



# Effet des Subventions du Secteur de la Santé Sur la Disponibilité et la Qualité des Soins de Santé au Kenya

*Isabella J. Kiplagat et  
Philip K. Musyoka*

Juillet 2021 / No.748

## Résumé

Cette étude cherche à examiner l'effet des subventions du secteur de la santé sur la disponibilité et la qualité des soins de santé primaires au Kenya tout en se concentrant sur l'effet du Fonds des services du secteur de la santé (HSSF), un mécanisme de financement innovant dans lequel les fonds sont canalisés directement du gouvernement national aux niveaux les plus bas des prestataires de soins de santé dans le pays : les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux de premier niveau. Plus précisément, nous avons cherché à établir l'effet du HSSF sur la disponibilité et la qualité des soins de santé dans le pays, mesurées respectivement par la disponibilité des médicaments essentiels et la

précision du diagnostic des maladies par les prestataires. L'étude a utilisé les données de la recherche IDS-ESDP menée au Kenya en 2012/13. L'analyse s'est appuyée sur la théorie microéconomique de base - la théorie mandant-mandataire -. Nous avons utilisé de manière appropriée les modèles de moindres carrés ordinaires et de probit pour régresser la disponibilité et la qualité des mesures de soins de santé sur le statut HSSF et une variété de variables de contrôle tout en contrôlant l'endogénéité de la réception HSSF. Les résultats de la régression soulignent l'importance du montant et de la réception des subventions pour les services du secteur de la santé (HSSF) dans l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels et de la qualité des soins, respectivement. Ainsi, le financement direct et accru des institutions sanitaires de niveau inférieur améliore la disponibilité des médicaments essentiels individuels au niveau de l'établissement. De même, le financement du HSSF est important pour influencer l'exactitude du diagnostic des maladies. D'autres facteurs tels que le type d'établissement et l'accès à l'électricité ont influencé la disponibilité des médicaments essentiels, tandis que le groupe d'âge et la formation des agents de santé, tels qu'indiqués par le type de cadre, ont été des déterminants importants de la qualité du processus de prestation des soins de santé.

## Introduction

La procuration/prestation de services, associée à d'autres facteurs tels que les déterminants sociaux, est un élément fondamental de l'amélioration de l'état de santé de la population. L'amélioration de la prestation des services est donc importante pour atteindre les objectifs internationaux et nationaux d'amélioration de la santé de la population. Le renforcement des services de santé est reconnu comme une priorité pour répondre aux besoins de santé de base de la population de tout pays (Peters et al., 2009). Un bon système de prestation de services de santé implique, entre autres caractéristiques, une disponibilité accrue des intrants de soins de santé, y compris les médicaments et autres fournitures médicales, et la prestation de soins de santé de qualité (ONU Droits de l'homme, 2019 ; OMS, 2010).

La disponibilité des intrants de santé contribue à optimiser l'accès aux soins de santé (Carillo et al., 2011 ; Andersen, 1995 ; Aday et Andersen, 1974) puisqu'elle offre à la population une opportunité d'obtenir des soins de santé en cas de besoin (Gulliford et al., 2002). Cependant, l'amélioration quantitative des soins de santé, par exemple à travers une plus grande disponibilité des intrants d'infrastructure, est une étape nécessaire mais pas suffisante pour améliorer les résultats en matière de santé (Powell-Jackson, Mazumdar et Mills, 2015 ; Okeke et Chari, 2014). En plus d'un accès amélioré et d'une meilleure infrastructure de santé, la qualité des soins est de plus en plus reconnue comme essentielle à l'obtention de meilleurs résultats de santé, d'où l'évolution du débat politique vers son amélioration (Lee, Madhavan et Bauhoff, 2016 ; Peabody et al., 2006).

Les Objectifs de développement durable (ODD) considèrent l'accès à des services de santé de qualité comme l'un des indicateurs de l'objectif 3 des ODD lié à la santé (Pisano et al., 2015). Le cadre politique du Kenya reconnaît le rôle de la disponibilité des intrants des infrastructures de santé et de la qualité des soins de santé dans l'amélioration de la santé de ses citoyens. La Constitution du Kenya accorde des droits aux soins de santé (Gouvernement du Kenya, 2010) dont l'actualisation repose, entre autres, sur un approvisionnement adéquat en médicaments essentiels. En outre, la constitution prévoit la dévolution des soins de santé dans le but de promouvoir la disponibilité des soins de santé à la base (Gouvernement du Kenya, 2010). Le plan de développement actuel du Kenya - la Vision 2030 du Kenya - vise à garantir que l'ensemble de la population ait accès à des services de santé efficaces et de qualité (Gouvernement du Kenya, 2007).

Des efforts considérables ont été déployés pour améliorer les ressources humaines, les infrastructures, les fournitures médicales et les équipements du système de santé au cours des deux dernières décennies au Kenya (Mugo et al., 2018 ; ministère de la Santé, 2013). Cela a conduit à une amélioration notable des résultats de santé dans le pays au fil des ans, avec des statistiques indiquant une baisse générale de la mortalité infantile et maternelle (Dutta et al., 2018 ; Ministère de la Santé, 2016 ; Bureau national des statistiques du Kenya, Ministère de la Santé/Kenya, Conseil national de lutte contre le sida/Kenya, Institut de recherche médicale du Kenya, Conseil national pour la population et le développement/Kenya, et ICF International, 2015) et une amélioration globale de l'espérance de vie (Ministère de la Santé, 2016 ; Banque mondiale, 2014) et l'amélioration globale de l'espérance de vie (Ministère de la Santé, 2016 ; Banque mondiale, 2014). De manière générale, les statistiques disponibles montrent que le pays s'en sort bien en termes de disponibilité des équipements clés et des médicaments essentiels recommandés pour un établissement de santé (Mugo et al., 2018 ; Martin et Pimhidzai, 2013). Néanmoins, certains éléments essentiels de la prestation de services de santé sont encore insuffisants. Il a été observé, par exemple, que la disponibilité des médicaments pour les mères et les enfants était respectivement de 59 % et 78 % en 2013 (Mugo et al., 2018 ; Martin et Pimhidzai, 2013). Cela constitue un obstacle à la réalisation d'une meilleure santé pour les mères et les enfants dans le pays.

Outre les lacunes existantes en matière de disponibilité des intrants clés de l'infrastructure, il existe des lacunes en matière de qualité des soins en termes de performance clinique. L'enquête sur les indicateurs de prestation de services (IDS), financée par la Banque mondiale et les données recueillies en 2012/13 par l'Institut de recherche et d'analyse des politiques publiques du Kenya (KIPPRA) et Kimetrica, a révélé que les connaissances des prestataires étaient insuffisantes en matière de diagnostic des maladies et de respect des directives de traitement des maladies. Plus précisément, l'enquête observe que seulement 16 % des prestataires ont été en mesure de diagnostiquer correctement cinq (5) pathologies traceuses, à savoir :

le paludisme avec anémie, la diarrhée, la tuberculose pulmonaire, le diabète et la pneumonie (Martin et Pimhidzai, 2013). De plus, seulement 43 % des prestataires dans les établissements publics ont adhéré aux directives cliniques pour les cinq (5) pathologies traceuses, avec seulement 13 % des prestataires de soins de santé adhérant à au moins la moitié des directives cliniques.

Le financement de la santé est un élément clé de la prestation de soins de qualité, car il améliore la fourniture d'établissements de soins de santé, l'achat de médicaments et d'équipements de santé, la rémunération du personnel, les opérations et la maintenance (Kimani et al., 2004). En effet, la manière dont les communautés paient pour les soins de santé ainsi que le montant des ressources consacrées à la santé affectent non seulement les soins que les gens reçoivent, mais aussi leur qualité (Chalkly et Malcomson, 1998). Bien que les sources et l'ampleur du financement soient importantes dans la prestation des services de santé, il est essentiel de mettre en place un mécanisme d'allocation des ressources qui encourage la mise en place d'installations sanitaires de base, comme le prévoient les engagements internationaux et nationaux, qui identifie les domaines prioritaires en matière de financement et qui encourage la responsabilité en matière de financement et de résultats sanitaires. Giacomini, (1996) observe que tout système de financement crée des incitations financières, mais deux scénarios sont possibles : un décideur politique peut concevoir des choix non motivés par le désir de communiquer des objectifs politiques à travers des incitations financières et, un décideur politique peut choisir d'utiliser des incitations financières comme instrument de communication des objectifs politiques et de changement de comportement.

L'appel à l'utilisation d'incitations financières dans le secteur de la santé, tant au niveau des ménages (côté demande) qu'au niveau des établissements (côté offre), vise principalement à changer les comportements en encourageant l'utilisation et la fourniture de services de santé de qualité, respectivement (Mills, 2014). La littérature existante documente la contribution des incitations financières du côté de la demande, principalement par les transferts monétaires conditionnels, pour changer le comportement des ménages (Glassman et al., 2013 ; Lagarde, Haines et Palmer, 2009). L'accent mis sur l'offre souligne également le rôle important des incitations financières, en grande partie, des subventions liées à la performance/aux résultats (où les paiements sont basés sur la performance prédéfinie des prestataires de soins de santé (Fan et al., 2013) dans l'amélioration de la qualité de soins de santé offerte par les prestataires. (Gertler et Vermeersch, 2013 ; Olken et al., 2014. Les mesures incitatives peuvent également être utilisées pour éliminer les obstacles financiers en mettant l'accent sur l'amélioration des soins (McLoughlin et Leatherman, 2003).

Le système de gouvernance décentralisé du Kenya en 2010 a conduit à la délégation de certains services gouvernementaux auparavant fournis par le gouvernement national aux quarante-sept (47) gouvernements de comtés (KPMG Africa, 2014). Ce système

a vu la division des responsabilités en matière de soins de santé entre les comtés et les gouvernement national. En conséquence, la prestation des services de santé essentiels est confiée aux gouvernements des comtés, tandis que le gouvernement national conserve la politique de santé, l'assistance technique aux comtés et la gestion des institutions sanitaires de référence nationales. La dévolution a abouti à la décentralisation fiscale, qui était censée fournir des incitations aux gouvernements décentralisés des comtés pour une prestation de services efficace grâce à un meilleur ciblage des interventions de développement sur les besoins des communautés locales et à la concurrence accrue inhérente entre les gouvernements locaux pour l'obtention de subventions nationales (Davoodi et Zou, 1998).

La principale source de financement des gouvernements de comté inclut une part équitable du revenu national (au moins 15 %), le Fonds de péréquation pour les communautés marginalisées représentant 0,5 % du revenu national et les subventions conditionnelles et inconditionnelles du gouvernement national (Commission on Revenue Attribution, 2014). Entre 2014/15 et 2016/17, la part de l'allocation budgétaire à la santé dans les comtés est passée de 56 % à 59 % (République du Kenya, 2018). Les gouvernements des comtés génèrent également des revenus provenant des impôts fonciers, des licences commerciales et des taxes sur les divertissements. Les allocations nationales aux comtés sont normalement accordées sous forme d'une subvention globale et les comtés déterminent la part à allouer à la santé. Certaines allocations nationales aux secteurs de santé des comtés sont toutefois de nature conditionnelle. Il s'agit notamment des allocations destinées aux hôpitaux de référence des comtés (hôpitaux de niveau 5), aux soins de santé maternels gratuits et à la compensation pour les frais d'utilisation non perçus (République du Kenya, 2017). Il est également important de noter que le secteur privé, principalement les consommateurs, reste la plus grande source de financement de la santé au Kenya, contribuant à environ 40 % du financement de la santé en 2015/16 contre une contribution de 37 % et 23 % du secteur public et les donateurs, respectivement, au cours de la même période (République du Kenya, 2018).

Les services du secteur de la santé des gouvernements des comtés bénéficient également d'un financement direct du gouvernement national et des donateurs par le biais d'un système de financement de la santé innovant connu sous le nom de Fonds pour les services du secteur de la santé (HSSF). HSSF canalise les fonds directement du gouvernement national vers les niveaux les plus bas des prestataires de soins de santé du pays, résolvant ainsi en partie le problème de l'accès au financement à ces niveaux : les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux de niveau inférieur. Le fonds est devenu opérationnel dans le pays en 2010 après un premier projet pilote dans la région côtière en 2005 (Opwora et al., 2010). La structure et les conditions du fonds sont susceptibles d'inciter les institutions sanitaires financées à se conformer aux procédures comptables du gouvernement (Banque mondiale, 2014) et à renforcer la responsabilité communautaire grâce à

l'inclusion des membres de la communauté dans la gestion du fonds au niveau de l'établissement (Waweru et al., 2013). Les sources de financement du HSSF sont le gouvernement et les partenaires au développement, principalement l'Agence danoise pour le développement international (DANIDA) et la Banque mondiale. Les fonds sont crédités directement sur le compte bancaire de l'établissement chaque trimestre et sont gérés par le Comité de gestion du service de santé (HFMC). L'objectif principal des fonds est de payer les dépenses opérationnelles de l'établissement (République du Kenya, 2009), y compris l'entretien de l'établissement, la rénovation, le personnel de soutien, les indemnités, les communications, les services publics, les fournitures médicales, le carburant, les activités communautaires visant à améliorer la qualité des services (Waweru et al., 2013 ; Health Rights Advocacy Forum, 2012). Le tableau 1.1 présente le nombre total d'institutions sanitaires recevant des décaissements du HSSF depuis octobre 2010.

**Tableau 1 : Nombre total d'institutions sanitaires recevant des décaissements depuis octobre 2010**

Exercice financier	Période de décaissement	Centres de santé	Dispensaires
2010/11	1er décaissement	589	
	2e décaissement	589	
	3e décaissement	653	
2011/12	1er décaissement	673	482
	2e décaissement	706	2 092
	3e décaissement	718	2 291
	4e décaissement	720	2 296
2012/13	1er décaissement	765	2 330
	2e décaissement	770	2 384
	3e décaissement	751	2 349

Source: Waweru et al. (2013)

Le caractère unique de la conception du HSSF (Banque mondiale, 2014) offre une opportunité d'analyser l'effet de l'approche de financement direct sur la disponibilité et la qualité des soins de santé de niveau primaire. Cette étude se concentre sur la façon dont l'incitation à la fourniture de matériel médical et à la qualité des soins de santé par la suppression des obstacles financiers (le Fond HSSF tente de remédier aux retards de décaissement des fonds du ministère de la Santé aux niveaux les plus bas de soins de santé les plus bas) pourrait conduire à une meilleure prestation de services par l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels dans l'établissement et de la qualité des soins des prestataires. Le HSSF incite également au respect des directives comptables et à l'implication de la communauté (Health Rights Advocacy Forum, 2012), ce qui pourrait affecter la qualité des prestations de soins sanitaires. Compte tenu du caractère unique du HSSF, nous avons cherché à examiner l'effet de cette subvention de soins de santé sur les mesures de prestation

de services sanitaires, principalement la disponibilité des médicaments traceurs essentiels et la qualité des soins de santé telle que mesurée par la précision du diagnostic des maladies par les prestataires au Kenya.

Les concepts de disponibilité et de qualité des soins de santé utilisés dans cette étude sont guidés par le cadre de Donabedian pour l'évaluation de la qualité des soins, qui classe les mesures de la qualité des soins de santé en trois domaines : structure, processus et résultats (Donabedian, 1988). Les mesures structurelles sont les plus pertinentes pour la disponibilité (Kuhlthau, 2011) et se concentrent principalement sur l'environnement dans lequel les soins de santé ont lieu - les bâtiments, les ressources humaines et la disponibilité des fournitures et équipements médicaux. La qualité du processus concerne ce qui est fait pour fournir et recevoir des soins. Les mesures de la qualité des processus sont une mesure directe de la qualité des soins de santé au niveau de l'établissement (Mant, 2001). Les mesures de la qualité des résultats font référence à l'impact de la disponibilité et de la qualité sur les bénéficiaires des soins de santé. Cette étude évalue la disponibilité et la qualité des soins de santé en fonction de la compétence des prestataires en matière de performance clinique.

Une bonne partie de la population kényane (40 %) qui utilise les établissements publics pour les services ambulatoires se fait soigner dans les institutions sanitaires de niveaux 2 et 3 ; c'est-à-dire les dispensaires et les centres de santé (Ministère de la Santé, 2014 ; République du Kenya, 2018). En tant que tel, la responsabilité de la fourniture de soins de santé primaires incombe fortement aux dispensaires et aux centres de santé. Une évaluation de la prestation de services de santé à ces niveaux indique que la disponibilité des infrastructures telles que l'eau, l'assainissement et l'électricité est généralement positive. Cependant, il existe des écarts de performance en termes de disponibilité des médicaments essentiels et de connaissances des prestataires. Alors que les médicaments traceurs essentiels sont toujours censés être disponibles, le rapport sur les indicateurs de prestation de services observe qu'aucune des institutions sanitaires ne disposait de tous les médicaments essentiels recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (Martin et Pimhidzai, 2013). Il est encore plus déconcertant de constater qu'il existe des lacunes dans les connaissances des prestataires en matière de diagnostic des maladies, seuls 16 % d'entre eux étant capables de diagnostiquer correctement cinq (5) maladies courantes, à savoir le paludisme avec anémie, la diarrhée, la tuberculose, le diabète et la pneumonie (Martin et Pimhidzai, 2013).

Le système de santé du Kenya cherche à améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour tous les Kényans grâce à la couverture sanitaire universelle (CSU). Pour atteindre cet objectif, le Kenya a besoin de moyens innovants pour mobiliser et utiliser les ressources financières (Barasa et al., 2018 ; Dutta et al., 2018 ; Gouvernement du Kenya, 2007). Bien que les réformes actuelles dans le pays visant l'expansion de l'assurance-maladie par le biais du Fonds national d'assurance-hospitalisation (NHIF)

soient essentielles pour la réalisation de la CSU, elles pourraient ne pas suffire à répondre à d'autres exigences d'investissement telles que la disponibilité des produits, des équipements et de la main-d'œuvre (Dutta et al., 2018). Fondamentalement, les mécanismes de financement des institutions sanitaires, en particulier ceux de niveau inférieur, restent un défi. Auparavant, au Kenya, seulement 50 % des subventions ciblées pour les soins de santé pouvaient atteindre ces établissements à cause des retards au siège du ministère des Finances et du ministère de la Santé, d'insuffisances dans les allocations trimestrielles, de problèmes de liquidité et du non-respect de la procédure comptable du gouvernement (Health Rights Advocacy Forum, 2012). Cela s'est traduit par une faible couverture et une mauvaise qualité des services de santé dans le système de santé du Kenya. Avec le système de gouvernance décentralisé, les gouvernements infranationaux reçoivent des subventions globales. L'allocation de ces subventions aux différents secteurs est en grande partie discrétionnaire. En moyenne, l'allocation budgétaire du comté à la santé est faible (environ 5 %), ce qui implique une part plus faible des institutions sanitaires, ce qui a donc un impact sur la qualité des soins de santé (Kimathi, 2017).

Le HSSF du Kenya a été créé spécifiquement pour fournir des financements opérationnels directement aux établissements de soins de santé primaires, qui comprennent les dispensaires et les centres de santé (Health Rights Advocacy Forum, 2012). La réception des fonds par les établissements sanitaires est basée sur des plans de travail et de dépenses approuvés et confirmés par les équipes de gestion sanitaire du district (Health Rights Advocacy Forum, 2012). L'approche innovante du décaissement du HSSF devrait permettre de relever les défis du financement, ce qui à son tour améliorera la disponibilité des fournitures médicales essentielles et la prestation de services de santé essentiels de qualité de manière équitable et efficace. En effet, le financement axé sur les résultats et les mécanismes de financement direct aux établissements (dont le HSSF est un exemple) ont été reconnus pour garantir la qualité et la disponibilité des soins de santé (Lee, Tarimo et Dutta, 2018).

Les études empiriques existantes documentent l'effet et le rôle des incitations financières destinées aux travailleurs de la santé dans l'amélioration de la qualité des soins de santé (Gertler et Vermeersch, 2013 ; Olken et al., 2014). L'incitation financière du HSSF, cependant, diffère des incitations destinées aux travailleurs de la santé dans la mesure où l'incitation vise à supprimer la barrière financière au niveau de l'établissement, d'où la nécessité d'étudier l'effet de ce fonds sur la disponibilité et la qualité des soins de santé au Kenya. À notre connaissance, peu d'études examinent empiriquement le rôle des subventions telles que le HSSF dans l'amélioration de la performance des établissements de soins de santé primaires au Kenya, d'où l'intérêt de cet article. Cette étude comble le vide existant dans la littérature sur le financement de la santé en examinant l'effet du HSSF, une subvention du secteur de la santé, sur la disponibilité et la qualité des soins de santé.

La Constitution du Kenya de 2010 et le système de gouvernance décentralisé qui en découle appellent à la mise en place de nouveaux mécanismes de financement de la santé qui garantiront une prestation de services équitable et efficace dans les secteurs de services clés de l'économie, ce qui inclut le secteur de la santé. L'adoption d'un cadre d'octroi de subventions qui encouragera la prestation de soins de santé de qualité est essentielle à la réalisation de ces objectifs (Chen et al., 2014). Cela contribuera à son tour à la réalisation du droit constitutionnel du citoyen kényan au meilleur état de santé (République du Kenya, 2010) et de l'objectif 3 des ODD liés à la santé, qui vise à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge (Pisano et al., 2015).

Une étude empirique sur l'effet des subventions allouées au secteur de la santé sur la disponibilité et la qualité des mesures de soins de santé contribuera au débat sur le mécanisme approprié de financement des soins de santé pour le système de gouvernance décentralisé au Kenya. L'étude sera importante pour les décideurs, les praticiens et les consommateurs de services de santé, tant au niveau national qu'infranational du gouvernement.

## Sources des données

Ce document a utilisé les données des indicateurs de prestation de services de santé et de l'enquête de suivi des dépenses publiques (ESDP) menée au Kenya en 2012/13. Ces données ont permis de recueillir des informations auprès de 294 institutions sanitaires publiques et privées à but non lucratif et de 1 859 travailleurs de la santé à trois niveaux de soins de santé ; à savoir les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux de premier niveau. L'enquête a permis de collecter des données sur la qualité de la prestation de services comme l'indiqué l'environnement dans lequel les soins de santé sont dispensés, notamment la disponibilité des intrants clés tels que les médicaments, les infrastructures et les équipements médicaux ainsi que les connaissances et les efforts des prestataires et du personnel de santé. En outre, ces données ont permis de recueillir des informations sur les sources de financement des établissements, y compris la subvention HSSF qui a été introduite dans les institutions sanitaires primaires entre 2010 et 2011.

## Conclusion et recommandations politiques

Ce document visait à examiner l'effet des subventions du secteur de la santé sur la prestation des services de santé, tel que mesuré par la disponibilité et la qualité des soins de santé au niveau des établissements. Les indicateurs de la disponibilité et de la qualité des soins de santé sont la disponibilité des médicaments essentiels

et la précision du diagnostic des maladies. Les résultats de l'analyse indiquent que la disponibilité de certains médicaments essentiels était faible (ampicilline, azithromycine, céfixime, métronidazole, sulfate de magnésium). Bien que nous remarquions que certains médicaments de la même classification étaient disponibles, la faible disponibilité de ces médicaments essentiels implique que les institutions sanitaires ne seraient pas en mesure de répondre aux besoins urgents de traitement des patients.

Cette étude souligne l'importance des subventions du secteur de la santé, en particulier le montant du HSSF, dans la détermination de l'indice composite de disponibilité des médicaments essentiels. En outre, la réception du HSSF augmente les chances de disponibilité des médicaments essentiels individuels au niveau de l'établissement, notamment le céfixime, la benzathine benzylpénicilline et la nifédipine. Cependant, alors que la réception du HSSF a eu un effet positif sur la mesure de la qualité des soins de santé, le montant du HSSF n'était pas important pour influencer la qualité du processus de soins de santé des prestataires ; c'est-à-dire la précision du diagnostic de la maladie. C'est peut-être dû au fait que la conception du fonds ne motive pas le personnel de santé à fournir des soins de santé de qualité.

Parmi les variables de contrôle, le type d'établissement était un déterminant significatif des mesures de disponibilité et de qualité. Un niveau plus élevé de type d'établissement, c'est-à-dire un centre de santé ou un hôpital par opposition à un dispensaire, était associé à la fois à un score plus élevé de disponibilité des médicaments et à une meilleure précision au sujet de l'exactitude du diagnostic de la maladie. L'emplacement et la propriété de l'établissement ont été des facteurs clés pour influencer la mesure de la disponibilité des médicaments essentiels. De plus, l'accès à une source d'énergie et le nombre de consultations externes avaient une influence significative sur l'indice composite de disponibilité des médicaments essentiels. Enfin, l'âge du prestataire de soins de santé avait un effet significatif sur la précision du diagnostic des agents de santé.

Sur la base des résultats observés, il est nécessaire d'instituer des programmes de financement visant à améliorer le niveau des établissements et la qualité des soins sanitaires des agents de santé dans le pays. Ces programmes devraient se concentrer sur l'acheminement des subventions directement vers les institutions sanitaires et devraient comporter une composante de rémunération au rendement afin de motiver les travailleurs de la santé à améliorer la qualité des soins de santé. Cela permettra également de réduire l'absentéisme parmi le personnel de santé et améliorera encore la qualité des soins de santé.

Outre le mécanisme de financement, il est nécessaire d'augmenter le niveau de financement, en particulier au niveau le plus bas des soins de santé. L'importance du type d'établissement pour influencer à la fois la disponibilité des soins de santé

et la qualité des processus de soins de santé souligne la nécessité d'augmenter le financement aux niveaux les plus bas des soins de santé primaires, principalement au niveau des dispensaires, dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé à ce niveau inférieur.

La formation des travailleurs est un facteur important pour améliorer la qualité des soins de santé du personnel. Outre la formation formelle, des cours de recyclage continus devraient être offerts aux agents de santé à tous les niveaux et surtout aux cadres inférieurs, car ils restent majoritaires et se trouvent davantage dans les zones rurales.

Le développement des infrastructures est essentiel pour améliorer la qualité des soins de santé. Le pays devrait donc se concentrer sur l'amélioration de l'accès à une source d'énergie, principalement l'électricité ou des sources alternatives. Cela améliorera à la fois la disponibilité des médicaments essentiels aux niveaux inférieurs et réduira la répartition inégale des travailleurs de santé à travers le comté.

## Références

- Aday L. A. and Andersen, R. 1974. "A framework for the study of access to medical care". *Health Services Research*. 9: 208–220.
- Andersen, R. M. 1995. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1):1–10.
- Barasa, E., Rogo, K., Mwaura, N., & Chuma, J. 2018. Kenya National Hospital Insurance Fund Reforms: implications and lessons for universal health coverage. *Health Systems & Reform*, 4(4), 346–361.
- Carillo, J. E., Carillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A. and Byron A. T. 2011. "Defining and targeting health care access barriers". *Journal of Health Care Poor Underserved*. 22 (2): 562–575.
- Chalkley, M. and Malcomson, J. 1998. "Contacting for health services with unmonitored quality." *The Economic Journal*. 108 (July):1093–1110.
- Chen, A., A. Mulaki and T. Williamson. 2014. Incentivizing performance: Conditional grants in Kenya's health system. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Chen, A., Dutta, A., & Maina, T. 2014. Assessing the Quality of Primary Healthcare Services in Kenya. Health Policy Project, Futures Group.
- Conrad, D. A. and Perry, L. 2009. "Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it?" *Annual Review of Public Health*, 30: 357–371.
- Commission on Revenue Allocation. 2014. *Recommendation on the sharing of revenue raised nationally between the national government and the county governments for the financial year 2015/16*. Nairobi: Kenya
- Davoodi, H. and Zou, H. 1998. "Fiscal decentralization and economic growth: A cross-country study". *Journal of Urban Economics*, 43: 244–257.

- Donabedian, A. 1988. "The quality of care: How can it be assessed?" *JAMA*, 260: 1745–1748.
- Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M. and Koseki, S. 2018. *Kenya Health Financing System Assessment, 2018: Time to Pick the Best Path*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
- Fan, V, Y., Duran, D., Silverman, R., and Glassman, A. 2013. Performance-based financing at the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analysis of grant ratings and funding, 2003–12. *Lancet Global Health*, 1:e161–68
- Gertler, P. and Vermeersch, C. 2013. Using performance incentives to improve medical care productivity and health outcomes. Institute for Research on Labour and Employment. UC Berkeley. Working Paper Series. Available at <http://escholarship.org/uc/item/9qn9q7ph>. Accessed on 23/08/2016.
- Giacomini, M.1996. *The many meanings of money: A health policy analysis framework for understanding financial incentives*. Hamilton, Ont: McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis.
- Glassman, A., Duran, D. and Koblinsky, M. 2013. *Impact of conditional cash transfers on maternal and newborn health*. Washington DC: Centre for Global Development.
- Government of Kenya. 2010. The Constitution of Kenya. Available at <http://www.kenyalaw.org/kl/index.php?id=398>. Accessed on 01/08/2019.
- Government of Kenya. 2007. *Kenya Vision 2030: A Globally Competitive and Prosperous Kenya*, Nairobi: Ministry of Planning and National Development and the National Economic and Social Council (NESC).
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. and Hudson, M. 2002. "What does 'access to health care' mean?" *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(3): 186–188.
- Health Rights Advocacy Forum. 2012. Facts about Health Sector Services Fund (HSSF). Available on [www.heraf.or.ke](http://www.heraf.or.ke).
- Kimani, D. N., Muthaka D. I. and Manda D. K. 2004. *Healthcare financing through health insurance in Kenya: The shift to a national social health insurance fund*. KIPPRA Discussion Paper No. 42, Nairobi: Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis.
- Kimathi, L. 2017. Challenges of the devolved health sector in Kenya: teething problems or systemic contradictions?. *Africa Development*, 42(1), 55–77.
- KPMG Africa, 2014. Devolution of Healthcare Services in Kenya, Available on [www.kpmg.com/Africa/en/IssuesAndInsights/Articles-Publications/Documents/Devolution%20of%20HC%20Services%20in%20Kenya.pdf](http://www.kpmg.com/Africa/en/IssuesAndInsights/Articles-Publications/Documents/Devolution%20of%20HC%20Services%20in%20Kenya.pdf)
- Kuhlthau, K. 2011. "Measures of availability of health care services for children". *Academic Pediatrics*, 11: S42–S48.
- Lagarde, M., Haines, A. and Palmer, N. 2009. "The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries". *Cochrane Database System Review*, 4: CD008137.
- Lee, B., Tarimo, K. and Dutta, A. (2018). *Tanzania's Improved Community Health Fund: An Analysis of Scale-Up Plans and Design*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus
- Lee, E., Madhavan, S. and Bauhoff, S. 2016. "Levels and variations in the quality of facility-based antenatal care in Kenya: Evidence from the 2010 service provision assessment". *Health Policy Plan*, 31(6): 777–784.

- Ma, C. A. 1994. "Health care payment systems: Cost and quality incentives". *Journal of Economics Management Strategy*, 3(1): 93–112.
- Mant, J. 2001. "Process versus outcome indicators in the assessment of quality of healthcare". *International Journal for Quality in Healthcare*. 13(6): 475–480.
- Martin, G. and Pimhidzai, O. 2013. Education and health services in Kenya: Data for results and accountability. Service Delivery. Washington DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16288>.
- McLoughlin V. and Leatherman S. 2003. Quality or financing: What drives design of the healthcare system? *Quality and Safety in Healthcare*. 12(2): 136–142.
- Mills A. 2014. "Health care systems in low- and middle-income countries". *New England Journal of Medicine*. 370: 552–57.
- Mills, A., Brugha, R., Hanson, K. and McPake, B. 2002. "What can be done about the private health sector in low-income countries?" *Bulletin of the World Health Organization*, 80: 325–330.
- Ministry of Health. 2016. Statistical review of progress towards the mid-term targets of the Kenya Health Sector Strategic Plan 2014–2018. [http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/KHSSP\\_StatisticalReport\\_2016](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/KHSSP_StatisticalReport_2016).
- Ministry of Health-. 2014. 2013 Kenya Household Health Expenditure and Utilization Survey. Nairobi: Government of Kenya.
- Mugo, P., Onsomu, E., Munga, B., Nafula, N., Mbithi, J. and Owino, E. (2018). *An Assessment of Healthcare Delivery in Kenya under the Devolved System*. KIPPRA. Special Paper No. 19
- Okeke, E and Chari, A.V. 2014. Can institutional deliveries reduce newborn mortality? Evidence from Rwanda. Available at: [http://works.bepress.com/edward\\_okeke/8/](http://works.bepress.com/edward_okeke/8/)
- Olken, B., Onishi, J. and Wong, S. 2014. "Should aid reward performance? Evidence from a field experiment on health and education in Indonesia". *American Economic Journal of Applied Economics*, 6(4):1–34.
- Opwora A., Kabare, M., Molyneux S. and Goodman, C. 2010. "Direct facility funding as a response to user fee reduction: implementation and perceived impact among Kenyan health centres and dispensaries". *Health Policy and Planning*, 25: 406–418.
- Peabody, J.W., Taguiwalo, M.M. and Robalino, D.A. 2006. "Improving the quality of care in developing countries". In: Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R. (eds), *Disease control priorities in developing countries*. 2<sup>nd</sup> edition. Washington DC: World Bank.
- Peters, D.H., El-Saharty, S., Siadat, B., Janovsky, K. and Vujcic, M. 2009. *Improving health service delivery in developing countries: From evidence to action*. Washington, DC: World Bank.
- Pisano, U., Lange, L., Berger, G. and Hamertner, M. 2015. The Sustainable Development Goals and their impact on the European SD governance framework: Preparing for the Post-2015 Agenda. ESDN Quarterly Report No. 32.
- Powell-Jackson, T., Mazumdar, S. and Mills, A. 2015. "Financial incentives in health: New evidence from India's Janani Suraksha Yojana". *Journal of Health Economics*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.07.001>.
- Republic of Kenya. 1999. Local Authority Transfer Fund (LATF) Act No. 8 of 1998. Nairobi: Government Printer.
- Republic of Kenya. 2009. Government financial management (Health Sector Services Fund)

- (amendments) regulations. In Legal Notice No. 79 of 5<sup>th</sup> Juin. Nairobi: Government Printer.
- Republic of Kenya. 2010. The Constitution of Kenya. Nairobi: Government Printer.
- Republic of Kenya. 2017. The Division of Revenue Act No. 16 of 2017. Kenya Gazette Supplement No. 96. Nairobi: Government Printer.
- Republic of Kenya 2018. *2017 Comprehensive Public Expenditure Review: From Evidence to Policy*. Government Printer, Nairobi, Kenya
- UN Human Rights. 2019. Committee on Economic Social and Cultural Rights. Available on <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>
- Waweru, E., Opwora, A., Toda, M., Fegan, G., Edwards, T., Goodman, C. and Molyneux, S. 2013. "Are health facility management committees in Kenya ready to implement financial management tasks: Findings from a nationally representative survey". *BMC Health Services Research*, 13(1): 1.
- World Bank. 2014. Options for conditional grants to improve primary healthcare service delivery. Nairobi: World Bank Report.
- World Health Organization – WHO. 2010. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization – WHO. 1993. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO. 2008. Formula funding of health services: Learning from experience in some developed countries. Available from [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_08\\_01-formula\\_funding.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_08_01-formula_funding.pdf)



## Mission

Renforcer les capacités des chercheurs locaux pour qu'ils soient en mesure de mener des recherches indépendantes et rigoureuses sur les problèmes auxquels est confrontée la gestion des économies d'Afrique subsaharienne. Cette mission repose sur deux prémisses fondamentales.

Le développement est plus susceptible de se produire quand il y a une gestion saine et soutenue de l'économie.

Une telle gestion est plus susceptible de se réaliser lorsqu'il existe une équipe active d'économistes experts basés sur place pour mener des recherches pertinentes pour les politiques.

[www.aercafrica.org/fr](http://www.aercafrica.org/fr)

### Pour en savoir plus :



[www.facebook.com/aercafrica](http://www.facebook.com/aercafrica)



[www.instagram.com/aercafrica\\_official/](http://www.instagram.com/aercafrica_official/)



[twitter.com/aercafrica](https://twitter.com/aercafrica)



[www.linkedin.com/school/aercafrica/](http://www.linkedin.com/school/aercafrica/)

Contactez-nous :

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique  
African Economic Research Consortium

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique

Middle East Bank Towers,  
3rd Floor, Jakaya Kikwete Road

Nairobi 00200, Kenya

Tel: +254 (0) 20 273 4150

[communications@ercafrica.org](mailto:communications@ercafrica.org)