

# Can community financing contribute to a better health in Sudan?

## Citation for published version (APA):

Habbani, K. S. H. (2007). Can community financing contribute to a better health in Sudan?. Maastricht: Datawysse / Universitaire Pers Maastricht.

## Document status and date:

Published: 01/01/2007

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# **Can community financing contribute to a better health in Sudan?**

## **The summary**

Community financing is an innovative method for developing countries to deal with chronic problems in health financing systems. This is perhaps why there has been an increasing interest in financing based at the community level. Community financing is still widely untested. Only a few studies have designed frameworks to evaluate, clarify and classify different community financing schemes.

The question addressed in this thesis is to what extent community financing can contribute to a better health in Sudan? This study is a case study of evidence based findings, based on the analysis of primary and secondary data. The study aims to weight the advantages, disadvantages, opportunities and threats of community financing features, characteristics, and performance by analyzing empirical findings from the international and national experiences.

Chapter 1 introduces the Sudan and the health delivery system in Sudan and provides a background for the study . The chapter also outlines the process of data collection and presents the method of analysis together with the analytical framework.

Chapter 2 reviews community financing in terms of what, why and how. Further it reviews the international experiences of community financing, as well as the Sudanese experience in community financing. Community financing for health is referred to as a mechanism whereby households in a community finance or co-finance the current and the capital costs of health services, and have control and involvement in the management of these community financing schemes.

The chapter shows that community financing schemes have emerged in developing countries because of political instability, economic shortages and weak capacity of the health organization. In addition the willingness of the people to pay for health care encourages and advocates the adoption of community financing attempts.

It also shows that the successful implementation of community financing schemes requires a feasibility study; a community study; and robust partnership with NGOs and the government to ensure training and technical support. The international experiences of community financing show the diversity in community financing regarding their purposes, technical, managerial and organizational aspects. Although in Sudan there is a willingness for establishing community financing schemes it is deficient in these experiences. The Basic Development Needs (BDN) and the Child Friendly Community Initiative (CFCI) that have been launched as community financing development schemes show significant results in reducing poverty in its broadest sense. It seems that a successful community financing scheme depends on political, economical, institutional and cultural prerequisites.

Chapter 3 reviews the problem of poverty in Sudan and its relation with health. It also reviews the different methods of protecting the poor and the role of the Zakat on that. The chapter shows that poverty is prevalent all over the country and is remarkably high in rural areas. The government has used both direct and indirect targeting mechanisms of protection of the poor. Although the Zakat chamber has the potential to increase coverage of the poor under the insurance scheme, it spent the majority of its funds on tertiary health care. The chapter concludes that health as a core determinant of development and poverty reduction has an important role to bring all health partners together including the Zakat chamber.

Chapter 4 explores and discusses the health care finance system in Sudan by reviewing data of different health finance mechanisms in Sudan regarding their definition, main features, strengths and weaknesses. The chapter shows that the health finance system in Sudan is built on multiple resources. It also shows that government expenditure on health care is very low, per capita expenditure was US\$ 3.3 in 2005. Social insurance contributed to health expenditure by 0.23 US\$ per capita, user fees are estimated to be just below 1 US\$ per capita, out-of-pocket of private and treatment abroad expenditure are 15-20 US\$ per capita and donor funds to the whole Sudan 3.5 US\$ per capita. Total expenditure on health care estimated to be 27 US\$ per capita.

The chapter argues that the health finance system in Sudan suffers from chronic constraints that appear in a lack of information, lack of coordination, inefficiency, inequity, bad quality and fluctuation. General and specific recommendations are given to revitalize the health care finance system; on top of that the Federal Ministry of Health should establish a National Health Policy. The chapter concludes that a strong relation with the for-profit private sector should be established and translated into private-public partnership.

The next three chapters present the survey results. The analysis is carried out on a household survey conducted in the three provinces of Khartoum of Sudan in 2001. The data are collected through interviews based on an adapted questionnaire. A logistic regression model is used for the statistical analysis.

In chapter 5 we analyze the attributes and the characteristics of those who receive free of charge public health services in Khartoum of Sudan. We also investigate if there are any impediments for cost recovery policies on health care use.

The results show that a respondent who has other income, who always or sometimes has dependents and who visited a health services twice on average is more likely to receive free of charge public health services. This does not advocate the health planners' claims that the beneficiaries of free of charge public health services are the well-off people. The government can continue to offer free of charge public health services at emergency departments with effective measures to stop misuse.

In chapter 6 we analyse the extent of the willingness to pay for good quality public health services in relation to the demographic and socio-economic characteristics of respondents. We study willingness to pay by means of a contingent valuation method.

The results show that the overall percentage of people who are willing to pay for good quality public health services is either 80% or 75% depending on whether respondents already pay for these services (group 1) or not (group 2). Although the two groups are willing to pay for good quality public health services, the demographic characteristics that affect the willingness to pay differ between the two groups. The results of the logistic regression analysis for each group are remarkably similar. We conclude that if the quality of services is improved, reason-

able fees could be set. This supports the continuity of the policy to recover costs because virtually the majority of the households would be willing to pay reasonable fees.

In chapter 7 we analyze the ability to pay (ATP) for public health services if these services are of good quality. It also investigates the relation between ATP and willingness to pay (WTP). The ATP is related to the respondents' demographic and socio-economic characteristics. To study the ATP, a contingent valuation method is applied.

The results show that the average percentage of respondents who are able to pay for good quality public health services ranges from 42% to 55% depending on whether respondents already pay for these services (group 1) or not (group 2). The results of the logistic regression analysis for each group are remarkably similar. There are differences between the two groups in the characteristics that influence the probability of being more able to pay. An important difference between ATP and WTP outcomes is observed. To encourage the sustainability of health services through user fee policies the adoption of the Bamako model of community financing is recommended.

Chapter 8 outlines the general conclusions, the SWOT framework, the policy implications and recommendations. The chapter provides direct answers to the research questions and discusses the implications of these results. The chapter presents the SWOT framework analysis and its outcomes. The discussion suggests the feasibility of community financing to achieve better health in Sudan. Community financing can be a national policy led by the NGOs or can be a NGOs initiative fostered by national and local governments. No doubt the available potentials and opportunities in Sudan can make a community financing a success.



# Kan community financing bijdragen aan een betere gezondheidszorg in Soedan?

## Samenvatting

Community financing is een innovatieve methode voor ontwikkelingslanden gericht op de aanpak van structurele problemen met de financiering van de gezondheidszorg. Dit verklaart wellicht de toenemende belangstelling voor deze vorm van financiering. Community financing is nog niet uitgebreid getoetst. Slechts in enkele studies zijn kaders ontworpen om verschillende programma's te evalueren, verduidelijken en classificeren.

De vraag die centraal in dit proefschrift staat, is in hoeverre community financing kan bijdragen aan een betere gezondheidszorg in Soedan. Dit onderzoek bestaat uit een case-studie van evidence-based resultaten van een analyse van primaire en secundaire data. Het onderzoek kijkt naar de voor- en nadelen, mogelijkheden en bedreigingen van community financing en de kenmerken en effectiviteit daarvan op grond van een analyse van empirische resultaten van nationale en internationale programma's.

In hoofdstuk 1 wordt als achtergrond bij het onderzoek een inleiding gegeven over Soedan en de bestaande voorzieningen voor gezondheidszorg in dit land. In dit hoofdstuk wordt ook ingegaan op de manier waarop gegevens zijn verzameld, de onderzoeksmethodologie en het analytische kader.

Hoofdstuk 2 gaat dieper in op het 'hoe', 'wat' en 'waarom' van community financing. In dit hoofdstuk worden ook de nationale (in Soedan) en internationale ervaringen met community financing beschreven. Community financing van de gezondheidszorg kan worden omschreven als een mechanisme waarbij huishoudens in een gemeenschap geheel of gedeeltelijk bijdragen aan de kosten voor gezondheidszorg en betrokken worden bij het management van deze community financing-programma's.

Het hoofdstuk laat zien dat de opkomst van community financing programma's in ontwikkelingslanden het gevolg is van politieke instabiliteit, economische schaarste en de ontoereikende capaciteit en organisatie van de gezondheidszorg. Bovendien is de bereidheid van mensen om voor gezondheidszorg te betalen een stimulans voor het opzetten van dergelijke programma's.

Een succesvolle uitvoering van community financing programma's is afhankelijk van een aantal voorwaarden: een haalbaarheidsonderzoek, een studie van de gemeenschap, en een goede samenwerking tussen NGO's en de overheid met het oog op scholing en technische ondersteuning. De ervaringen met community financing op internationaal niveau geven de verscheidenheid aan doelstellingen en technische, management en organisatorische aspecten weer. In Soedan is de bereidheid om dergelijke programma's op te starten weliswaar groot, maar heeft men geen ervaring. De programma's Basic Development Needs (BDN) en het Child Friendly Community Initiative (CFCI) zijn dan ook specifiek bedoeld om ervaring op te

doen met community financing. Deze programma's hebben tot goede resultaten geleid op het gebied van armoedebestrijding in de breedste zin van het woord. Een succesvol community financieringssysteem lijkt afhankelijk te zijn van politieke, economische, institutionele en culturele voorwaarden.

Hoofdstuk 3 bespreekt de armoede- en gezondheidsproblematiek in Soedan en het verband daartussen. Ook worden in dit hoofdstuk de verschillende manieren besproken waarop de armen worden beschermd en de rol die de religieuze belasting 'zakat' hierin speelt. In het hele land heerst armoede, vooral in de landelijke gebieden. De overheid heeft zowel directe als indirecte mechanismen gebruikt om de armen te beschermen. Hoewel de 'Zakat chamber', de overheidsinstantie die de religieuze belasting int, ervoor kan zorgen dat meer armen onder het sociale verzekeringsstelsel vallen, geeft deze het grootste gedeelte van de beschikbare middelen uit aan tertiaire gezondheidszorg. De conclusie is dat de gezondheidszorg een beslissende factor is voor de ontwikkeling en armoedebestrijding en als zodanig een cruciale rol speelt in het bijeenbrengen alle belanghebbende organisaties, inclusief de Zakat chamber.

In hoofdstuk 4 wordt de financiering van de gezondheidszorg in Soedan onderzocht door het vergelijken van gegevens van verschillende financieringsmechanismen. Daarbij wordt onder andere gekeken naar de belangrijkste kenmerken en de voor- en nadelen van deze mechanismen. Uit het onderzoek blijkt dat de gezondheidszorg in Soedan uit verschillende middelen wordt gefinancierd. Bovendien zijn de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg erg laag: \$ 3,30 per persoon in 2005. Sociale verzekeringen dragen \$ 0,23 per persoon bij; eigen bijdragen worden geschat op iets minder dan \$ 1,00 per persoon; de kosten die direct aan de dienstverlener worden betaald en kosten voor behandeling in het buitenland bedragen \$ 15 - 20 per persoon, en giften van donoren voor heel Soedan bedragen \$ 3,50 per persoon. De totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg worden geschat op \$ 27,00 per persoon.

In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat het financieringsstelsel voor de gezondheidszorg in Soedan aan een aantal structurele problemen lijdt, namelijk een gebrek aan informatie, coördinatie en inefficiëntie, ongelijkheid, slechte kwaliteit en fluctuatie in beleid. Er wordt een aantal algemene en specifieke aanbevelingen gedaan om de financiering van de gezondheidszorg nieuw leven in te blazen. Bovendien zou het Federale Ministerie van Gezondheid er goed aan doen een nationaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Het hoofdstuk eindigt met de conclusie dat een goede samenwerking tussen de overheid en het bedrijfsleven moet worden gerealiseerd in de vorm van een publiek-privaat samenwerkingsverband.

In de volgende drie hoofdstukken worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. De analyse is gebaseerd op een enquête die is afgenomen in huishoudens in de drie provincies van Khartoem in 2001. De gegevens zijn verzameld aan de hand van interviews die gebaseerd zijn op een aangepaste vragenlijst. Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van logistisch regressie.

In hoofdstuk 5 worden de eigenschappen en kenmerken geanalyseerd van de mensen die gebruik maken van gratis gezondheidszorg van de overheid in Khartoem. We gaan daarbij ook na of er belemmeringen zijn voor beleid dat de kosten voor voorzieningen in de gezondheidszorg op de gebruikers verhaalt.

De resultaten tonen aan dat respondenten die meerdere bronnen van inkomsten hebben, die altijd of soms verantwoordelijk zijn voor het levensonderhoud van anderen en die gemiddeld twee keer gebruik hebben gemaakt van gezondheidszorg, een grotere kans maken op gratis gezondheidszorg. Dit komt niet overeen met de stelling van beleidsmakers dat juist het rijkere deel van de bevolking gratis gezondheidszorg genieten. De overheid kan dan ook doorgaan

met het aanbieden van gratis gezondheidszorg in afdelingen voor spoedeisende hulp en daarnaast effectieve maatregelen nemen om misbruik tegen te gaan.

In hoofdstuk 6 wordt gekeken naar de bereidheid van de respondenten om te betalen voor gezondheidszorg van goede kwaliteit in verhouding tot hun demografische en sociaal-economische kenmerken. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een contingent valuation-methode.

De resultaten tonen aan dat respectievelijk 80% en 75% van de mensen bereid zijn om te betalen voor gezondheidszorg van goede kwaliteit, afhankelijk van het feit of ze al betalen voor deze dienstverlening (groep 1) of niet (groep 2). Hoewel beide groepen bereid zijn te betalen voor gezondheidszorg van goede kwaliteit, verschillen de twee groepen wat betreft de demografische kenmerken die deze bereidheid beïnvloeden. De resultaten van de logistische regressies van beide groepen vertonen opvallende overeenkomsten. We concluderen dat als de kwaliteit van de diensten verbetert, hiervoor een redelijke vergoeding kan worden gevraagd. Dit pleit voor voortzetting van het beleid om de kosten terug te verdienen, aangezien de meerderheid van de huishoudens bereid zou zijn een redelijke bijdrage te betalen. In hoofdstuk 7 wordt het vermogen om te betalen voor gezondheidszorg van goede kwaliteit onderzocht. Daarbij wordt ook gekeken naar het verband tussen het vermogen en de bereidheid om te betalen. Het vermogen om te betalen is gerelateerd aan de demografische en sociaal-economische kenmerken van de respondent. Ook hier wordt weer een contingent valuation-methode toegepast.

De resultaten tonen aan dat respectievelijk 42% en 55% van de respondenten in staat zijn te betalen voor gezondheidszorg van goede kwaliteit, afhankelijk van het feit of de respondenten al voor deze dienstverlening betaalden (groep 1) of niet (groep 2). De resultaten van de logistische regressies voor beide groepen vertonen opvallende overeenkomsten. De twee groepen vertonen verschillende kenmerken die invloed hebben op de kansen dat ze beter in staat zijn te betalen. Er is een belangrijk verschil tussen de uitkomsten van het vermogen en die van de bereidheid om te betalen. Om voortzetting van het aanbieden van gezondheidsdiensten door middel van gebruikersbijdragen te stimuleren wordt het Bamako-model voor community financing aanbevolen.

In hoofdstuk 8 geven we de algemene conclusies, de SWOT-analyse, de gevolgen en aanbevelingen voor het te volgen beleid. In dit laatste hoofdstuk worden directe antwoorden gegeven op de onderzoeksvragen en worden de gevolgen van deze resultaten besproken. Ook wordt in dit hoofdstuk de SWOT-analyse en de uitkomsten daarvan gepresenteerd. Uit de discussie blijkt dat een betere gezondheidszorg in Soedan met een community financing-programma haalbaar is: ofwel als een nationaal programma dat door NGO's wordt geleid of als een initiatief van NGO's dat door nationale en lokale overheden wordt ondersteund. De voorzieningen en mogelijkheden die in Soedan voorhanden zijn, zullen ongetwijfeld bijdragen aan het succes van community financing.