques, afin de dédommager les centres de soins et leur personnel pour les pertes de revenu subies lorsque des exemptions sont octroyées aux pauvres.

Cette mesure a entraîné une utilisation accrue des centres de soins de santé par les groupes les plus démunis, tant en milieux urbains que ruraux (*37, 38*). On a également constaté des avantages au niveau de la protection du risque financier. Les emprunts pour le règlement des soins de santé ont été moins nombreux parmi les bénéficiaires du fonds d'équité pour la santé que parmi les patients qui payaient directement (*39*). Le soutien de cette approche s'est renforcé, les fonds d'équité étant désormais principalement financés par les fonds des donateurs mis en commun dans le Projet cambodgien de soutien au secteur de la santé et ce, même si depuis 2007, les fonds publics du ministère de l'Économie et des Finances ont également augmenté. Une approche semblable a été adoptée au Kirghizistan (*40*).

Mais il existe d'autres facteurs qui dissuadent les pauvres d'utiliser des services, même lorsque des exemptions ou des subventions existent pour couvrir leurs dépenses. Ces facteurs plus difficiles à quantifier sont : l'appréhension des pauvres d'être stigmatisés en désirant une exemption ou une subvention, par exemple, ou la façon dont le personnel soignant les traite parfois. Si le personnel soignant est dépendant ou partiellement dépendant

des paiements directs pour ses revenus, il existe une motivation évidente de refuser les demandes d'exemption. Une étude de la Banque mondiale a révélé que les centres de soins kényans ont rarement accordé plus de deux dispenses par mois à toute la population, dont 42% vivaient sous le seuil de pauvreté (*41*). Aussi troublant que cela puisse paraître, nous devons garder à esprit que le personnel soignant a souvent une vie difficile à cause de salaires inadéquats.

En revanche, il semble que cibler en fonction du revenu peut fonctionner dans certaines situations, surtout au niveau de la communauté. Au Cambodge, par exemple, on a demandé aux chefs des communautés de déterminer qui devrait être exempté de paiements directs et financé par des fonds d'équité. Leur évaluation s'est avérée exacte, en tous cas dans la mesure où les personnes sélectionnées pour les exemptions étaient plus démunies que les personnes non sélectionnées (*42*). Au Pakistan, le projet HeartFile étudie les mécanismes innovants d'exemption qui seront bientôt évalués (*43*).

Plusieurs pays qui faisaient partie de l'ex-Union soviétique ont vu les niveaux de leurs dépenses publiques de santé rapidement diminuer dans les années 1990, avec une croissance rapide ultérieure des paiements personnels officieux. Cela a créé des barrières financières importantes pour les moins solvables. En conséquence, un grand nombre de ces pays a introduit des paiements directs officiels ou les forfaits afin de supprimer les paiements officieux et recueillir des ressources supplémentaires. Ils devaient ensuite introduire des mécanismes d'exemption pour identifier et protéger les personnes dans l'incapacité de payer (*44*). Malgré tout, un grand nombre de ces pays enregistrent encore des taux relativement élevés de catastrophes financières liées aux paiements directs des services de santé (*45*).

Abandonner les paiements directs

Les problèmes pratiques qui gênent les efforts de groupes cibles spécifiques disparaissent lorsque les responsables politiques étendent les exemptions à toute la population. Six pays à faible revenu ont récemment aboli les paiements directs dans les centres de soins de santé publics, et un pays a étendu la politique aux centres de soins des organisations non gouvernementales (*46*). Dans certains cas, cette action augmente considérablement le nombre de personnes qui viennent se faire soigner. La suppression des paiements directs en Zambie rurale en avril 2006 et janvier 2007 s'est traduite ainsi par une augmentation de 55% de l'utilisation des centres de soins publics. Les districts les plus pauvres ont enregistré les plus grandes augmentations (*47*). Les taux de consultation dans les centres de soins de l'Ouganda ont augmenté de 84% lorsque les paiements directs ont été supprimés en 2001 (*48*).

Cependant, dans ces deux cas, la suppression des paiements directs n'était pas la seule mesure. Une augmentation des budgets des centres de santé ruraux faisait partie intégrante de cette politique. En Zambie, l'augmentation des allocations provenant de sources nationales, combinée au soutien de donateurs, s'est traduite par le fait que des districts ont reçu 36% de soutien budgétaire supplémentaire par rapport au montant qu'ils avaient reçu des tickets modérateurs l'année précédente. Le gouvernement ougandais a augmenté ses dépenses de médicaments et a offert davantage de contrôle aux gestionnaires des centres de soins sur les fonds budgétaires afin qu'ils ne perdent pas la flexibilité acquise grâce aux paiements directs.

Certains observateurs ont avancé que la facturation directe dans les établissements publics peut être supprimée sans trop de difficulté car elle ne produit qu'un revenu limité (*49*, *50*). Des études réalisées sur les paiements directs officiels dans les centres nationaux de 16 pays subsahariens ont révélé qu'ils ont produit en moyenne 5% des dépenses ordinaires totales du système de santé, sans compter les dépenses administratives (*51*, *52*).

Cependant, les fonds budgétisés sont en grande partie liés aux dépenses fixes de personnel et d'infrastructure, laissant peu de moyens pour des éléments de traitement clés, comme les médicaments et autres articles jetables. C'est sur ce point que les revenus des paiements directs jouent souvent un rôle critique. Une étude dans une région du Ghana a révélé que si les paiements directs ne fournissent respectivement que 8 et 27% des dépenses totales d'un échantillon de centres de santé et d'hôpitaux, ils représentent 66% (centres de santé) et 83% (hôpitaux) des dépenses extra-salariales, soit une partie importante des seuls fonds relativement souples sous le contrôle des gestionnaires de centres (*53*).

Quelle que soit leur valeur précise dans un système, les responsables politiques doivent prendre en compte les conséquences de la suppression des paiements directs. Sans planification spécifique au contexte tenant en compte de la demande croissante et des revenus perdus, ces suppressions peuvent se traduire par un personnel sous payé ou impayé et surmené, des dispensaires vides de médicament et un matériel mal entretenu ou cassé (*46*, *54*). Il faut noter que l'incidence des dépenses catastrophiques de santé chez les pauvres n'a pas diminué après la suppression des paiements directs par l'usager en Ouganda, très probablement à cause de la fréquente indisponibilité des médicaments au niveau des centres nationaux après 2001, ce qui a forcé certains patients à recourir à des pharmacies privées (*55*). Il est aussi possible que les paiements officieux au personnel soignant aient augmenté pour compenser la perte de revenu liée au paiement direct.

Un retour aux paiements officieux apparaît comme l'un des risques associés à la suppression du paiement direct par l'usager, bien que l'ampleur du phénomène reste floue. Il n'est pas clair non plus si les pays qui ont introduit des paiements directs officiels pour essayer de limiter les paiements officieux ont réussi à les éliminer en dépit d'un certain succès à les réduire (*56*).

Ces expériences montrent que pour réduire la dépendance aux paiements directs – un obstacle majeur à la couverture universelle – il est essentiel de trouver ailleurs des ressources afin de remplacer l'argent officiel ou officieux qui était autrefois versé. Cela peut se produire directement si les gouvernements peuvent acheminer davantage de fonds vers le secteur de la santé et s'ils sont disposés à le faire (*57*). Toutefois, des alternatives existent au simple fait de dépenser plus, impliquant de procéder à d'autres changements du système de financement.

Les pays aux ressources les plus contraintes ne sont pas les seuls à prendre en compte ces alternatives. Bien que les paiements directs jouent un rôle relativement insignifiant dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une tendance ascendante vers les paiements directs s'est manifestée dans de nombreux pays, et ce avant la récession économique mondiale. De nombreux pays

ont augmenté la contribution des patients aux dépenses par des paiements directs afin de limiter les contributions du gouvernement et de décourager le recours inutile aux services (*58*). Ces paiements directs créent une difficulté financière pour certaines personnes et réduisent l'accès aux services pour d'autres. Comme nous l'avons observé au Chapitre 1, les paiements directs se traduisent par plus de 1% de la population, soit presque 4 millions de personnes, qui sont confrontées à des paiements catastrophiques chaque année dans seulement six pays de l'OCDE.

La force du nombre

La façon la plus efficace de gérer le risque financier lié au paiement des services de santé est de le partager, et plus de personnes le partagent, meilleure est la protection. Si Narin Pintalakarn s'était joint aux habitants de son village pour créer un fonds d'urgence pour les imprévus afin d'y puiser en cas de maladie ou d'accident, les frais de sa chirurgie crânienne et de ses soins à l'hôpital régional Khon Kaen auraient épuisé les réserves de ce fonds. Heureusement, il s'est allié aux contribuables thaïlandais qui financent le régime de la couverture universelle. Ce n'était pas une décision volontaire, c'était une décision qui avait été prise par d'autres après de nombreuses décennies de lutte. Narin Pintalakarn faisait partie d'un groupe de personnes si vaste que, même si en tant que simple ouvrier gagnant l'équivalent de 5 dollars par jour, il ne pouvait pas payer un seul baht au moment où il a eu besoin de soins, il a tout de même pu être soigné et guéri. La force réside dans le nombre (Encadré 3.1).

Depuis longtemps, les gens ont volontairement mis leur argent en commun pour se protéger contre le risque financier lié aux dépenses médicales. Le régime d'assurance Students' Health Home a débuté au Bengale occidental en 1952 et des régimes dans plusieurs pays d'Afrique occidentale, par exemple au Bénin, en Guinée, au Mali et au Sénégal, fonctionnent depuis les années 1980, souvent sans plus de quelques centaines de membres (*64–67*). Ces régimes sont fortement localisés, souvent attachés à un village ou à un groupe de professionnels. En Ukraine, par exemple, des personnes ont créé ce qu'on appelle une caisse maladie pour les aider à couvrir les dépenses en médicaments là où l'apport budgétaire est limitée aux centres de soins locaux. Les contributions s'élèvent généralement à environ 5% des salaires et elles sont souvent augmentées par l'argent collecté lors d'événements de bienfaisance. Bien que la couverture soit maigre en comparaison de celle du niveau national, les caisses jouent un rôle important dans certaines petites villes dont les centres de santé sont dotés de fonds insuffisants (*68*).

En l'absence d'une alternative efficace (un mécanisme de mise en commun des ressources actif publiquement réglementé), de tels régimes sont souvent populaires parmi les différents groupes de la population. Au total, 49 régimes de santé communautaires fonctionnent au Bangladesh, en Inde et au Népal. En Inde, les travailleurs du secteur privé, comme les ouvriers ou les petits agriculteurs, peuvent y adhérer. Ces régimes peuvent compter des centaines de milliers de membres (*69*), mais en termes relatifs, ils sont généralement trop petits pour fonctionner efficacement comme mise en commun des risques, ne fournissant qu'une couverture limitée pour les interventions chères, comme la chirurgie. Cependant, ils offrent un certain degré de protection, en couvrant les dépenses des soins primaires, et dans certains cas, une partie des frais d'hospitalisation. Ils familiarisent également les personnes au prépaiement et à la gestion commune, et peuvent faire naître le sentiment de solidarité nécessaire à la mise en place d'un mouvement plus vaste vers une couverture universelle (*70*).

L'assurance maladie participative, ou micro-assurance, peut aussi être un tremplin institutionnel vers de plus grands régimes régionaux qui, à leur tour, peuvent être consolidés sous forme de mise en commun des risques au niveau national, bien que cela nécessite presque toujours le soutien du gouvernement. De nombreux pays qui se sont rapprochés de la couverture universelle ont commencé par des petits régimes volontaires d'assurance maladie, qui ont progressivement évolué en assurance sociale obligatoire pour des groupes spécifiques, réalisant finalement des niveaux de protection du risque financier beaucoup plus élevés dans des caisses largement plus grandes. Les régimes d'assurance maladie volontaires ont été essentiels pour contribuer à développer, après bien des années, la couverture universelle en Allemagne et au Japon.

Plus récemment, plusieurs pays ont choisi une voie plus directe vers la couverture universelle que celle empruntée par l'Allemagne et le Japon il y a un siècle. Avant les réformes de la couverture universelle qui ont débuté en 2001, la Thaïlande disposait de plusieurs régimes séparés : le régime santé et bien-être pour les pauvres, le régime de carte santé volontaire, le régime de frais médicaux pour les fonctionnaires, le régime de sécurité sociale pour le secteur structuré de l'économie et l'assurance privée. Environ 30% de la population thaïlandaise étaient encore sans couverture en 2001 en dépit d'une couverture en expansion rapide pendant les années 1990 (*71*). Le régime des fonctionnaires a aussi reçu une subvention budgétaire par membre beaucoup plus conséquente

Encadré 3.1. La force du nombre

Les responsables politiques qui ont pour objectif de s'éloigner du paiement direct de l'usager et des autres formes de paiements directs ont trois options interdépendantes. La première consiste à remplacer les paiements directs par des formes de prépaiement, la plus commune étant une combinaison d'impôts et de cotisations d'assurance. La seconde consiste à consolider dans de plus grandes caisses les fonds existants , et la troisième à améliorer l'efficience de l'utilisation des fonds (c'est le sujet du Chapitre 4).

Prépaiement ne veut pas nécessairement dire que les gens paient pour tous les coûts des soins qu'ils recevront, mais qu'ils font des paiements anticipés. C'est-à-dire qu'ils contribuent à une caisse à laquelle ils peuvent faire appel en cas de maladie notamment. Certaines années, ils peuvent recevoir des services qui ont coûté plus que leurs contributions, et d'autres années, moins.

Que les caisses soient consolidées dans une caisse nationale ou non, ou qu'elles restent séparées pour stimuler la compétition ou pour refléter les besoins de différentes régions, c'est en partie une question de préférence nationale. Dans la plupart des pays à revenu élevé, la collecte et la mise en commun des ressources ont lieu au niveau du gouvernement central (avec des fonctions de collecte et de mise en commun partagées entre le ministère des Finances, ou le Trésor, et le ministère de la Santé). Ainsi, la République de Corée a choisi de fusionner plus de 300 assureurs individuels en une caisse nationale unique (*59*).

Mais des exceptions existent. Les citoyens suisses ont voté à une forte majorité en faveur du maintien de plusieurs caisses, plutôt que de créer une *caisse unique,* et les ressources sont regroupées pour des groupes de personnes plus petits. (*60*). Les Pays-Bas possèdent un système de fonds en concurrence depuis le début des années 1990 (*61*). Dans ces deux cas, les cotisations d'assurance sont obligatoires et les deux gouvernements cherchent à consolider les caisses, au moins dans une certaine mesure, par une uniformisation du risque, par laquelle l'argent est transféré des fonds d'assurance qui desservent une plus grande proportion des personnes à faible risque vers les fonds qui assurent surtout des personnes à haut risque et qui encourent donc des dépenses plus élevées.

Néanmoins, l'expérience suggère qu'une caisse unique offre plusieurs avantages, notamment une plus grande efficience (cf. Chapitre 4) et la capacité de subventions croisées au sein de la population. Il existe de fortes preuves que des systèmes de mise en commun des ressources fragmentés, sans uniformisation du risque, peuvent être contraires aux objectifs d'équité du financement car chaque caisse est incitée à assurer des personnes à faible risque et les parties de la population qui reçoivent plus d'avantages sont peu disposées à partager leurs fonds en gestion commune avec les parties de la population moins bien nanties (*62*).

L'uniformisation du risque existe aussi lorsque les gouvernements centraux attribuent des fonds destinés à la santé à des niveaux d'administration inférieurs ou à des centres de santé situés dans différentes régions géographiques. Les personnes et les entreprises des régions plus riches, rencontrant moins de problèmes de santé, contribuent généralement davantage à la caisse par des impôts et des frais que ce qu'ils reçoivent, alors que les habitants de régions plus pauvres, souffrant de problèmes de santé plus graves, reçoivent plus qu'ils ne contribuent. Certains pays utilisent aussi des formules d'allocation complexes pour décider de l'allocation juste pour plusieurs régions géographiques et centres de santé (*63*).

que le régime santé et bien-être pour les pauvres (*72*). En réalité, ces arrangements ont augmenté les inégalités.

Le programme de réforme de la couverture universelle de 2001 a rapidement progressé dans la réduction du réseau fragmenté des régimes et des subventions apportés par le gouvernement aux centres de soins. Les responsables politiques ont rejeté le développement lent de la couverture au moyen des cotisations d'assurance, reconnaissant ainsi qu'une grande partie des personnes non assurées travaillaient dans l'économie parallèle et qu'elles étaient trop pauvres pour cotiser à des primes d'assurance (*73*). Au lieu de cela, ils ont supprimé les anciens régimes de santé et bien-être et de carte santé volontaire et ont utilisé les recettes budgétaires générales, qui renflouaient auparavant ces régimes et les prestataires publics, pour créer une caisse nationale qui allait devenir ce qu'on appelle désormais le régime de la couverture universelle (appelé le «Régime 30 bahts» auparavant). Les régimes des fonctionnaires et de la sécurité sociale demeurent séparés, mais le régime de la couverture universelle regroupe les caisses de près de 50 millions de personnes et il a réduit la proportion de la population non assurée de 30% à moins de 4%.

Tous les pays qui ont recours à la concurrence des compagnies d'assurances pour leur couverture obligatoire utilisent un certain système d'égalisation des risques pour éviter les effets négatifs de la fragmentation. La République tchèque a commencé avec un éventail de compagnies d'assurances maladie, mais une seule caisse supportait la charge d'une clientèle considérablement plus âgée et plus pauvre. En 2003, le gouvernement a étendu son mécanisme d'égalisation du risque à toutes les contributions prépayées obligatoires d'assurance maladie, transférant avec succès les ressources des caisses assurant les personnes à faible risque vers celles qui assuraient les personnes à risque plus élevé. Cette réforme a en outre créé un mécanisme de dédommagement des assureurs en cas de coûts élevés (*74*).

Où et comment couvrir davantage de personnes ?

En progressant vers un financement de la santé basé sur le prépaiement et la mise en commun des ressources, les responsables politiques doivent d'abord décider quelles tranches de la population seront couvertes. Historiquement, de nombreux pays européens à revenu élevé ainsi que le Japon ont commencé par les travailleurs du secteur structuré de l'économie, qui sont faciles à identifier et dont les salaires réguliers sont relativement faciles à taxer.

Cependant, commencer par le secteur structuré de l'économie risquerait aujourd'hui de créer une fragmentation et des inégalités supplémentaires plutôt que d'orienter le système vers une grande mise en commun des risques, permettant de faire transiter les subventions des riches aux pauvres et des biens-portants aux personnes malades. Depuis 1980, seule peut-être la République de Corée a progressé vers la couverture universelle de cette façon. Dans ce pays, le système a évolué sous un gouvernement fort, dans une période de croissance économique rapide et avec des niveaux élevés (comparés à la plupart des pays à revenus faible et moyen) de participation des travailleurs du secteur structuré (*75*, *76*).

Ailleurs, les résultats ont été moins positifs. Généralement, les groupes qui reçoivent déjà une couverture poussent pour en augmenter les avantages ou réduire des contributions, mais pas pour étendre la couverture à d'autres personnes, notamment à celles qui ne sont pas en mesure d'y contribuer. On exacerbe ainsi les inégalités étant donné que ceux qui un emploi dans l'économie officielle sont généralement plus sécurisés du point de vue financier que le reste de la population. C'est ce qu'a vécu le Mexique il y a 15 ans lorsque différents types de fonds ont couvert plusieurs groupes de population, chacun à des niveaux d'avantages différents (*77–79*). De tels arrangements sont non seulement inéquitables, mais aussi inefficaces et chers (*80*, *81*). Cet état de fait a servi de base aux réformes mexicaines plus récentes, visant à fournir une couverture plus efficace aux groupes les plus défavorisés (*82*).

Se concentrer sur les pauvres

Lors de la planification du financement de la couverture universelle, les responsables politiques ne doivent pas exclure les personnes qui ne peuvent pas contribuer, sous prétexte peut-être qu'elles ne gagnent pas assez pour être imposables ou pour payer des primes d'assurance. La question clé est de savoir si les droits doivent être liés aux contributions. Est-ce que ceux qui ne contribuent pas financièrement peuvent obtenir des soins médicaux gratuits ? Le peu d'études à ce sujet suggère que la plupart des personnes pensent que les plus démunis doivent recevoir une aide en matière de soins de santé, elles pensent aussi que cette aide ne devrait pas prendre tout en charge (*83*). Chaque pays envisagera cette question à travers son propre point de vue socio-économique, mais les responsables politiques doivent se rappeler que les systèmes de financement de la santé, qui sont considérés comme étant justes, ont la meilleure chance de durabilité à long terme.

Le danger d'exclusion n'est pas limité aux malades et aux pauvres. On peut penser aussi aux pauvres exerçant des métiers dangereux. Dans la région où Narin Pintalakarn a eu son accident, les ouvriers sont la couche de la population la plus susceptible de se retrouver dans une unité de soins intensifs ou, si aucune disposition n'a été prise pour payer pour leurs soins, à la morgue du village.

Quel que soit le système adopté, certaines recettes publiques du budget national seront nécessaires pour s'assurer que les personnes qui ne peuvent pas se permettre de contribuer, peuvent quand même accéder aux services de santé en subventionnant, par exemple, leurs primes d'assurance maladie ou en n'imposant aucun paiement direct. Lorsque le montant total combiné des dépenses venant des recettes publiques générales et des cotisations maladie obligatoires est inférieur à environ 5–6% du produit intérieur brut (PIB), les pays rencontrent des difficultés pour assurer la couverture des services de santé pour les pauvres (*84*). Le bureau régional OMS des Amériques parle d'un niveau de 6% (*85*, *86*). Seuls les pays plus riches atteignent ce niveau de mise en commun de ressources obligatoire, mais les pays qui visent une couverture universelle ont besoin de développer des stratégies permettant de développer les contributions qui couvriront progressivement les plus défavorisés. Cela peut être réalisé de différentes façons, y compris en subventionnant les cotisations d'assurance ou en offrant des services gratuits.

Alors qu'il convient d'examiner minutieusement qui doit bénéficier d'une couverture, la provenance de l'argent – que ce soit des recettes générales nationales ou de certaines formes de cotisations maladie obligatoires – est moins problématique. En effet, il peut être inutile de décomposer les options en une dichotomie taxes/assurance maladie. Dans la plupart des systèmes de financement de la santé, l'hybridation prédomine, alors que la collecte, la mise en commun et la dépense des ressources s'appuient sur un mélange de plusieurs mécanismes. Les sources de revenus ne déterminent pas nécessairement la façon dont les fonds sont regroupés ou qui en bénéficie. Les cotisations d'assurance payées par les employeurs et/ou les salariés peuvent être mises en commun en tant que contributions aux recettes générales nationales. En République de Moldavie, le gouvernement a lancé sa Compagnie nationale d'assurance maladie en 2004, en puisant les fonds depuis deux sources principales : un nouvel impôt de 4% prélevé sur les salaires (augmenté à 7% en 2009) et les recettes budgétaires générales qui étaient précédemment dirigées vers les établissements de santé départementaux et nationaux ont été réacheminées vers la Compagnie (*87*).

La mise en commun des recettes budgétaires générales et des cotisations d'assurance obligatoires a presque éliminé la fragmentation du système budgétaire décentralisé. Par ailleurs, elle a été combinée à un changement de méthode de paiement qui, au lieu d'être basée sur les entrées, repose sur les sorties. De ce fait, on a atteint une égalisation supérieure des dépenses de santé nationales par personne dans toutes les régions administratives. Le niveau des paiements directs a également diminué de 20% pour la population la plus défavorisée (*88*, *89*). Cependant, la République de Moldavie a encore des obstacles à surmonter avant de pouvoir étendre cette couverture à certains segments de sa population (Encadré 3.2).

Même l'Allemagne, dont l'assurance maladie basée sur les charges sociales est considérée comme la plus ancienne au monde, a augmenté la part des recettes générales nationales dans la caisse de l'assurance. Ce mouvement répondait aux défis posés par une population vieillissante et donc, par l'amenuisement des cotisations d'assurance santé basées sur les salaires. Le pays a aussi dû considérer l'impact de la crise économique mondiale qui a commencé en 2008 sur l'emploi et les taux de contribution. Par la suite, l'Allemagne a injecté des fonds supplémentaires depuis les recettes générales nationales dans le système d'assurance et elle a réduit les taux de cotisation maladie basés sur les salaires de 15,5 à 14,9% (*91*, *92*).

Encadré 3.2. **Questions de droit en République de Moldavie**

La République de Moldavie a introduit un système national d'assurance maladie obligatoire en 2004. Les lois stipulent que la population économiquement active y contribue par cotisations sociales, ou dans le cas des professions indépendantes, par une contribution forfaitaire. Le reste de la population, y compris les chômeurs ou les personnes sans emploi, est exempté de contributions et est assuré par le gouvernement qui les verse pour eux. Le changement de la condition requise pour bénéficier des droits, qui est passé du simple fait d'être citoyen de la République de Moldavie à celle de s'acquitter d'une contribution, a eu pour résultat un accès inadéquat aux soins médicaux pour environ un quart de la population (27,6% en 2009). Ces personnes, des travailleurs agricoles ruraux pour la plupart, ont accès à des services d'urgence en cas de danger de mort et à un nombre limité de consultations avec des prestataires de soins médicaux primaires, mais tous les autres services doivent être acquittés par paiements directs (*87*).

Non seulement le gouvernement a demandé que ces personnes – dont beaucoup vivent sous le seuil de pauvreté – paient une prime, mais aussi que cette prime soit fixe pour toutes celles qui s'assurent par elles-mêmes, y compris les médecins, les notaires et les avocats. Une autre loi, votée en février 2009, garantit que toutes les personnes appartenant aux catégories pauvres en vertu de la loi récemment approuvée sur le soutien social, recevront automatiquement une assurance maladie intégralement subventionnée. Les inquiétudes liées à la couverture ont encore été corrigées par une loi approuvée en décembre 2009 et qui a considérablement étendu (par exemple à tous les soins de santé primaires) l'ensemble des services pour tous les citoyens, sans se préoccuper de l'état de leur assurance. Malgré certaines questions d'équité persistantes, la centralisation de tous les fonds publics pour les soins médicaux et la séparation entre les fonctions d'achat et de prestation ont abouti à une plus grande équité géographique dans les dépenses du gouvernement en matière de santé par personne, depuis que la réforme de l'assurance maladie a été introduite en 2004 (*90*).

Autres barrières à l'accès

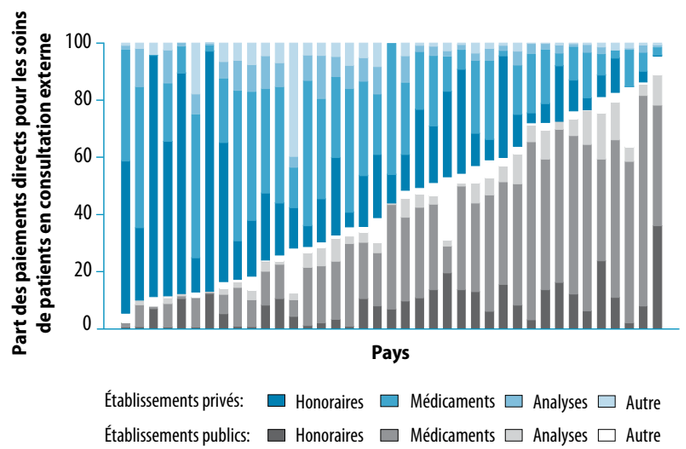
Alors que passer des paiements directs à un système de prépaiement et de mise en commun des ressources aide les plus démunis à obtenir des soins, leur accès n'en est pas garanti. Les paiements directs ne sont qu'une des dépenses financières auxquelles les personnes font face en recourant à des services de santé, et les débours de frais versés aux organismes de santé publics peuvent représenter une petite partie de ces dépenses. En outre, les coûts financiers ne sont qu'une des barrières potentielles aux soins (*93*, *94*). Il y a, par exemple, des barrières culturelles et linguistiques dans les sociétés multiculturelles où des femmes seules n'ont parfois pas le droit de voyager.

Les résultats des enquêtes globales sur la santé menées dans 39 pays à revenus faible et moyen montrent qu'en moyenne, seules 45% des dépenses directes des ménages totales pour des soins en consultation externe concernaient des versements à des organismes de santé publics, comprenant les honoraires médicaux, les médicaments et les analyses (les segments gris dans la Figure 3.3). Dans certains pays, ces dépenses étaient inférieures à 15%. Les autres 55% représentaient les versements à des centres de soins privés, notamment à des organisations non gouvernementales et pour des médicaments et des analyses achetés dans le privé (*95*). Offrir des services de santé gratuits uniquement dans les établissements publics ne permet que de réduire partiellement les barrières financières à l'accès. Dans certains pays, il ne s'agit que d'une toute petite partie.

Le transport peut constituer une autre dépense majeure, surtout dans les régions rurales éloignées. Les mêmes enquêtes globales sur la santé effectuées dans 39 pays ont montré que les frais de transport ont représenté, en moyenne, plus de 10% des dépenses directes des ménages totales encourus pour aller consulter un médecin (*95*). Les frais de transport peuvent aussi inciter les personnes de retarder leur traitement (*96*). Un séjour prolongé à l'hôpital nécessite souvent un hébergement et des repas pour les patients. Cela s'ajoute également aux dépenses liées au traitement (*97*). Même lorsqu'il n'y a aucune facturation directe ou si elle est limitée, les frais de transport et autres paiements directs peuvent être un obstacle significatif à une offre de soins au moment idoine (*98*).

Il y a plusieurs façons de faire tomber ces barrières financières supplémentaires. L'une des plus évidentes consiste à investir dans les soins primaires, en s'assurant que toutes les personnes disposent d'un accès physique peu coûteux et facile aux services. Cela était un facteur clé dans le mouvement thaïlandais

Figure 3.3. **Paiements directs effectués aux centres de soins publics et privés dans 39 pays**



Source (*95*).

vers une couverture universelle. La réforme du financement de la santé s'est accompagnée, sur l'ensemble du pays, d'une extension des soins de santé primaires et d'un service de santé rural dans lequel les nouveaux diplômés des écoles de médecine devaient officier (*99*).

Les autres pays ont opté pour une réforme graduelle, en utilisant des bons ou des transferts monétaires conditionnels (*conditional cash transfers* – CCTs) qui fournissent les moyens financiers permettant aux personnes d'accéder aux services et/ou de faire réaliser certains actes médicaux spécifiques, habituellement liés à la prévention (*100*, *101*).

L'utilisation de ces transferts s'est surtout répandue en Amérique du Sud où ils ont eu un certain succès au Brésil, en Colombie, au Honduras, au Mexique et au Nicaragua (*102–104*). Au Mexique, le régime des transferts monétaires conditionnels Oportunidades (connu auparavant sous le nom de «Progresa») a débuté en 1997. Il couvre 5 millions de familles pour presque 4 milliards de dollars de dépenses publiques. Il a amélioré la santé infantile et a réduit la mortalité natale (*105*, *106*).

Les transferts monétaires conditionnels ont aussi été appliqués dans plusieurs pays, y compris au Bangladesh, en Équateur, au Guatemala, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Népal, au Pakistan, en Turquie et aux États-Unis d'Amérique. Tout en ayant leur place dans le financement de la santé, ils ont peu d'utilité dans les régions où les services sont limités ou de qualité médiocre, comme c'est le cas dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne rurale.

Pour que les transferts monétaires conditionnels et les systèmes de bons permettent de compenser les dépenses et les pertes de revenus lors de soins médicaux, il faut qu'ils soient ciblés de façon sensée. Cela se traduit par le fait d'encourir des dépenses potentiellement importantes et de risquer des inefficacités, comme la fuite vers les non-pauvres qui, par leur éducation ou leurs relations, sont à même de mieux exploiter de tels avantages.

Cependant, dans les régions où les barrières à l'accès sont majeures (régions rurales pauvres, isolées, par exemple), les transferts monétaires conditionnels et les systèmes de bons peuvent être les seuls moyens à court terme d'assurer que les personnes sont soignées au bon moment.

Conclusions

Les trois dernières décennies ont permis de tirer des leçons des échecs liés aux paiements directs dans le financement des systèmes de santé. La solution réside dans la progression vers un système de prépaiement et de mise en commun des ressources, tout en partageant le risque financier lié à la maladie avec le plus grand groupe de population possible. Cela doit être soigneusement planifié afin d'éviter d'exacerber la situation déjà désespérée de nombreuses populations pauvres et vulnérables du monde, surtout celles qui vivent dans des régions éloignées. L'Encadré 3.3 résume l'évidence présentée dans le présent chapitre, information qui peut être utilisée pour informer les responsables politiques du pays.

Les objectifs à long terme devraient être de réduire le niveau des paiements directs sous la barre des 15–20% des dépenses de santé totales et d'augmenter la proportion des dépenses d'assurance publiques et obligatoires combinées dans le PIB à environ 5 ou 6%. Atteindre ces cibles prendra du temps dans certains pays qui peuvent se fixer des objectifs plus facilement réalisables à courte terme. La transition peut paraître intimidante, mais de grands pas ont récemment été faits par beaucoup de pays, y compris par des pays aux ressources limitées.

Pour les pays dans l'incapacité à générer le financement ou manquant de l'infrastructure technique pour soutenir la transition, le soutien financier externe sera vital. Il est important que ce soutien soit fourni dans l'esprit de la Déclaration de Paris, de façon à permettre aux bénéficiaires de l'aide de formuler et d'exécuter leurs propres plans nationaux selon leurs priorités. La manière fragmentée par laquelle les donateurs acheminent des fonds vers les pays doit être évitée. Les partenaires au développement doivent aussi se souvenir que de nombreux gouvernements ont actuellement recours au paiement direct par l'usager qu'ils ont mis en place sur des conseils externes et parfois à la demande des donateurs.

La transition vers un système de prépaiement et de mise en commun nécessite des actions aux niveaux national et international afin de permettre d'honorer les engagements de prêt faits au cours de la dernière décennie. Le succès dépendra dans une certaine mesure de la mobilisation continue des ressources sur lesquelles les gouvernements se sont engagés. Sans investissements dans les services de santé, notamment dans l'infrastructure et le personnel apte à fournir des soins primaires adéquats, la question de savoir comment acheter des soins médicaux est superflue. Aucun soin, c'est aucun soin, quelle que soit la manière dont vous voulez les payez.

Enfin, même dans les pays où un système de prépaiement et de mise en commun est la norme, il y aura toujours des personnes nécessiteuses pour qui les soins médicaux devront vraiment être gratuits. ■

Encadré 3.3. Idées centrales pour réduire les barrières financières

La question clé pour les responsables politiques actuels est la suivante: comment pouvons-nous changer notre système de financement de la santé pour profiter davantage de la force du nombre, ou pour protéger les avantages déjà réalisés ? Voici quelques considérations de base pour les responsables politiques qui cherchent à augmenter la protection financière de la population, tout en réduisant les barrières d'accès aux services nécessaires.

La mise en commun des ressources rapporte

Les pays peuvent faire des progrès plus rapides vers une couverture universelle en introduisant des formes de prépaiement et de mise en commun pour tirer profit de la force du nombre.

Consolider ou compenser

Il existe des possibilités d'amélioration de la couverture en consolidant les caisses fragmentées ou en développant des formes de compensation du risque, permettant le transfert de fonds entre elles.

Combiner les impôts et l'assurance maladie sociale

La source des fonds ne doit pas déterminer la façon de les regrouper. Les impôts et les cotisations d'assurance peuvent être combinés pour couvrir la population dans son ensemble, plutôt que de les maintenir dans des fonds séparés.

Une contribution obligatoire aide

Les pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle utilisent une certaine forme d'agencement des contributions obligatoire, financées par les recettes générales nationales ou par les cotisations d'assurance obligatoires. Cela permet aux fonds mis en commun de couvrir les personnes ne pouvant pas payer et que l'on retrouve dans toutes les sociétés.

Les régimes volontaires sont une première étape utile

Si le contexte économique et fiscal plus large ne permet que des faibles niveaux de perception de l'impôt ou des cotisations d'assurance obligatoires, les régimes volontaires peuvent fournir une certaine protection contre le risque financier lié à la maladie et peuvent aider les personnes à comprendre les avantages des prépaiements et de la mise en commun. Mais l'expérience suggère que leur potentiel est limité.

Supprimer le paiement direct

Ce n'est que lorsque les paiements directs des ménages arrivent à 15–20% des dépenses totales de la santé que l'incidence de catastrophe financière chute à des niveaux négligeables, bien que les pays et les régions puissent préférer se donner des cibles intermédiaires, comme nous l'avons vu précédemment pour les régions OMS de l'Asie du Sud-est et du Pacifique occidental.

Références

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries).* Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation.* Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
10. Habicht J, Xu K, Couffinhal A, Kutzin J. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda.* World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010,375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010–2015).* Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010,125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007,122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005,331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008,13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006,9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).
24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002,37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9–16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990,5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995,10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa.* Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Increasing0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997,12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine (1982)*, 1993,37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485
32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008:168–198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 (http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf, accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372
40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé.* World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care.* Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa.* Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995,32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999,14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S, Adjei S, Armar-Klemesu M, Graham W. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009,2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009,373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach.* Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; http://go.worldbank.org/LSI0CP39O0, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries.* Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium.* Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenue*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudiy V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization.* Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross.* World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.
72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges.* World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea.* World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007.* World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006,40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004,19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997,41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.* Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005,24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity.* World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk.* World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707

90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (http://www.hpm.org/survey/de/a13/3).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938
98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27) (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeveco.2010.01.003.