



“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

PT 02

Les Réformes du Secteur de la Santé dans les Pays en Développement : Une Etude de la Dynamique Financière, Institutionnelle et Sociale des Organisations de Mutuelle de Santé au Ghana.

Augustine Adomah-Afari

PhD Student - Sheffield Hallam University, U.K.

Introduction

L'enthousiasme avec lequel les pays en développement, principalement les pays en Afrique sub-saharienne ont accepté le concept des régimes d'assurance maladie communautaire comme étant une disposition nouvelle émergente pour le financement et l'amélioration de l'accès aux services modernes de qualité des soins de santé au cours des deux dernières décennies dans le cadre des réformes du secteur de la santé a été considérable. Cet enthousiasme a été renforcé par le fait que les gouvernements croient que les régimes d'assurance maladie pourront être facilement utilisés comme plateformes pour développer des stratégies d'Assurance Maladie Sociale pour atteindre les populations économiquement démunies qui pourront être autrement catapultées dans une pauvreté abjecte parce qu'elles doivent disposer d'une richesse familiale pour traiter un membre de la famille qui tombe malade.

Cependant, pendant que le gouvernement cherche à mettre à la disposition de la population des soins de santé équitables, il existe de grandes difficultés flagrantes, principalement à cause de l'absence de structures administratives sociales et publiques bien développées. Cette situation constitue la base de la réalisation de la présente étude qui traite des questions liées à la viabilité financière, au cadre institutionnel, à la dynamique sociale et aux effets que tout ceci a sur la pérennisation générale des Organisations de Mutuelle de Santé. Le Ghana, un pays en développement de l'Afrique de l'Ouest a introduit un régime d'assurance maladie qui a fusionné l'assurance maladie sociale et les régimes d'assurance maladie communautaire. Il est important d'élaborer des plans proactifs pour traiter de la question de la viabilité financière des régimes afin d'éviter qu'ils ne soient insolubles.

Objectifs de l'Etude

L'étude vise généralement à réviser les réformes du secteur de la santé dans le contexte des pays en développement et du Ghana en particulier. Plus spécifiquement, notre objectif est d'analyser les problèmes de l'accès financier à la santé dans les pays en développement et d'évaluer la dynamique financière, institutionnelle, et sociale des Organisations de Mutuelles de Santé comme étant des mécanismes innovantes et émergentes pour aider à résoudre ces problèmes avec une référence au Ghana.

Méthodologies de l'Etude

Quatre Régimes de Mutuelle d'Assurance Maladie Préfectoraux et un Régime de Mutuelle d'Assurance Maladie Privé opérationnels ont été sélectionnés sur base de localisation géographique, entre autres critères, et ont été utilisés comme études de cas. Des données ont été collectées par des interviews avec des membres et des non membres de ces régimes d'assurance maladie, les gérants, les décideurs politiques, les militants politiques, les ONG et les organisations représentatives, les dirigeants traditionnels, le clergé et d'autres acteurs du secteur de la santé. Des données secondaires sont également basées sur l'analyse des preuves documentées y compris les rapports, les états financiers et les registres de présence des structures de santé. Les résultats de l'étude empirique sont analysés sur la base du développement des thèmes et des caractéristiques qui ont émergés des rapports d'interviews et interprétés par le biais des politiques sociales et des théories communautaires régionaux avec le soutien des documents disponibles.

Principaux résultats

Les résultats de l'étude ont généralement montré que, pendant que l'intervention du Gouvernement (mise en œuvre du NHI) a augmenté et a atteint les membres des différents régimes d'assurance maladie : les petits groupements et les populations des préfectures sous les auspices des Assemblées préfectorales, cette intervention a également conduit à la réduction des initiatives communautaires dans le cadre de la mise en place d'une part des régimes de petits groupements originaux et d'autres parts au déclin total de ces régimes.

L'étude a également prouvé entre autres que les régimes sont financièrement viables aussi longtemps qu'ils sont subventionnés par le Gouvernement. Cependant, il se peut qu'ils ne soient pas financièrement viables au-delà des subventions à cause de l'utilisation incontrôlée de ces subventions, de la fraude, des risques moraux et des revendications exorbitantes faites sur ces subventions par les prestataires de soins de santé. Il existe des problèmes liés au retard dans le déblocage des fonds de remboursement pour l'autorisation de sortie avec réclamation par le Gouvernement central étant donné que ceci a eu des impacts sur la gestion financière et stratégique et sur le processus de prise de décision des institutions sanitaires dans les préfectures d'activité. Les Directeurs de la santé ne sont pas en mesure de satisfaire à leurs obligations contractuelles vis-à-vis de leurs fournisseurs étant donné que leurs capitaux sont bloqués au sein des organisations de mutuelle de santé qui sont également incapables d'avancer des fonds aux prestataires de soins de santé même jusqu'à une période de trois mois de leurs exigences financières opérationnelles. Il

existe alors une tension perceptible entre les régimes et les institutions sanitaires étant donné que les institutions sanitaires préfèrent traiter les clients qui viennent et qui paient directement leur consultation à la réception parce qu'ils paient au comptant au détriment des clients assurés dont le remboursement est retardé, ce qui cause aux institutions un blocage de fonds. Ceci nécessite une attention immédiate.