



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

### **Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant**

**PL 04/3**

#### **Système du Tiers Payant en Afrique : de la théorie à l'évidence, étape suivante**

*Araoyinbo, Idowu D.<sup>1</sup>, Ataguba, John E.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Medical Research Council (MRC) Cape Town South Africa

<sup>2</sup> Health Economics Unit, University of Cape Town (UCT)

Le système du tiers payant est défini comme des montants prélevés sur les consommateurs des biens ou services du gouvernement en relation avec leur consommation. Ils sont également des sommes d'argent prélevés sur les individus pour l'utilisation des biens et services pour lesquels ils reçoivent des “avantages spéciaux” (Duff, 2004). Les arguments en faveur du système du tiers payant sont entre autres : (i) augmentation de l'efficacité économiques par lequel des ressources rares sont allouées à leur utilisation les plus valables dans le secteur public et entre les secteurs publics et privés ; (ii) les prélèvements déduits permettent d'améliorer la transparence du secteur public, ce qui lui permet de réagir à différentes préférences et changement dans la demande pour des biens et services fournis au public ; (iii) le recouvrement des frais et l'augmentation de l'équité ; et (iv) l'idée de la taxation proportionnelle aux avantages de contrepartie est appliquée sur la base de la “l'impartialité” car chaque client paie uniquement pour les biens et services qu'ils ont utilisé.

Pour les détracteurs du système du tiers payant, il pourrait constituer un fardeau plus lourd sur les pauvres qui auront probablement à supporter des fardeaux plus lourds de maladie (Nyanator and Kutzin, 1999; Gilson, 1997) alors que dans ce cas, la fourniture des soins de santé publiques sur la base de ces frais est une contradiction de l'objectif premier pour lequel la fourniture public des soins de santé est réalisée et la flexibilité budgétaire sera limitée là où les revenus sont affectés pour les dépenses des services de santé fournis au public, budgets desquels les revenus sont retirés. Ceci a conduit à une réduction soutenue de l'utilisation des services (Nyanator and Kutzin, 1999). Les comportement des individus vis-à-vis des frais peuvent négativement affecter les revenus du gouvernement et leur viabilité politique.

Sur la base de la théorie économique et de l'efficacité, l'imposition du tiers payant dans les centres de santé publics est justifiée seulement lorsque la valeur du service fourni au public qui est financé par le tiers payant excède la valeur des services de soin de santé que le client pourra autrement obtenir dans le secteur privé. Ceci implique seulement que le tiers payant n'est approprié que lorsque la valeur marginale d'un dollar supplémentaire du tiers payant sur les services de santé dans le secteur public excède la valeur marginale d'un dollar supplémentaire dans le secteur privé (Duff, 2004). Les preuves ont montré que l'augmentation du tiers payant agit comme un signal pour les prestataires du secteur privé pour augmenter leurs frais (Jacobs et Price, 2004).

Au début des années 80, des études ont montré que les prix peuvent ne pas être des éléments déterminants de la demande des soins de santé, ou pire, un impact positif sur la demande (Akin *et al.*, 1984). D'autres études ont démontré que les études préalables sont dépourvus de données de qualité et que les prix ont un impact significatif sur la demande pour les soins de santé, principalement dans les pays en développement (Gertler and van der Gaag, 1988; Mwabu, 1986) et sur les pauvres. Des études menées en Afrique ont démontré que le tiers payant n'est pas viable en prenant plus de 15 pays Africains pendant une durée de temps (Vogel, 1991). Ceci est dû au fait que les pauvres sont d'habitude très sensibles aux petits changements dans les prix mêmes pour des biens qui sont des nécessités tels que les soins de santé. Avec la relation forte qui existe entre la santé et la pauvreté, il n'y a aucun doute que le système de tiers payant pourra probablement inciter le phénomène de piège de pauvreté médicale. Ceci parce que les pauvres qui ne peuvent pas se payer les services de soins de santé privés à cause des coûts élevés ne peuvent pas non plus se permettre d'utiliser les structures publiques. Ceci conduit à une morbidité non traitée, un accès réduit aux soins de santé, un appauvrissement à long terme, une utilisation irrationnelle des médicaments (Whitehead *et al.*, 2003). Des preuves ont également démontré l'augmentation des inégalités liées au système de tiers payant (Nyanator and Kutzin, 1999).

Des expériences menées dans certains pays Africains tels que l'Ouganda où le système du tiers payant a été supprimé de façon soudaine en 2001, l'Afrique du Sud en 1994 pendant la période de transition vers la démocratie a conduit d'autres pays tels que le Rwanda, la Zambie, le Burundi, la République Démocratique du Congo et le Niger à mettre en œuvre des réformes similaires par le biais des structures ou de services sélectionnés. Ceci a été instructif dans l'augmentation du taux d'utilisation de services de santé public (Yates, 2007) et les femmes peuvent également bénéficier de la réduction du tiers payant (Lawson, 2004). Dans d'autres pays, tels que le Ghana, il est difficile de faire un suivi des impacts de ces frais sur la population car les responsables des structures reproduisent et établissent leur propre système de fixation des prix et de collecte des frais (Nyanator and Kutzin, 1999).

La suppression du système du tiers payant dans certains pays Africains a été principalement basée sur des motivations politiques pour maximiser les voix

conformément à la présentation de William Nordhas<sup>1</sup>. Même au cours de ces instances, le taux d'utilisation a augmenté. Il est fort probable que les pauvres fassent preuve d'un ressentiment "interne", mais à cause de leur faible représentation, il est souvent difficile que leur opinions soient prises en compte en Afrique. Un cas d'efficacité pourra être soulevé si les revenus des tiers payant sont canalisés vers la fourniture des soins de santé de bonne qualité, l'augmentation de la disponibilité des médicaments, et la promptitude des services qui doivent réduire les effets néfastes créés par le manque d'accès aux soins de qualité (Nyanator and Kutzin, 1999). Cependant, il est souvent le cas que ces revenus ne soient bien justifiés. Dès fois, certaines conditions et mesures politiques doivent être mises en place pour la mise en oeuvre du système du tiers payant pour avoir des effets non désirables minimum (Gilson, 1997) mais ceci pourra en lui-même renforcer les effets néfastes du système du tiers payant dont souffrent les pauvres. Pendant que certaines des politiques sont bonnes, elles sont souvent ouvertes aux abus qui les rend inefficaces dans la réalisation des objectifs dans les structures Africaines. En dehors de l'Afrique, l'expérimentation du système du tiers payant a été également une expérience sans succès.

En Afrique principalement, le noeud du problème est le financement des soins de santé pour les pauvres et les populations rurales. Alors que les pauvres très sensibles aux prix facturés, cela ne veut pas dire que l'utilisation des services de soins de santé soient "gratuits". En terme purement économique, dans le cadre de la concurrence, chaque agent économique doit supporter les coûts différentiels de ses actions. Le cas des soins de santé est spécial étant donné que les soins de santé constituent un droit, un besoin et possède des coûts sociaux. Les personnes pauvres ne peuvent pas supporter leurs coûts privés et les coûts sociaux. A cet effet, l'utilisation de l'assurance maladie communautaire ou les régimes de remboursement ont été connus comme étant viables même sur la base des expériences faites dans des régions de l'Afrique et sont avantageux et viables lorsqu'ils sont intégrés dans des perspectives plus grandes de régimes d'assurance maladie nationale ou des institutions de microfinance.

L'idée d'une couverture universelle est susceptible d'augmenter l'accès des pauvres aux soins de santé, principalement lorsque le système d'interfinancement est possible. Ceci parce que le système du tiers payant a créé des questions d'équité et d'efficacité et nous avons besoin de perspective d'avenir. Tout en arguant qu'il y a une solution passe partout pour la plupart des problèmes de la société, il est probable d'avoir des solutions qui augmentent l'achat d'office auprès de la plupart des acteurs. Nous avons par conséquent besoin des méthodes autochtones et innovantes de financement des soins de santé qui puissent imposer le financement des soins de santé conformément à la capacité de payer, mais au même moment distribuer les avantages sociaux et renforcer l'accès au soins selon les "besoins" de soins. Ceci impliquerait une forme de négociation privée "interne" telle que celle réalisée dans le cadre du Coase Theorem pour la demande en soins de santé ne

---

<sup>1</sup> This is based on the theory of political business cycle.

dépendent pas de la distribution des revenus<sup>2</sup>. Ceci est plus lié à la solidarité sociétale qui probablement peut produire des résultats valables dans les structures Africaines.

**Conflit d'Intérêt (COI)** Le Professeur Diane McIntyre a été enseignant des auteurs et également un collègue de l'un des auteurs.

### Références

- AKIN, J., GRIFFIN, S. C., GUILKEY, D. K. & POPKIN, B. M. (1984) *The Demand for Primary Health Care in Developing Countries*, Totowa, NJ, Littlefield, Adams.
- DUFF, D. G. (2004) Benefit Taxes and User Fees in Theory and Practice. *The University of Toronto Law Journal*, 54, 391-447.
- GERTLER, P. & VAN DER GAAG, J. (1988) *Measuring the willingness to pay for social services in developing countries*, World Bank, Washington, DC, USA.
- GILSON, L. (1997) The Lessons of User Fee Experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12, 273-285.
- JACOBS, B. & PRICE, N. (2004) The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19, 310-321.
- LAWSON, D. (2004) Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda - Is it Just Income and User Fees that are important? , An unpublished manuscript, University of Manchester, UK.
- MWABU, G. (1986) Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya. *Social Science and Medicine*, 22, 315-319.
- NYANATOR, F. & KUTZIN, J. (1999) Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14, 329-341. VOGEL, R. J. (1991) Cost Recovery in the Health-Care Sector in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 6, 167-191.
- WHITEHEAD, M., DAHIGREN, G. & EVANS, T. (2003) Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358 833-836.
- YATES, R. (2007) The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries. UK Department for International Development - Human Development (Abstract).

---

<sup>2</sup> This simply imply that we assume that consumers' preferences are quasi linear.