



“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 04/5

Lorsque le système du Tiers Payant est une nécessité de la vie : Quel rôle pour la politique en Ouganda ?

Birungi Charles, Student, Faculty of Health Sciences, Uganda Martyrs University, Nkozi

Introduction

Un soir à la fin du mois de Décembre 2007, j'ai eu une discussion intéressante avec mon ami, Alex. Il a insisté sur le fait que le système du tiers payant est un “mal nécessaire” et a donné plusieurs preuves tirés de l'expérience Ougandaise pour justifier sa position. Concernant ce raisonnement je n'ai aucune objection, ayant entendu ces preuves de la bouche des voix les plus autorisées qui ont soigneusement documenté les effets de cette réforme qui a échoué. Ensuite, la discussion a continué avec le “dilemme” que connaît le secteur de la santé en Ouganda, et les arguments de la stabilité macroéconomique – un moyen de gestion économique qui a amené tout le pays à croire qu'il n'existe qu'une seule voie de gestion de l'économie nationale.

Au moment où j'écris ce petit exposé, que je préfère appelé mon “point de vue”, cette discussion mémorable m'est revenue à l'esprit. Etant donné que j'ai grandi dans un village rural au centre ouest de l'Ouganda, mes mémoires d'enfance des années 80 sont pleines de principaux acteurs sur la scène de la prestation des soins de santé en Ouganda : les structures étatiques de soins de santé et les structures religieuses de soins de santé. La plupart de la documentation sur le système du tiers payant se concentre sur ses impacts sur les services de soins de santé fournis (et financés) par le gouvernement. Cependant, je sais qu'il existe plusieurs acteurs dans le secteur des soins de santé en Ouganda. Ceci est mon point de départ dans le présent exposé où j'étudie le rôle que la politique peut (et doit jouer) pour le sous secteur privé à but non lucratif (PNFP) – une caractéristique principale du système de prestation des soins de santé Ougandais, pour lequel le tiers payant est une nécessité pour la vie.

Qu'est ce que le PNFP (Système de soin de santé privé à but non lucratif) ?

Le terme “PNFP” est utilisé pour décrire les structures jusque là appelées vaguement “mission” ou structure “volontaire” de soins de santé. En un mot, c'est un groupe de vastes réseaux constitués de points de prestation de service disséminés dans tout le

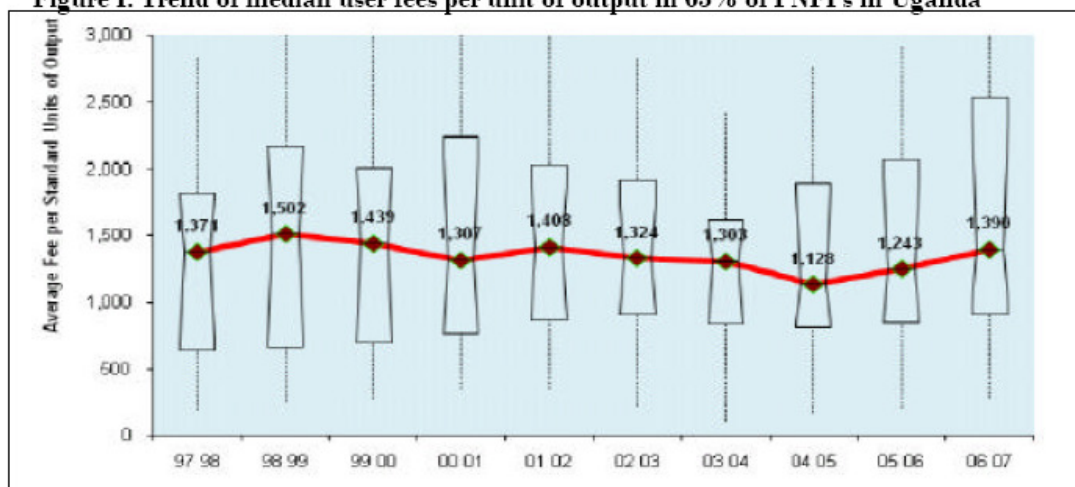
pays qui ont commencé à travailler vers la fin du 19^{ème} siècle et ont continué à se développer au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, bien avant la création du système de santé. Ils sont les deux fondés sur des bases de structure et de non structure. Les premiers sont destinés à la grande majorité qui appartiennent aux dénominations religieuses, coordonnées par trois bureaux médicaux (Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda Protestant Medical Bureau and Uganda Muslim Medical Bureau). En terme de taille, ils détiennent 42,3% des hôpitaux, 22% des structures sanitaires de niveau inférieur et 70,7% des institutions sanitaires en Ouganda, avec 85% de ces institutions installées ans les zones rurales où vit la majorité des pauvres. En 2006/7 seulement, ce sous secteur a traité 17% des patients externes, fait 35% de accouchements et donné 35% des doses DPT3 de toutes les productions de secteur de santé au niveau national.

Système du tiers payant : une nécessité de la vie pour les PNFP en Ouganda

Sur la base de ce qui précède, il est clair que la mise en place de ces structures implique des investissements considérables de capitaux et d'effort. Je sais également que les fondateurs de ces structures ont l'intention de poursuivre un objectif spécifique et être en mesure de pérenniser leurs activités au delà des acteurs qui l'ont commencé. Ceci en soi signifie que les PNFP doivent fonctionner conformément aux objectifs originaux (c'est à dire, traiter des patients, promouvoir la santé, former les gens, etc., évoluer selon des objectifs sociaux) et, entretenir les biens, de peur que l'organisation ne commence à se détériorer et à mourir éventuellement.

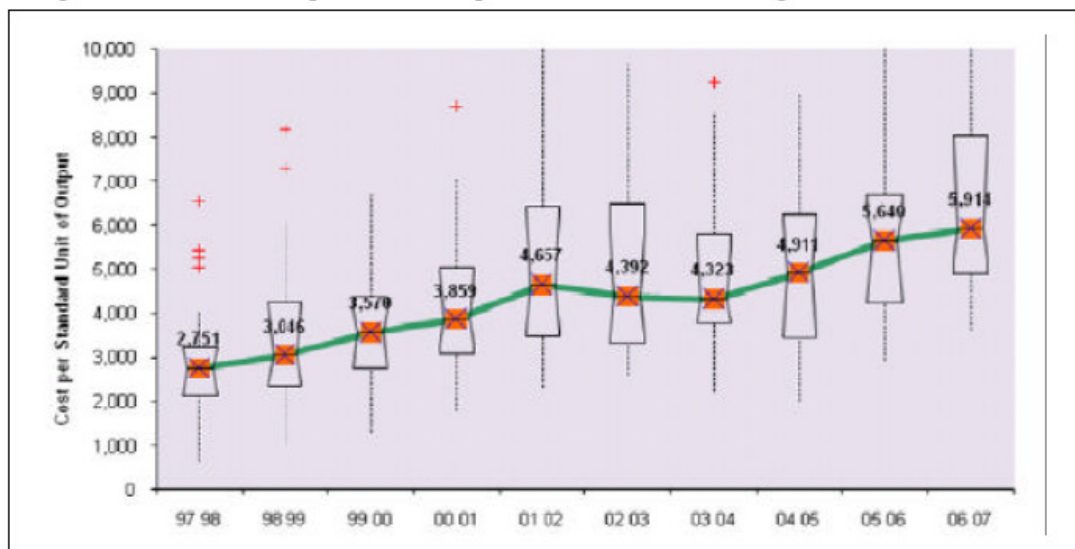
Pour la pérennisation organisationnelle, que ce soit au niveau des affaires ou des entreprises sociales, les éléments ci-dessus sont des *conditions sine qua non*. Les coûts et les prix sont deux principaux concepts économiques qui doivent être introduits à ce niveau. Du point de vue de PNFP, le coût est la valeur des ressources qu'une structure de santé utilise pour produire ses services alors que le prix constitue les frais payés par les patients pour bénéficier des services de santé de la structure. En théorie économique, le prix doit toujours être plus élevé que le coût, et cette relation intrinsèque doit être respectée à tout moment. Les graphiques I et II ci-dessous illustrent le statut de la relation dans les PNFP en Ouganda :

Figure I: Trend of median user fees per unit of output in 65% of PNFPs in Uganda



Source: Giusti D, 2008

Figure II: Trend of cost per unit of output in 65% of PNFPs in Uganda



Source: Giusti D, 2008

Selon ces graphiques ci-dessus, une réduction progressive dans les frais par unité de production pendant des années a été observée, en dépit des effets de l'inflation, de l'augmentation des coûts des services et de la réduction du budget d'assistance de l'Etat. Ceci est le résultat des efforts délibérés des structures du PNFP. La tendance modérée à la hausse des frais observée en 2004/5 reflète la pression sur le sous secteur de l'augmentation des coûts du service de production et de la réduction de l'aide du gouvernement (voir Fig. III ci-dessous). En me référant à l'économie de la santé fondamentale, je n'ai aucun doute que les gens paient moins que ce qu'ils payaient en 1997/98, même si sans ajustement dégressif sur le temps acheté. Au fait, à la lumière de la politique macroéconomique mise en œuvre par le pays, je n'ai aucun doute en ce qui concerne les perspectives pro-pauvres de PNFP.

La compréhension que j'ai eue pendant des années est que si la règle économique fondamentale selon laquelle les revenus doivent être plus élevés que les dépenses n'est pas respectée ; le bilan montrera une perte de richesse de l'organisation, qui n'est que le signe qui annonce que cette organisation est malade. Il est évident que le "profit" est une nécessité pour la vie, sous réserve de la contrainte de "non distribution" (c'est-à-dire, le profit réalisé— s'il y en a – ne pourra pas être attribué aux propriétaires, aux dirigeants, etc., mais réinvestit pour développer l'organisation). Comme cela a été observé de diverses manières (Giusti D et al, 2004), toute tentative par les PNFP pour fixer le tiers payant à des niveaux égal aux coûts ou aux éléments ci-dessus devient une force de dissuasion à la consommation des biens/services qu'ils produisent.

A la lumière de ce qui précède et motivé par l'altruisme, les PNFP ont toujours essayé de trouver des "substituts des prix" pour financer leurs opérations. Ceci a pris la forme des subventions, des dons, et des fois des prêts. Lorsque ces "substituts des prix" ne sont pas ni financés ni suffisants, quelques options existent pour éviter

d'abandonner les objectifs sociaux. La diminution de la "dotation" ou l'augmentation des frais du tiers payant (avec les impacts négatifs consécutifs sur l'accès, l'équité, l'efficacité, etc.) sont les mêmes.