

**IMPROVING ACCESS
TO REHABILITATION CARE
FOR THE POOREST**

**Evaluation of the 3 Equity Funds
set up by Handicap International
in Rwanda, Mali and Togo**

**COMMENT AMÉLIORER
L'ACCÈS AUX SOINS DE RÉADAPTATION
POUR LES PLUS PAUVRES ?**

**Evaluation de 3 Fonds d'Équité
mis en œuvre par Handicap International
au Rwanda, Mali et Togo**



**Summary of the Evaluation Report
Synthèse du rapport d'évaluation**

© 2009 - Handicap International

For more information / Pour plus d'information :

Handicap International
Rozenn Botokro,
West Africa Rehabilitation Advisor /
Référénte Technique Réadaptation pour l'Afrique de l'Ouest
BP 8621 – Lomé – TOGO
rbotokro@hi-togo.org
+(228) 261 56 94 / 226 01 56
web : www.handicap-international.fr

Consultant :

Baptiste Gerbier
b.gerbier@netcourrier.com

Photos :

R. Botokro

Translation into English:

Roland Baghnyan
rolandbagh@yahoo.fr

Disclaimer

Handicap International has the copyright on the publication thus the source must be mentioned:

B. Gerbier, R. Botokro, *IMPROVING ACCESS TO REHABILITATION CARE FOR THE POOREST, Evaluation of the 3 Equity Funds set up by Handicap International in Rwanda, Mali and Togo*, Handicap International, 2009

Avertissement

Les droits de publications sont réservés à Handicap International et toute citation extraite de ce document doit en mentionner l'origine :
B. Gerbier, R. Botokro, COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE RÉADAPTATION POUR LES PLUS PAUVRES ? Evaluation de 3 Fonds d'Equité mis en œuvre par Handicap International au Rwanda, Mali et Togo, Handicap International, 2009

Evaluation done by Baptiste Gerbier, Independent consultant,
under the supervision and coordination of Rozenn Botokro,
West Africa rehabilitation advisor for Handicap International.

This summary is written by Baptiste Gerbier and reviewed by Rozenn Botokro.

Evaluation réalisée par Baptiste Gerbier, Consultant indépendant,
sous la supervision de Rozenn Botokro, référente technique réadaptation de Handicap
International pour l'Afrique de l'Ouest.

Cette synthèse a été rédigée par Baptiste Gerbier et retravaillée par
Rozenn Botokro.

Table of contents

Evaluation background.....	6
The principle of the Health Equity Fund (HEF).....	6
Effects of the evaluated HEFs on the beneficiaries	6
Structural effects of the HEFs evaluated.....	8
Functioning of the HEFs evaluated.....	9
Cost of the HEFs evaluated.....	11
Evaluation of the relevance of HEFs for improving access to FR care.....	13
The limitations of the evaluation	15
Recommendations for the effectiveness and sustainability of the HEFs.....	15
Conclusion	16

Sommaire

Le contexte de l'évaluation.....	18
Le principe d'un Fonds d'Équité en Santé (FES).....	18
Les effets des FES évalués sur les bénéficiaires.....	19
Les effets structurels des FES évalués.....	20
Le fonctionnement des FES évalués	21
Le coût des FES évalués.....	23
Evaluation de la pertinence des FES pour favoriser l'accès aux soins de Réadaptation Fonctionnelle.....	25
Les limites de l'évaluation	27
Recommandations en vue de l'efficacité et de la pérennité des FES	28
Conclusion	28

**IMPROVING ACCESS
TO REHABILITATION CARE
FOR THE POOREST**

**Evaluation of the 3 Equity Funds
set up by Handicap International
in Rwanda, Mali and Togo**



Summary of the Evaluation Report

Evaluation and report: Baptiste Gerbier

Supervision and coordination: Rozenn Botokro

Evaluation background

This report is the result of a three-week mission to assess the Health Equity Funds (HEFs) set up by Handicap International (HI) in 3 countries in sub-Saharan Africa (Rwanda, Mali and Togo). This evaluation was conducted from November 23 to December 13, 2008 by an independent consultant. It was initiated and financed by HI (precisely the West Africa desk, the Technical Resources Department, and the Regional Coordination for West and Central Africa), without any contractual obligation vis-à-vis any institutional donor.

The three funds evaluated are not from the same project; they are in three different projects located in different countries.

The principle of the Health Equity Fund (HEF)

HEFs are a method of financing care for the poorest in countries where care is paid for. Indeed, when cost recovery policies are in place, the poorest are often unable to pay. These funds are based on the principle of the third-party payer: access to care is financed neither by the patients, nor by the institutions that provide the care, but rather by a third party. That third party enters into contracts with health facilities for them to deliver quality care at a given rate. In other words, the health facility plays the role of a service provider.

The management of an HEF can be entrusted either to the third-party payer or to another institution to which the third-party payer delegates this role. Managing an HEF consists in:

- Identifying and monitoring beneficiaries,
- Monitoring the quality and cost of the care provided,
- Making all necessary disbursements.

It is essential to dissociate the role of manager from the role of service provider; otherwise the third-payer principle would be undermined. In other words, the management of an HEF should certainly not be entrusted to the health facilities, because they would then de facto have funds to provide the care independently. It would almost be like giving them carte blanche and they would decide everything: care cost, quality, and beneficiaries. Ultimately, this would affect the operation of the HEF. It must be remembered that the proper functioning of an HEF cannot be regarded as an objective in itself, as the HEF is only a means (a mechanism or tool) for better access to care.

Effects of the evaluated HEFs on the beneficiaries

The evaluated HEFs only finance rehabilitation care for Persons with disabilities. The care enables Persons with Disabilities to have better mobility and become

autonomous again, which is an essential step towards greater autonomy in society. Compared to a standard HEF, the HEFs evaluated are limited to specific care (Functional Rehabilitation) for a particular population among the poorest, namely persons with disabilities. For the three projects involved, the rehabilitation services consist in physical therapy and/or orthotics or prosthesis devices and/or rolling or walking technical aids.

Selecting beneficiaries

The purpose of an HEF is to provide quality care to the greatest number of poor people, with a limited budget. This has 2 implications when selecting beneficiaries:

- Ensure that applicants are enthusiastic about Functional Rehabilitation care, so as to avoid unnecessary costs (such as the production of devices for people who would eventually not use them).
- Ensure that applicants are poor, so that the HEF is actually equitable.

To ensure that applicants are highly motivated and underprivileged, various processes have been used for the HEFs evaluated:

- Conducting social surveys (Rwanda, Mali and Togo). They consist in questioning applicants about their living conditions and the support they are likely to receive from their relatives. In other words, the surveys try to look into the multidimensional nature of poverty. These social surveys are conducted by different stakeholders, depending on the country.
- Undertaking home visits (Mali and Togo). Such visits are an opportunity to check the veracity of the statements made during the surveys. These visits may be unannounced.
- Questioning relatives and neighbours of the applicants, and associations of Persons with Disabilities (Mali and Togo). This also helps to verify the statements made during the surveys.
- Introducing the payment of a mandatory contribution (Mali and Togo). When required, the contribution has a symbolic dimension: all beneficiaries must pay to prove their motivation, even if the amount is modest. But the contribution also has a real material dimension: although the cost of care varies according to the standard of living of the disabled, this introduces some kind of equity among beneficiaries.

Despite these processes, an HEF cannot be considered as completely equitable:

- If it focuses on people affected by specific disabilities (which is the case in the three countries).
- If it has a regional aspect (Mali and Togo).
- If the selection criteria are not applied equally throughout the area of intervention of the HEF (cases of Rwanda and Mali).
- If the amount of the contributions is based on the total cost of the care rather than on the income of the beneficiaries (Mali).

Beneficiaries of the HEFs evaluated

Over 3 years, the Rwandan HEF has helped provide rehabilitation care to 819 people, against 591 for Mali and 308 for Togo¹. The intervention capability of an HEF appears to range from 125 to 300 people per year. Indeed, the number of beneficiaries per year is within this interval for 6 of the 7 years of full operation of the HEFs.

Women represent the majority of beneficiaries in Rwanda (54%) and Mali (60%). However, they account for only 45% of beneficiaries in Togo. The average age of beneficiaries is 25 years in Rwanda, 31 years in Mali and 30 years in Togo.

Comparative dropout rate of device users in Rwanda, Mali and Togo

In Rwanda, according to a satisfaction survey among beneficiaries, 36% of them do not wear their device; in Mali and Togo, the proportion is believed to be smaller². No thorough survey has been carried out in Togo and Mali, but from various people involved in the operation of the HEFs in these countries, the dropout rate is believed to be 10% in Mali and 0% in Togo. These rates are probably underestimated. In Mali, a survey has also been conducted, but apparently in less rigorous conditions. According to this survey, only 51% of the beneficiaries of the HEF say they are satisfied³. Although this figure refers to overall satisfaction regarding the HEF and does not specifically concern devices, it seems unlikely that the dropout rate for devices is only 10% if only 51% of beneficiaries say they are satisfied.

Structural effects of the HEFs evaluated

Beyond the beneficiaries, the HEFs can have structural influences on different institutions, and these influences directly benefit all Persons with Disabilities, in the medium term as well as in the long term. This is the major advantage of HEFs compared to other methods of financing functional rehabilitation.

The influence of HEFs on functional rehabilitation services

- HEFs enable rehabilitation services to develop their activities (because they lead to a strong and immediate increase in production).
- HEFs give these services the opportunity to get closer to the surgical departments of hospitals through the financing of surgeries, and also to local social services for the poor since the identification of Persons with Disabilities requires the intervention of these services.
- HEFs can enable rehabilitation centres to make investments and better manage their stock of consumables (because these services have

¹ Figures based on forecasts for 2009, in the case of the Mali and Togo HEFs

² This dropout rate does not include children who have stopped using their device because of inappropriate size.

³ The satisfaction rate varies considerably from one region to another: 67% for Sikasso and Ségou, but only 34% for Bamako, and 19% for Timbuktu.

additional revenue and they know that this revenue will be guaranteed as long as the HEFs exist).

The influence of HEFs on Disabled People's Organizations

- HEFs strengthen the credibility of Disabled People's Organizations vis-à-vis the State and the community (if HEFs use these associations to identify and monitor beneficiaries).

The influence of HEFs on the State

- HEFs encourage the State to create rehabilitation services and train professionals.
- HEFs prove to the State the importance of a strong response to the needs of the poorest Persons with Disabilities, and show that it is quite possible to improve their social inclusion.

The influence of HEFs more generally

- HEFs educate everyone on the right to rehabilitation.
- HEFs popularize rehabilitation services among communities.
- HEFs create jobs in health facilities, but also in private workshops where crutches and tricycles are produced.
- HEFs make the different rehabilitation stakeholders collaborate more (functional rehabilitation services, hospitals, social services, Disabled People's Organizations (DPOs), ministries...)

Functioning of the HEFs evaluated

The 3 projects have been designed by different people at different times, with different funding sources, and there is no interaction between them. And the same applies for the HEFs under these projects. Each of them operates in its specific way.

General information on the functioning of the HEFs

	Rwanda	Mali	Togo
Financing of the Rehabilitation project	EU (66%), HI France (34%)	EU, Luxemburg, RRA* HI Lux and HI France	EU (75%), HI France (25%)
Project duration	2006 – 2008 (3 years)	2007 – 2009 (3 years)	2007 – 2009 (3 years)
Presence in the project team of a person dedicated to HEFs	No	Yes	Yes
Amount of care management of the HEF over 3 years	114,876 euros	103,245 euros***	59,486 euros
Scope of HEFs	National (All 5 regions)	Regional (5 of 9 regions)	Regional (1 of 6 regions)
Number of service providers producing orthopaedic devices	5	4	2
Number of other service providers	0	0	3 physiotherapy departments and 2 welding and iron workshops
Rates paid by the HEF to the centres	National rates	National rates	Rates determined by the centres
Mandatory contribution	No	Yes	Yes
Amount of the contribution	Negotiated (0 to 50% of total price)	Negotiated (5 to 45% of total price)	Based on a scale (2.5 to 10% of total price)*****

*RRA: Région Rhône-Alpes

***EU: 79,396 euros; Luxemburg: 15,407 euros; RRA: 8,442 euros

****The applicant must be a resident of the Savannah region

*****Negotiation is based on the scale designed by the SYSTER Committee. Actual amounts are slightly different from the amounts planned on the scale

Sharing of responsibilities among stakeholders involved in HEFs

	Rwanda	Mali	Togo
Identification of applicants	No identification	Public social services, HI workers, and DPOs	Disabled People's Organizations (facilitators)
Selection of beneficiaries	Social services of the hospitals	HI workers, head of the HEF (HI staff)	SYSTER committee
Disbursements of the HEF	Officially, FENAPH. <i>de facto</i> , HI	HI	SYSTER committee, with HI support
Physiotherapy care	Public hospitals	Public rehabilitation centres	Public and private rehabilitation centres, district hospitals, and public and private physiotherapy centres
Production of orthopaedic devices	Public hospitals	public rehabilitation centres	rehabilitation centres (1 private and 1 public centres)
Production of tricycles	No tricycles	rehabilitation centres and private workshops	Private rehabilitation centre and private workshops
Monitoring of beneficiaries	Disabled People's Organization	Government social services, HI workers	Disabled People's Organization and SYSTER committee

Cost of the HEFs evaluated

The costs discussed⁴ here are only those covered by HI in each of the HEF, since the purpose of this analysis is to answer the following question: how much does it cost the facilitating organization to launch an HEF? So, only expenditure that meet the following criteria have been taken into account:

- Expenses which would not have been undertaken if the HEF had not existed,
- Expenses required for the setting up and/or operation of the fund.

Analysis of the cost of the HEFs for HI

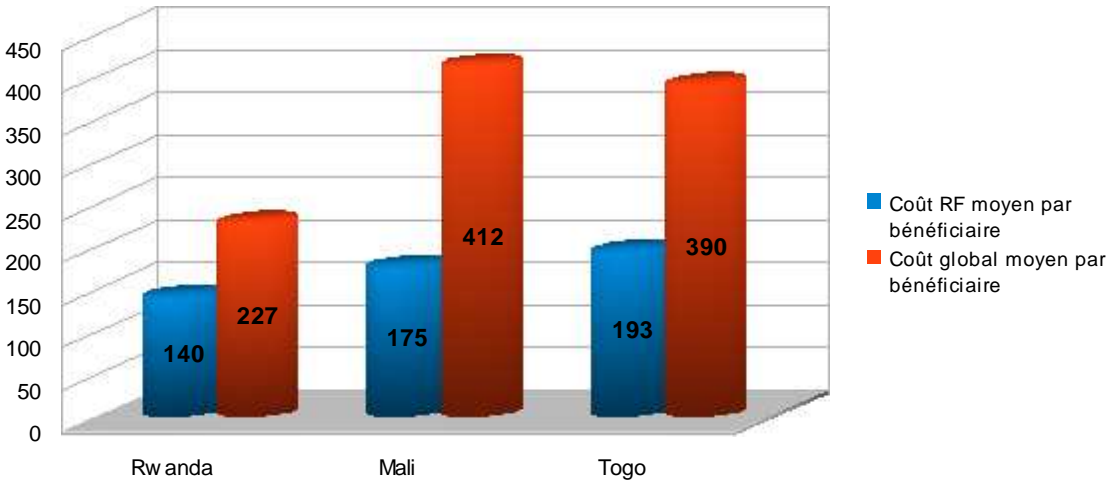
The overall cost of an HEF varies greatly from one country to another depending on the amount allocated to the fund but also on the institutional arrangements for the management of the fund⁵. It reaches 229000 euros for Mali, 186000 euros for Rwanda and 120000 euros for Togo.

⁴ Figures based on forecasts for 2009, in the case of the Mali and Togo HEFs.

⁵ On the other hand, the unit costs of the services (for instance the cost of a physiotherapy session or femoral prosthetic devices) are similar in all countries.

The average rehabilitation cost per beneficiary is similar from one country to another: 140 euros for Rwanda, 175 euros for Mali, and to 193 for Togo. In contrast, there are more differences in the average overall cost per beneficiary (which includes the costs of rehabilitation as well as the operating costs of the HEFs). It's in Mali that the overall cost per beneficiary is the highest, with 412 euros, against 390 euros in Togo and 227 euros in Rwanda.

Average rehabilitation cost and average total cost for 3 years, per beneficiary (in euro)



In the 3 countries, functional rehabilitation is the main expenditure committed by HI as regards the HEFs. 62% of expenditure goes to FR in Rwanda, against 50% in Togo and 45% in Mali. The rest is used for the setting up and management of the funds (HI staff salaries and other expenses). Financial efficiency can be determined by the following ratio: creation and management cost / FR cost⁶. This ratio indicates how much is spent on management, and how much goes to the fund itself, for one euro. In Mali, 1.22 euros have to be spent in parallel for the fund to use 1 euro in FR, while in Togo 1.02 EUR is enough. But it is in Rwanda that financial efficiency is the highest: for 1 euro spent, only 0.62 euro has to be disbursed in parallel. In other words, a larger part of the entire budget that HI allocates to HEFs directly benefits Persons with Disabilities under the Rwandan HEF. It's worth noting the figures above include the launching costs and the functioning costs of the funds. It could be interesting to compare the funds after split these two types of cost. Indeed, a fund for which much money has been invested for its launching is perhaps more autonomous and less costly for its functioning.

Notes on the rates paid to rehabilitation services

In Rwanda, Togo and Mali, the amounts paid to service providers are modelled on the rates in force determined by national authorities (Rwanda, Mali) or by the

⁶ It should be noted that this financial efficiency has nothing to do with the quality of the care provided.

providers of rehabilitation services themselves (Togo). This is not self-evident. In reality, the rates can be higher, thereby demonstrating the willingness of HI to overpay and encourage service providers to improve the quality of the rehabilitation care provided and/or increase the number of sessions or devices. This often happens with equity funds for basic care. By paying more, the funding body allows the health facility to better pay its employees (thus contributing to their motivation), hire additional staff and/or make investments.

These positive effects are more likely to occur if:

- The surplus is paid retrospectively, based on achievements;
- The funding body rigorously monitors these results;
- The service provider has competitors.

If these conditions are met, there is actually performance contracting. As regards the HEFs evaluated, surplus payments would probably have been inappropriate for 2 reasons:

- As mentioned above, HI has been funding rehabilitation services for many years, particularly orthopaedic fitting services. Given the investments already made by HI, one can consider that paying surpluses would be a duplication of previous and/or current grants.
- In the case of an HEF for rehabilitation care and not for basic care, surpluses would not be a big incentive for better performance because the health facility has no competition, as these orthopaedics rehabilitation services are usually the only ones in the area.

It should be noted that in the 3 countries, the rates applied (be they set at the national level like in Rwanda and Mali or at the level of the service providers) probably do not cover all the expenses of the care (costs of the training of professionals, the construction of premises...). In other words, rehabilitation care is *de facto* subsidized by the State and/or international donors, at least for public rehabilitation services. This is a recurrent situation, regardless of the country and the type of care.

Evaluation of the relevance of HEFs for improving access to rehabilitation care

HEFs are unable to cover all functional rehabilitation needs

It is often difficult to know the number of Persons with Disabilities in low-income countries because of the lack of resources to conduct reliable statistical surveys in these countries. However, according to WHO and ISPO estimates, 0.5% of the population in any country is in need of orthopaedic care. Based on these estimates, the number of people in need of devices in 2007 was approximately 48,500 in Rwanda, 61,500 Mali and 33,000 Togo.

These figures are to be taken cautiously, as the rate of 0.5% was an estimate. Whatever the actual number of Persons with Disabilities in each of the countries visited, it is certain that with a response capacity of less than 300 persons per year, the HEFs evaluated are far from covering the needs. In short, the HEFs set up by HI are currently useful tools but limited in scope, either because of a lack of professionals (Rwanda, Mali), or because of the limited financial resources allocated (Togo).

The advantages of HEFs over other methods of financing rehabilitation care

Different modes of financing may be considered to facilitate access to care for the poor. In countries which have opted for a cost recovery policy, there are three options: mutual insurance companies (public or private), HEFs, or exemption following official recognition of a status of extreme poverty. The advantages and disadvantages of each system are subject to debate.

In the case of rehabilitation care for Persons with Disabilities, the debate may be less passionate because the other 2 systems seem difficult to implement. Full exemption is not unfeasible, but it requires strong political will because rehabilitation care can be much more expensive than basic care. Opting for exemption would be in strong contradiction with the principle of cost recovery.

A mutual insurance system, however, seems completely impracticable. The prospect of financing an Equity Fund for rehabilitation from individual contributions is not viable for 2 reasons. Firstly, because the sums required are higher than for basic care, whereas Persons with Disabilities are poorer than average, which prevents them from paying sufficient contributions, and secondly, because the needs of these people are ineluctable. A mutual insurance scheme can only be financially viable if patients contribute because they don't want to have to pay for care, and also if during the period concerned they eventually don't have recourse to treatment. Thus, these patients pay for those who will receive the care. However, no physically disabled person is exempt from rehabilitation expenses (particularly as physical therapy can take a long time, and devices have to be maintained and renewed regularly).

Under these conditions, a sustainable HEF appears to be the best option for giving the poorest Persons with Disabilities access to the rehabilitation services. However, HEFs are costly and only provide rehabilitation care for a minority of Persons with Disabilities. But as a matter of fact, rehabilitation is expensive, and no system can succeed in reducing the cost of rehabilitation care.

Sustainability, the main challenge posed by HEFs

Although HEFs appear to be the most appropriate solution for giving Persons with Disabilities access to rehabilitation services in countries where a cost recovery policy is in place, they are not the perfect solution. On the whole, they are hardly sustainable. If they are financed by a donor, an NGO or the private sector, there is no guarantee of sustainability. The only sure way to make an HEF sustainable

is to place it in the hands of the State. It could be either funded by the government through taxes, or by public national insurance companies which accept to devote a portion of the subscriptions of their members to the HEF, which would however be in violation of their sustainability principle. These possibilities have been discussed for the Rwandan HEF.

Another option, probably more realistic for many countries due to limited public sector resources, would be the establishment of "basket-funds" credited by different institutions. This funding system can work well but has two constraints:

- It must regularly look for new contributors to counter the possible withdrawal of those already involved.
- It requires that the contributors agree on who will be responsible for managing the HEF.

Choosing the stakeholder who will manage the HEF is a sensitive issue. It can be either a contributor or a national institution which does not sufficient income to contribute but is strongly mobilized for Persons with Disabilities (such as the National Federation of Disabled People's Organizations). This second option is probably preferable as it makes national institutions responsible for promoting Persons with Disabilities.

The limitations of the evaluation

The numerical comparisons from one HEF to another in this evaluation are fully justified but it should be remembered that the methods used to collect data differed from one country to another due to variations in HI country practices. Some data were obtained from samples⁷ while others concerned the whole population. Moreover, in Mali and Togo, some of the data for 2009 are projections based on 2007 and 2008 data, because HEFs in these countries are still ongoing as far as 2009 is concerned.

Furthermore, it should be noted that the evaluation of the actual results of a project can be done only several years after the end of the project, when you can see if the long-term objectives have been achieved or not. To ensure that the identified effects are fully attributable to the project, the best thing would be to undertake an impact assessment.

Recommendations for the effectiveness and sustainability of the HEFs

What not to do in order to make an HEF successful:

- Entrust the management of an HEF to a service provider
- Use selection procedures that are too complicated

⁷ People in this sample have been selected randomly and can therefore be considered as representative of all the beneficiaries.

- Fund micro credits or Income Generating Activities using an HEF
- Determine contributions on the basis of the total cost of the care
- Not apply the same rules to all

What to do to contribute to the success of an HEF:

- Entrust the management of the HEF to national institutions right from the beginning
- Entrust the management of the HEF to a national institution established locally
- Target beneficiaries through an effective identification system
- Systematize the payment of a contribution
- Reduce the dropout rate for device use
- Reduce the time between patient identification and device delivery
- Better take into account patients who need physical therapy only
- Better take into account the specific case of growing children
- Increase the operation period of the HEF
- Conduct rigorous surveys with beneficiaries
- Promote the creation of an association of beneficiaries for each HEF
- Smooth the progresses of assessment and impact analysis
- Evaluate the effects of the HEF on service providers
- Continue to support rehabilitation services as regards the biggest expenses
- Undertake real advocacy in favour of HEFs, using the results obtained

Conclusion

HEFs have fixed costs and still have to prove that they can be sustainable. This study has made it possible to identify options and recommendations for better effectiveness, efficiency and sustainability. But HEFs have undoubtedly allowed very poor people with disabilities to have access to rehabilitation services such as physiotherapy, orthopaedic devices and technical aids which were previously inaccessible to them, thus enhancing their autonomy.

**COMMENT AMÉLIORER
L'ACCÈS AUX SOINS DE RÉADAPTATION
POUR LES PLUS PAUVRES ?**

**Evaluation de 3 Fonds d'Equité
mis en œuvre par Handicap International
au Rwanda, Mali et Togo**



Synthèse du rapport d'évaluation

Evaluation et rapport: Baptiste Gerbier, consultant indépendant
Supervision et coordination: Rozenn Botokro, Référente Technique
Réadaptation pour l'Afrique de l'Ouest

Le contexte de l'évaluation

Le présent rapport est le fruit d'une mission de 3 semaines destinée à évaluer les Fonds d'Équité en Santé (FES) mis en œuvre par Handicap International (HI), dans 3 pays d'Afrique subsaharienne (Rwanda, Mali et Togo). Cette évaluation a été menée du 23 novembre au 13 décembre 2008, par un consultant indépendant. Elle a été lancée et financée par HI (plus précisément par le desk Afrique de l'Ouest, la Direction des Ressources Techniques et la Coordination régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre), sans aucune obligation contractuelle vis-à-vis d'aucun bailleur de fonds.

Les trois Fonds évalués ici ne constituent pas un même projet. Au contraire, ils font partie de trois projets différents, chacun d'eux intervenant à l'échelle d'un pays.

Le principe d'un Fonds d'Équité en Santé (FES)

Les FES constituent une modalité pour financer l'accès aux soins des plus pauvres, dans les pays où les soins sont payants. En effet, lorsque des politiques de recouvrement des coûts sont mises en place, les plus pauvres n'ont bien souvent pas les moyens de se soigner. Ces fonds reposent sur le principe du tiers-payeur : l'accès aux soins n'est financé ni par les personnes soignées ni par les structures qui dispensent les soins mais par une institution tierce. Celle-ci contracte auprès de structures de santé pour qu'elles délivrent des soins de qualité, pour un coût donné. Autrement dit, les structures de santé doivent jouer le rôle d'un prestataire de services.

La gestion d'un FES peut être assurée soit par le tiers-payeur, soit par une autre institution à qui le tiers-payeur délègue ce rôle. Gérer un FES consiste à :

- identifier et suivre les bénéficiaires,
- s'assurer de la qualité et du coût des soins dispensés,
- effectuer tous les décaissements nécessaires.

Il est primordial que le rôle gestionnaire soit dissocié du rôle de prestataire de service, sinon le principe du tiers-payeur est remis en cause. En d'autres termes, la gestion d'un FES ne doit surtout pas revenir aux structures de santé. Si c'était le cas, elles disposeraient de facto d'un fonds pour fournir elles-mêmes les soins. Il s'agirait presque d'un blanc-seing puisqu'elles décideraient de tout, que ce soit le montant des soins, leur qualité ou les bénéficiaires. In fine, cela nuirait au fonctionnement du FES. Il convient toutefois de rappeler que le bon fonctionnement d'un FES ne peut être considéré comme un objectif en soi car un FES n'est qu'une modalité (c'est-à-dire un mécanisme ou un outil) pour améliorer l'accès aux soins.

Les effets des FES évalués sur les bénéficiaires

Les FES évalués ici financent uniquement des soins de réadaptation, pour des personnes handicapées (PH). Il s'agit de soins qui permettront à ces personnes de se déplacer plus aisément et de retrouver une autonomie de mouvement, étape primordiale vers une plus grande autonomie au sein de la société. Par rapport à un FES standard, les FES analysés sont donc réservés à une population particulière au sein des plus pauvres, - les personnes en situation de handicap -, pour des soins précis, - les soins de Réadaptation Fonctionnelle (RF). Pour les trois projets concernés, les soins de réadaptation consistent en séances de kinésithérapie et/ou appareillage orthoprotétique et/ou aides techniques roulantes ou de marche.

La sélection des bénéficiaires

Le but d'un FES est de fournir des soins de qualité au plus grand nombre de démunis, avec une enveloppe limitée. Cela a 2 implications, lors de la sélection des bénéficiaires :

- il faut s'assurer que les demandeurs sont motivés pour suivre des soins de Réadaptation Fonctionnelle, afin d'éviter les dépenses inutiles (telles que la production d'appareils pour des personnes qui ne les porteraient finalement pas).
- il faut s'assurer que les demandeurs sont pauvres, de manière à ce que le FES soit réellement équitable.

Pour s'assurer de la forte motivation et du faible niveau de vie des candidats, divers procédés sont utilisés, dans le cadre des FES évalués :

- Réaliser des enquêtes sociales (Rwanda, Mali et Togo). Elles consistent à interroger les candidats sur leurs conditions de vie et sur les éventuels soutiens dont ils bénéficient de la part de leurs proches. En d'autres termes, elles tentent d'appréhender le caractère multidimensionnel de la pauvreté. Ces enquêtes sociales sont menées par des acteurs différents, selon les pays.
- Effectuer des visites à domicile (Mali et Togo). De telles visites, permettent notamment de s'assurer de la véracité des déclarations faites lors des enquêtes. Ces visites peuvent être inopinées.
- Interroger les proches et les voisins des candidats, ainsi que les associations de personnes handicapées (Mali et Togo). Cela permet également de vérifier les déclarations faites lors des enquêtes.
- Rendre systématique le versement d'une contribution (Mali et Togo). Lorsqu'elle est obligatoire, la contribution a une dimension symbolique : tout bénéficiaire doit la verser, même si elle est d'un montant réduit, afin d'attester de sa motivation. Mais la contribution a aussi une réelle dimension matérielle : si son montant varie pour des soins identiques en fonction du niveau de vie de la personnes handicapées, elle permet d'introduire une certaine équité entre bénéficiaires.

En dépit de ces procédés, un FES ne peut pas être considéré comme pleinement équitable :

- s'il privilégie les personnes affectées par certains handicaps particuliers (cas des trois pays).
- s'il a une portée régionale (Mali et Togo).
- si les critères de sélection ne sont pas appliqués de la même manière sur l'ensemble de la zone d'intervention du FES (cas du Rwanda et du Mali).
- si le montant des contributions est déterminé davantage en fonction du coût total des soins que des revenus des bénéficiaires (cas du Mali).

Les bénéficiaires des FES évalués

Sur 3 ans, le FES-Rwanda a permis d'apporter des soins de réadaptation à 819 personnes contre 591 pour le FES-Mali et 308 pour le FES-Togo⁸. La capacité d'intervention d'un FES semble être de 125 à 300 personnes par an. En effet, le nombre de bénéficiaires par an est situé dans cet intervalle, lors de 6 années sur les 7 années de fonctionnement plein des FES.

Les femmes représentent la majorité des bénéficiaires au Rwanda (54%) et au Mali (60%). En revanche, elles ne constituent que 45% des bénéficiaires au Togo. Par ailleurs, l'âge moyen des bénéficiaires est de 25 ans au Rwanda, 31 ans au Mali et 30 ans au Togo.

Le taux d'abandon des appareils : comparatif Rwanda - Mali - Togo

Au Rwanda, d'après une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires, 36% d'entre eux ne portent pas leur appareil alors qu'au Mali et le Togo, cela serait plus rare⁹. Aucune enquête rigoureuse n'a été réalisée au Togo et au Mali mais d'après diverses personnes impliquées dans le fonctionnement des FES de ces pays, le taux d'abandon serait de 10% au Mali et 0% au Togo. Ces taux sont très probablement sous-estimés. Au Mali, une enquête a également été menée mais dans des conditions semble-t-il moins rigoureuses. D'après cette enquête, seuls 51% des bénéficiaires du FES s'en déclarent satisfaits¹⁰. Même si ce chiffre porte sur la satisfaction globale à l'égard du FES et non sur le seul appareillage, il semble peu probable que le taux d'abandon des appareils ne soit que de 10% si seulement 51% des bénéficiaires se déclarent satisfaits.

Les effets structurels des FES évalués

Au-delà des bénéficiaires, les FES peuvent avoir des influences structurelles vis-à-vis de différentes institutions et ces influences profiteront directement à l'ensemble des personnes handicapées, à moyen et long terme. C'est l'intérêt majeur des FES par rapport à d'autres modalités de financement de la réadaptation fonctionnelle.

⁸ Chiffres basés sur des projections pour 2009, dans le cas des FES du Mali et du Togo.

⁹ Ce taux d'abandon n'inclut pas les enfants qui ont cessé de porter leur appareil parce que celui-ci n'est plus adapté à leur taille.

¹⁰ Le taux de satisfaction varie fortement d'une région à une autre: 67% à Sikasso et Ségou mais seulement 34% à Bamako et 19% à Tombouctou.

L'influence des FES sur les services de réadaptation fonctionnelle

- Les FES permettent aux services de réadaptation de développer leur activité (car ils suscitent une hausse immédiate et forte de la production).
- Les FES offrent à ces services l'opportunité de se rapprocher des services de chirurgie des hôpitaux s'ils financent des opérations chirurgicales ainsi que des services sociaux locaux car l'identification des personnes handicapées pauvres requiert l'intervention de ces services.
- Les FES peuvent permettre aux services de réadaptation fonctionnelle de réaliser des investissements et de mieux gérer leurs stock de consommables (car ces services disposent de recettes supplémentaires et ils savent que ces recettes sont garanties tant que les FES existeront).

L'influence des FES sur les associations de personnes handicapées

- Les FES renforcent la crédibilité des associations de personnes handicapées vis-à-vis de l'Etat et de la population (si les FES s'appuient sur ces associations pour identifier et suivre les bénéficiaires).

L'influence des FES sur l'Etat

- Les FES incitent l'Etat à créer des services de réadaptation fonctionnelle et à former des professionnels.
- Les FES font la preuve auprès de l'Etat de la pertinence d'une intervention forte en faveur des personnes handicapées les plus démunies, en montrant qu'il est tout à fait possible d'améliorer leur insertion sociale.

L'influence des FES de manière globale

- Les FES sensibilisent chacun au droit à la réadaptation.
- Les FES font connaître les services de réadaptation dans la population.
- Les FES créent des emplois dans les structures de santé, mais aussi dans des ateliers privés de fabrication de cannes et de tricycles.
- Les FES amènent les différents acteurs de la réadaptation fonctionnelle à collaborer davantage (services de réadaptation fonctionnelle, hôpitaux, services sociaux, associations de personnes handicapées, ministères...).

Le fonctionnement des FES évalués

Les 3 projets ont été conçus par des personnes différentes, à des moments différents, à partir de financements variés, et sans interactions entre eux. Il en va donc de même pour les FES qu'ils intègrent. Chacun d'eux a donc un fonctionnement propre.

Informations générales sur le fonctionnement des FES

	Rwanda	Mali	Togo
Financement du projet réadaptation	EU (66%), HI France (34%)	EU, Luxembourg, RRA* HI Lux HI France	EU (75%), HI France (25%)
Durée du projet	2006 – 2008 (3 ans)	2007 – 2009 (3 ans)	2007 – 2009 (3 ans)
Existence au sein de l'équipe projet d'une personne dédiée au FES	Non	Oui	Oui
Montant des PEC du FES sur 3 ans	114 876 euros	103 245 euros***	59 486 euros
Portée du FES	National (5 régions sur 5)	Regional (5 régions sur 9)	Regional (1 région sur 6)
Nombre des prestataires de services produisant des appareillages orthopédiques	5	4	2
Nombre des autres prestataires de services	0	0	3 services de kinésithérapie et 2 ateliers de ferronnerie
Tarifs payés par le FAS aux centres	Tarifs nationaux	Tarifs nationaux	Tarifs déterminés par les structures
Contribution obligatoire	Non	Oui	Oui
Montant de la contribution	Négocié. (0 to 50 % du prix total)	Négocié. (5 to 45% du prix total)	Basé sur une grille (2.5 à 10% du prix total)*****

*RRA : Région Rhône-Alpes.

**PEC : Prises en charge.

*** UE : 79 396 euros ; Luxembourg : 15 407 euros ; RRA : 8442 euros.

**** Le demandeur doit résider dans la région des Savanes.

***** Il y a une négociation sur la base de cette grille, qui a été établie par le Comité SYSTER. De facto, les montants s'écartent peu des montants prévus par la grille.

Répartition des responsabilités entre les différents acteurs impliqués dans LES FES

	Rwanda	Mali	Togo
Identification des candidats	Pas d'identification	Services sociaux de l'Etat, agents HI, association de Personnes handicapées	Associations de personnes handicapées (facilitateurs)
Sélection des bénéficiaires	Services sociaux des hôpitaux	Agents HI, responsable HI du FES	Comité SYSTER
Décaissement du FES	Officiellement FENAPH, <i>de facto</i> HI	HI	Comité SYSTER avec soutien HI

	Rwanda	Mali	Togo
Soins de kinésithérapie	Hôpitaux publics	Centres de rééducation publics	Centres de rééducation publics et privés, hôpitaux de district et services de kinésithérapie publics et privés
Production des appareils	Hôpitaux publics	Centres de rééducation publics	un centre de rééducation privé et un public
Production des tricycles	Pas de tricycles	Centre de réadaptation public et ateliers privés	Centre de réadaptation privé et ateliers privés
Suivi des bénéficiaires	Association de personnes handicapées	Services sociaux de l'Etat et agents HI	Association de personnes handicapées et comité SYSTER

Le coût des FES évalués

Les coûts analysés ici¹¹ sont uniquement ceux couverts par HI, pour chacun des FES car le but de cette analyse est de répondre à la question suivante : combien coûte à l'organisation facilitante le lancement d'un FES ? Afin de connaître ce coût, seules ont été recensées les dépenses répondant à l'un des critères suivants

- dépenses qui n'auraient pas été réalisées si le FES n'avait pas existé,
- dépenses indispensables à la mise en place et/ou au fonctionnement du fonds.

Analyse du coût des FES pour HI

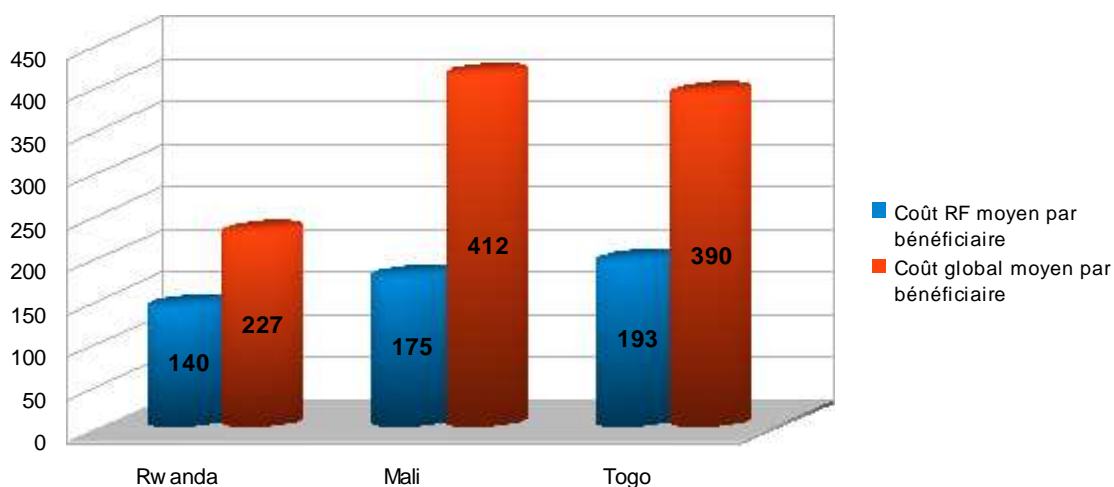
Le coût global d'un FES varie fortement d'un pays à l'autre en fonction du montant alloué au fonds mais aussi du dispositif institutionnel établi pour gérer le fonds¹². Il atteint 229 000 euros au Mali, 186 000 euros au Rwanda et 120 000 euros au Togo.

Le montant moyen des dépenses en réadaptation par bénéficiaire est proche d'un pays à un autre : 140 euros au Rwanda, 175 euros au Mali et 193 euros au Togo. En revanche, les coûts globaux moyens par bénéficiaire (qui incluent les coûts de réadaptation et les frais de gestion des FES) varient davantage. C'est au Mali que le coût global par bénéficiaire est le plus élevé, avec 412 euros, contre 390 euros au Togo et 227 au Rwanda.

¹¹ Chiffres basés sur des projections pour 2009, dans le cas des FES du Mali et du Togo.

¹² En revanche, les coûts unitaires des soins (par exemple, le coût d'une séance de kinésithérapie ou d'une prothèse fémorale) sont proches d'un pays à l'autre.

Coût réadaptation fonctionnelle moyen et coût global moyen, sur 3 ans, par bénéficiaire (en euros)



Dans les 3 pays, la réadaptation fonctionnelle constitue la principale dépense réalisée par HI dans le cadre de ces FES. 62% des dépenses vont à la réadaptation fonctionnelle au Rwanda, 50% au Togo et 45% au Mali. Les autres dépenses servent à la mise en place et à la gestion du fonds (rémunérations du personnel HI et divers autres frais). Dans ces conditions, l'efficacité peut être définie en termes financiers comme le ratio suivant : *montant frais de mise en place et de gestion / montant réadaptation fonctionnelle*¹³. Ce ratio indique combien il faut dépenser en frais de gestion pour dépenser un euro, dans le cadre du fonds lui-même. Ainsi au Mali, il faut dépenser 1,22 euros en parallèle du fonds pour que le fonds décaisse 1 euro en réadaptation fonctionnelle tandis qu'au Togo 1,02 euros suffisent. C'est toutefois au Rwanda que l'efficacité financière est la meilleure puisque pour 1 euro décaissé, il ne faut décaisser que 0,62 euros en parallèle. En d'autres termes, sur l'ensemble du budget consacré par HI aux FES, une part plus forte bénéficie directement aux personnes handicapées, dans le cadre du FES-Rwanda. Il est important de noter que les calculs ci-dessus incluent les coûts de mise en place et les coûts de gestion des fonds. Il serait intéressant de comparer aussi les fonds en séparant ces deux types de coûts car un fond qui a beaucoup investi à sa mise en place est peut-être ensuite plus autonome et moins coûteux pour sa gestion.

Remarques sur le montant des tarifs payés aux services de réadaptation

Dans les 3 pays, Rwanda et au Mali, les montants payés aux prestataires de services sont calqués sur les tarifs courants qu'ils soient déterminés par les autorités nationales (Rwanda, Mali) ou par les services de réadaptation fonctionnelle eux-mêmes (Togo). Cela ne va pas de soi. En particulier, ils pourraient être supérieurs, ce qui témoignerait d'une volonté de HI de surpayer afin d'inciter les services de réadaptation fonctionnelle à améliorer la qualité des soins fournis et/ou à augmenter le nombre de prestations fournies. Cela arrive souvent, dans le cadre de Fonds d'Équité pour des soins de base. En surpayant,

¹³ Il convient de rappeler que l'efficacité financière mise en lumière ici ne dit rien sur la qualité des soins fournis.

le bailleur permet à la structure de santé de mieux rémunérer ses employés (ce qui contribue à leur motivation), d'embaucher du personnel supplémentaire et/ou des réaliser des investissements¹⁴.

Ces effets positifs ont d'autant plus de chance de survenir que :

- la surpaie est versée a posteriori, en fonction des résultats atteints ;
- le bailleur exerce un contrôle rigoureux sur ces résultats ;
- le centre qui dispense les soins est en situation de concurrence¹⁵.

Si ces conditions sont remplies, il y a en réalité une contractualisation à la performance. Dans le cadre des FES évalués ici, payer un tel surcoût n'aurait sans doute pas été judicieux pour 2 raisons :

- comme mentionné ci-dessus, HI subventionne depuis de nombreuses années les services de réadaptation, en particulier leurs services d'appareillage. Compte tenu des investissements déjà réalisés par HI, il est possible de considérer que surpayer aurait fait double-emploi avec les subventions antérieures et/ou parallèles.
- dans le cas d'un FES pour des soins de réadaptation et non pour des soins de base, la surpaie incitera moins la structure de santé à améliorer ses performances car elle n'est pas en situation de concurrence, les services d'appareillage de réadaptation fonctionnelle étant le plus souvent les seuls qui existent dans leur zone.

Il convient de préciser que dans les 3 pays, les tarifs en vigueur (qu'ils soient déterminés à l'échelle nationale – Rwanda, Mali – ou par les prestataires de services) ne permettent probablement pas de couvrir tous les frais nécessaires pour dispenser les soins (frais de formation des professionnels, de construction des locaux...). Autrement dit, les soins de réadaptation sont *de facto* subventionnés par l'Etat et/ou des bailleurs internationaux, du moins pour les services de réadaptation fonctionnelle publics. C'est une situation courante, quels que soient les pays et les types de soin.

Evaluation de la pertinence des FES pour favoriser l'accès aux soins de réadaptation fonctionnelle

L'insuffisance des FES pour répondre à l'ensemble des besoins en réadaptation fonctionnelle

Bien souvent, il est difficile de connaître le nombre de personnes handicapées dans les pays à bas revenus, faute de moyens pour mener des enquêtes

¹⁴ S'il y a donc une différence entre les 2 montants susmentionnés, l'affectation de cette différence peut être laissée à la discrétion des prestataires de services ou prédéterminée à l'issue d'une négociation entre prestataire et bailleur.

¹⁵ Dans une telle situation, la structure de santé est incitée à atteindre des résultats car elle sait que si la qualité des soins ne progresse pas et/ou que le nombre de patients traités n'augmente pas, le bailleur peut contractualiser avec une autre structure (Soeters et al., 2006).

statistiques fiables dans ces pays. Toutefois, d'après les estimations de l'OMS et de l'ISPO, 0,5% de la population d'un pays a besoin d'appareillage orthopédique. Sur la base de ces estimations, le nombre de personnes ayant besoin d'un appareil était d'environ 48 500 au Rwanda, 61 500 au Mali et 33 000 au Togo, en 2007¹⁶.

Ces chiffres sont à prendre avec précaution, ce taux de à 0,5% n'étant qu'une estimation. Quel que soit le nombre réel de personnes handicapées dans chacun des pays visités, il est certain qu'avec une capacité d'intervention inférieure à 300 personnes par an, les FES évalués ne font qu'intervenir à la marge. Bref, les FES initiés par HI sont à l'heure actuelle des outils utiles mais de portée réduite, soit du fait du manque de techniciens (Rwanda, Mali), soit en raison des enveloppes restreintes qui leur sont alloués (Togo).

L'intérêt des FES par rapport aux autres modalités de financement des soins de réadaptation fonctionnelle

Différents modes de financement peuvent être envisagés pour faciliter l'accès des plus pauvres aux soins. Dans les pays qui ont opté pour une politique de recouvrement des coûts, il y a trois possibilités : les mutuelles (qu'elles soient publiques ou privées), les FES ou l'exemption après reconnaissance officielle du statut d'indigent. Les avantages et inconvénients de chaque système font débat.

Dans le cas des soins de réadaptation pour des personnes handicapées, le débat pourrait être moins vif car les 2 autres systèmes semblent difficiles à mettre en œuvre. L'exemption totale n'est pas impossible mais elle requiert une forte volonté politique car les soins de réadaptation fonctionnelle coûtent en général bien plus chers que des soins de base. Opter pour l'exemption serait donc en contradiction forte avec le principe de recouvrement des coûts.

Un système de mutuelles semble en revanche totalement impossible. Envisager de financer un Fonds d'Équité pour la réadaptation à partir de cotisations individuelles n'est pas réaliste pour 2 raisons. D'une part, parce que les sommes nécessaires sont plus élevées que pour les soins de base alors que les personnes handicapées sont plus pauvres que la moyenne, ce qui les empêche de verser des cotisations suffisantes. D'autre part parce que les besoins de ces personnes sont inéluctables. Un système de mutuelles ne peut être viable financièrement que si des patients cotisent parce qu'ils redoutent d'avoir à payer des soins mais qu'au cours de la période de cotisation, ils n'ont finalement pas eu à se faire soigner. Ce sont ces patients qui permettent aux mutuelles de dégager de l'argent pour les patients qui ont effectivement besoin de soins. Or il n'existe pas de personnes handicapée physique qui n'aient pas besoin de dépenses de réadaptation (en particulier parce que certains soins de kinésithérapie se font à long terme et que les appareils portés doivent être entretenus et renouvelés régulièrement).

Dans ces conditions, un FES pérenne semble être la meilleure solution pour permettre aux personnes handicapées les plus démunies d'accéder à la

¹⁶ Ces chiffres ont été calculés à partir des données de la Banque mondiale, pour les populations nationales en 2007.

Réadaptation Fonctionnelle. Certes, les FES coûtent cher et ils ne permettent de prendre en charge qu'une minorité de personnes handicapées. Mais c'est la réadaptation qui coûte cher en soi et aucun système ne pourrait réduire le coût de la réadaptation.

La pérennisation des FES, principal défi posé par ces fonds

Si les FES semblent être la solution la plus appropriée pour permettre aux personnes handicapées d'accéder à la réadaptation fonctionnelle dans les pays dans où une politique de recouvrement des coûts est appliquée, ils ne constituent pas une solution parfaite. En particulier, ils sont difficilement pérennes. S'ils sont alimentés par un bailleur, une ONG ou le secteur privé, rien ne garantit qu'ils perdurent. L'unique solution pour pérenniser un FES de manière quasi certaine est qu'il soit pris en charge par le secteur public lui-même. Cela pourrait incomber soit à l'Etat via les impôts, soit à des mutuelles nationales publiques qui accepteraient de dégager une part des cotisations de leurs adhérents pour le FES et ainsi faire une entorse à leur principe de viabilité. Ces possibilités sont évoquées pour le FES-Rwanda.

Une autre option, sans doute plus réaliste dans bien des pays compte tenu des faibles ressources du secteur public, serait la mise en place de « pots communs », alimentés par différentes institutions. Ce système de financement peut très bien fonctionner mais il suppose deux contraintes fortes :

- il faut rechercher régulièrement de nouveaux contributeurs pour pallier aux retraits éventuels de ceux déjà en place.
- il faut que les contributeurs s'accordent sur l'acteur chargé de gérer le FES.

Le choix de l'acteur qui gèrera le FES est un point sensible. Il peut s'agir soit de l'un des contributeurs, soit d'une institution nationale n'ayant pas de revenus suffisants pour contribuer mais qui est fortement mobilisée en faveur des personnes handicapées (telle qu'une Fédération nationale des associations de personnes handicapées par exemple). Cette seconde possibilité est sans doute préférable en vue d'une pleine appropriation de la promotion des personnes handicapées par des institutions nationales.

Les limites de l'évaluation

Les comparaisons chiffrées d'un FES à l'autre établies dans cette évaluation sont pleinement fondées mais il faut garder à l'esprit que les méthodes employées pour récolter les données ont différé d'un pays à l'autre, en raison des pratiques variées de HI selon les pays. Certaines données ont été construites à partir d'échantillons¹⁷ tandis que d'autres proviennent de l'ensemble de la population. Par ailleurs, au Mali et au Togo, certaines données pour 2009 reposent sur des estimations à partir des données de 2007 et 2008, étant donné que les FES de ces pays sont encore en cours en 2009.

¹⁷ Les individus qui composent ces échantillons ont été sélectionnés de manière aléatoire et peuvent donc être considérés comme représentatifs de l'ensemble des bénéficiaires.

Par ailleurs, il convient de rappeler que l'évaluation des résultats réels d'un projet ne peut se faire que plusieurs années après l'achèvement de celui-ci, lorsqu'on peut constater si les objectifs à long terme ont été atteints ou non. Pour s'assurer que les effets identifiés sont pleinement imputables au projet, l'idéal serait de réaliser une réelle analyse d'impact.

Recommandations en vue de l'efficacité et de la pérennité des FES

Les pratiques à éviter en vue du succès d'un FES :

- Confier la gestion d'un FES à un prestataire de service
- Mettre en place des procédures de sélection trop complexes
- Faire financer par un FES des microcrédits ou des AGR
- Déterminer la part de la contribution en fonction du coût total des soins
- Ne pas appliquer les règles de la même manière à tous

Les principes qui favorisent le succès d'un FES :

- Confier la gestion du FES à des institutions nationales, dès sa mise en place
- Confier la gestion du FES à une institution nationale implantée localement
- Cibler les bénéficiaires grâce à un dispositif d'identification efficace
- Rendre systématique le versement d'une contribution
- Réduire le taux d'abandon des appareils
- Réduire le délai entre l'identification des patients et la livraison des appareils
- Mieux tenir compte des patients qui ont uniquement besoin de kinésithérapie
- Mieux tenir compte du cas particulier des jeunes en période de croissance
- Allonger la durée de fonctionnement du FES
- Effectuer des enquêtes rigoureuses auprès des bénéficiaires
- Favoriser la création d'une association de bénéficiaires pour chaque FES
- Faciliter les évaluations et analyses d'impact
- Evaluer les effets du FES sur les prestataires de services
- Continuer à soutenir les services de réadaptation fonctionnelle pour les dépenses les plus élevées
- Effectuer un réel plaidoyer en faveur du FES, à partir des résultats obtenus

Conclusion

Les FES ont un coût inévitable et il reste encore à montrer qu'ils sont capables de durer. Pour cela cette étude a permis de dégager des options et recommandations en vue d'accroître leur efficacité, efficience et pérennité. Mais les FES ont indéniablement permis à des personnes handicapées très pauvres d'avoir accès à des services de réadaptation comme la kinésithérapie, l'appareillage et les aides techniques jusque là inaccessibles pour elles et d'améliorer ainsi leur autonomie.