



## “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 04/4**

#### **Système du Tiers Payant pour les Services de Santé en Afrique**

*Anne Kangethe Pharm. D, International Graduate Student, University of Georgia, Athens, Georgia*

---

Le concept du tiers payant continue d'être "d'actualité" dans les forums et débats de financement de la santé en Afrique. Récemment, certains pays Africains tels que l'Ouganda ont supprimé le paiement des frais. D'autres ont modifié leurs politiques. Par exemple, la Zambie a supprimé les frais seulement dans les structures sanitaires rurales, au Burundi, les frais ont été supprimé pour les services de soins maternels et infantiles alors qu'en République Démocratique du Congo, le Rwanda et le Niger, les frais ont été supprimés dans des structures sélectionnées (Yates 2007).

La controverse a commencé en 1987, lorsque la Banque Mondiale a recommandé que le principe de recouvrement des coûts soit incorporé dans le programme de financement des services de santé publiques dans les pays en développement (Shaw and Griffin 1995). Les détracteurs du système de tiers payant ont soutenu l'idée selon laquelle les services de santé n'ont pas été utilisés principalement les communautés vulnérables telles que les femmes et les enfants dans les sociétés pauvres. En outre, les paiements directs constituent une forme de régression de financement des soins de santé car ils prennent une grande proportion des revenus des ménages les plus pauvres contrairement aux ménages les plus riches (Gilson and McIntyre 2005). L'élimination des frais de partage de coûts a coïncidé avec l'augmentation des soins de santé fournis par le Gouvernement aux femmes en Ouganda (Lawson 2004).

Il existe peu d'exemples disponibles venant des défenseurs de la politique du tiers payant. Peut être ceci est due au fait que par le passé, trop d'accent a été mis sur la mobilisation des revenus et peu d'accent sur comment le partage des coûts qui constitue le tiers payant peut contribuer à l'efficacité, à l'équité et la pérennisation des systèmes nationaux de santé (Shaw and Griffin 1995). L'objectif de cet exposé est de présenter un cas pour l'utilisation continue du tiers payant pour les services de santé en Afrique.

Au Kenya, le partage des coûts a été introduit en Décembre 1989 (Ngugi 2000). Sur la base des expériences de la Kenyatta National Hospital (KNH) un centre hospitalier universitaire à Nairobi, Kenya, le partage des coûts a permis d'avoir une source complémentaire de fonds. Les revenus ont augmenté de 1% des bénéfices récurrents

de KNH en 1986/87 10% en 1993/94 (Collins, Njeru et al. 1999). Lorsque le financement augmente à partir du tiers payant, l'assistance financière qui a été initialement prévu par le Ministère de la Santé pour être alloué à l'hôpital, peut être maintenant re-affecté à d'autres structures de soins de santé primaire au niveau local et préfectoral. Ceci sera conforme avec le souci permanent des gouvernements et des bailleurs de fonds en Afrique à réaffecter les fonds du niveau tertiaire ou niveau primaire des soins de santé (Shaw and Griffin 1995).

Des études préalables ont proposé que les bailleurs de fonds doivent être utilisés pour soutenir la suppression du système du tiers payant (Gilson and McIntyre 2005). De façon générale, la plupart des bailleurs de fonds soutiennent les budgets des capitaux ou de développement au lieu de financer les dépenses de fonctionnement ordinaire telles que les salaires, les médicaments, les équipements et la maintenance (Shaw and Griffin 1995) que le système du tiers payant fournit. En outre, les bailleurs de fonds seront mieux utilisés pour des cas d'urgence ou de catastrophe tel que la violence intervenue récemment au cours des élections au Kenya en Décembre 2007. La violence a eu comme conséquence le déplacement des personnes à l'intérieur du pays qui ne peuvent pas fournir le tiers payant pour leurs soins, et dans ce cas c'est l'utilisation du financement des bailleurs qui est le plus appropriée.

Pendant que le système du tiers payant a été taxé comme étant inapproprié à cause de l'exclusion des communautés les plus pauvres, ils ont également permis de réduire le phénomène de risqué moral dans les hôpitaux. Avant la mise en œuvre du système du partage des coûts au KNH, il n'était pas fréquent de voir des malades potentiels se présenter pour les soins parce que le traitement était "gratuit". Bien que les statistiques ne soient pas disponibles, l'on peu supposer que la l'utilisation des soins de santé a augmenté parce qu'il a été subventionné (Feldstein 1998). Ceci a aboutit à une utilisation non appropriée des médicaments prescrits et à conduit à une augmentation des coûts de prescription et dans les cas des antibiotique, à une résistance des médicaments. Au même moment, ces "malades" qui n'ont pas réellement besoin d'une attention médicale demanderaient des absences autorisées du travail parce qu'ils peuvent avoir des papiers pour prouver qu'ils ont été traités et ont reçu des médicaments. Ceci pourra tôt ou tard aboutir à une fréquentation excessive des structures, une réduction de la qualité des soins et un escalade des coûts des soins pour la société. Les coûts pour la société seront également calculés en relation avec l'absentéisme au travail.

Le tiers payant inclut dans le partage des coûts créé l'attente de meilleurs services (Ngugi 2000). Dans une étude récente menée en Ouganda où d'autres déterminants du comportement de ceux qui sont à la recherche des soins ont été analyses, le niveau élevé d'éducation a été associé à l'abandon de façon significative des soins de santé fournis par le gouvernement, ce qui indique que les soins de santé offert par le gouvernement sont de qualité inférieure (Lawson 2004). L'étude a été menée après le récent changement de politique où le tiers payant a été supprimé. En outre, la baisse de la morale du personnel de la santé dont les salaires sont réduits suite à la suppression du système du tiers payant pourra offrir des soins de qualité médiocre à cause de la charge du travail due au taux d'augmentation d'utilisation du système..

Pour prévenir ces impacts négatifs liés à la suppression du tiers payant, il existe des options de fourniture des soins de santé aux pauvres tout en maintenant des sources de revenus pour les hôpitaux. A KNH, les malades qui ne peuvent pas payer le tiers payant sont envoyés aux travailleurs sociaux pour les aider dans la fourniture des soins. Ceci permet de s'assurer qu'aucun malade dans le besoin ne soit renvoyé et en même temps que les ressources ne soient gaspillées.

Une autre idée qui a été mise en œuvre par les systèmes sanitaires en Inde est la mise en place d'une assurance communautaire abordable. Dans la région de Karnataka, le régime d'assurance de Yeshasvini offre une assurance aux coopératives de production de lait, aux enseignants et à l'avenir aux familles qui vivent dans un endroit commun. Ce régime d'assurance aiderait à compenser le système du tiers payant et d'autres dépenses médicales et au même moment assurer la durabilité financière des systèmes sanitaires.

Bien que n'ayant pas pour objectif de servir de moyen de dissuasion à ceux qui ont besoin de soins de santé, le système du tiers payant a été critiqué comme étant une barrière aux soins de santé, cependant quelques études ont été conduites pour évaluer ces effets sur l'efficacité, l'égalité et la pérennité des systèmes de soins de santé. Alors que le système du tiers payant pourra créer des problèmes aux pauvres, il existe des solutions pour assurer la fourniture des soins aux malades qui se trouvent dans le besoin. Des solutions telles que l'utilisation des travailleurs sociaux et la mise en œuvre des projets d'assurance communautaire pourront offrir des moyens durables pour satisfaire aux besoins en soins de santé des communautés africaines.

#### **Références:**

- Collins, D., G. Njeru, et al. (1999). "Hospital autonomy: the experience of Kenyatta National Hospital." *Int J Health Plann Manage* 14(2): 129-53.
- Feldstein, P. J. (1998). *Health care economics*. Albany, NY, Delmar Publishers.
- Gilson, L. and D. McIntyre (2005). "Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action." *BMJ* 331(7519): 762-5.
- Lawson, D. (2004). "Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda – Is it Just Income and User Fees That Are Important?" Retrieved 4/28, 2008, from <http://unpan3.un.org:8080/query.html?qt=mwea&charset=iso-8859-1>.
- Ngugi, R. (2000). "Health Seeking Behaviour in the Reform Process for Rural Households : The Case of MWEA Division, Kirinyaga District, Kenya." Retrieved 04/28, 2008, from <http://unpan3.un.org:8080/query.html?qt=mwea&charset=iso-8859-1>.
- Shaw, R. P. and C. C. Griffin. (1995). "Cost Sharing: Towards Sustainable Health Care in Sub-Saharan Africa" Retrieved 04/28, 2008, from <http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find63.htm>
- Yates, R. (2007). "The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries " Retrieved 4/28, 2008, from [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=993482#PaperDownload](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=993482#PaperDownload).