

Dans Quelle Mesure les Sources de Financement Publiques et Privées Affectent-Elles l'Accès et la Qualité des Soins de Santé ? Expériences du Système de Santé Ougandais

*Judith Kabajulizi,
Qiaoyuan Lin
et
Fred Matovu*

Documents de travail HC-007

*Apporter de la rigueur et des éléments de preuve à
l'élaboration des politiques économiques en Afrique*

AFRICAN ECONOMIC RESEARCH CONSORTIUM
CONSORTIUM POUR LA RECHERCHE ÉCONOMIQUE EN AFRIQUE

Dans Quelle Mesure les Sources de Financement Publiques et Privées Affectent-Elles l'Accès et la Qualité des Soins de Santé ? Expériences du Système de Santé Ougandais

Par

Judith Kabajulizi
Université de Coventry, Royaume-Uni

Qiaoyuan Lin
Université de Coventry, Royaume-Uni

et

Fred Matovu
Université Makerere, Ouganda

CETTE ÉTUDE DE RECHERCHE a été rendue possible grâce à une subvention du Consortium pour la Recherche Economique en Afrique. Toutefois, les conclusions, opinions et recommandations sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue du Consortium, de ses membres individuels ou du Secrétariat du CREA.

Publié par : Le Consortium pour la Recherche Economique en Afrique
B.P. 62882 - City Square
Nairobi 00200, Kenya

© 2022, Consortium pour la Recherche Economique en Afrique.

Table des matières

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations et acronymes

Résumé

1.	Introduction	1
2.	Contexte et revue de la littérature	3
3.	Méthodologie	9
4.	Résultats	17
5.	Conclusion et implications politiques	20
	Remarques	21
	Références	22

Liste des tableaux

1.	Dépenses nationales de santé et sources de financement de la santé en Ouganda	4
2.	Description des variables	12
3.	Statistiques sommaires	13
4.	Matrice de corrélation par paire	14
5.	Test de racine unitaire	15
6.	Test des limites	16
7.	Dépenses de santé et résultats de santé	17
8.	Test diagnostique	19

Liste des figures

1. Un cadre de performance du système de santé 10

Liste d'abréviations et d'acronymes

ANC	Soins prénataux
ARDL	décalage autorégressif distribué
CHE	Dépenses courantes de santé
DPT3	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
PIB	Produit intérieur brut
HAQ	Accès et qualité de la santé
HSDP	Plan de développement du secteur de la santé
PFR	Pays à faible revenu
MICs	Pays à revenu intermédiaire
MoH	Ministère de la santé
OOP	Dépenses personnelles
PCA	Analyse en composantes principales
SDGs	Objectifs de développement durable
SSA	Afrique sub-saharienne
UBOS	Bureau des statistiques de l'Ouganda
CSU	Couverture sanitaire universelle
UN	Nations Unies
UNHS	Enquête nationale sur les ménages en Ouganda
VIF	Facteur d'inflation des écarts
WDI	Indicateurs de développement mondial
OMS	Organisation mondiale de la santé

Résumé

Lors de la 58e Assemblée mondiale de la santé en 2005, les dirigeants du monde se sont engagés à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) pour leurs populations. Désormais, l'objectif 3.8 des Objectifs de Développement Durable des Nations Unies définit les domaines prioritaires pour atteindre les objectifs de CSU : l'équité dans l'utilisation des services de santé, la qualité des soins, et la protection financière, d'ici 2030. Par conséquent, les fonctions clés d'un système de financement de la santé - mobilisation des fonds, mutualisation et achat - sont au cœur de la progression d'un pays vers la réalisation de la CSU. L'Organisation mondiale de la santé a fait valoir que pour permettre à tous les membres de la population d'accéder à des services de santé de bonne qualité, le système de financement de la santé doit éviter les dépenses de santé catastrophiques causées par d'importants paiements directs et frais d'utilisation, qui freinent la demande et créent des obstacles à l'accès, en particulier pour les pauvres. En général, en Ouganda, les dépenses de santé privées nationales sont la source dominante de financement du secteur de la santé, contribuant à plus de 50 % des dépenses de santé totales actuelles, dont 40 % sont des paiements directs des ménages. Nous avons utilisé un modèle ARDL (de type retard autorégressif distribué) pour estimer la relation entre les sources de financement des soins de santé et les résultats de santé en utilisant un indice d'accès et de qualité de la santé comme indicateur des résultats de santé. Dans notre analyse, nous avons estimé que les causes de décès évitables (traitables) sont une bonne mesure de l'accès aux soins de santé et de la qualité des soins de santé dans le système de santé. Nous avons construit un indice d'accès et de qualité des soins de santé basé sur trois indicateurs de santé : Mortalité des moins de cinq ans, couverture DPT3 et vaccination contre la rougeole en Ouganda, en utilisant la méthode d'analyse en composantes principales. L'indice est compris entre 0 et 100, une progression vers 100 signifiant une augmentation du niveau d'accès et de qualité des soins de santé. L'étude montre qu'une augmentation du rapport entre le financement privé et le financement public des soins de santé a des effets différents à court et à long terme. Si, à court terme, elle augmente l'accès et la qualité des soins de santé, à long terme, elle réduit l'accès et la qualité des soins de santé. Les résultats suggèrent que la dépendance à l'égard du financement privé des soins de santé n'est pas viable à long terme, si le pays veut atteindre les objectifs de

couverture sanitaire universelle d'ici 2030. Par conséquent, le gouvernement devrait augmenter sa part de financement des soins de santé pour éviter l'impact négatif de la dépendance au financement privé des soins de santé à long terme.

JEL : *C130, I110, I180*

Mots clés : *Accès aux soins de santé ; Qualité des soins de santé ; Indice HAQ ; Financement des soins de santé, modélisation ARDL ; Ouganda*

1. Introduction

Le droit à la santé a été rendu plus fort par l'engagement des dirigeants mondiaux en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) lors de la 58e Assemblée mondiale de la santé en 2005. Le regain d'intérêt pour la réalisation de la CSU d'ici 2030 se reflète dans l'objectif 3.8 des Objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies, lancés en 2015. Les pays sont censés faire des progrès continus pour atteindre les objectifs de la CSU : équité dans l'utilisation des services de santé, qualité des soins et protection financière. Bien que la promotion et le maintien de la santé dépassent les limites du secteur de la santé, un système de santé qui fonctionne bien est indispensable pour que les services de santé soient accessibles en temps voulu (DeepL) (Kruk et Freedman, 2008). Il détermine si les services existent et, s'ils existent, si les gens peuvent se permettre de les utiliser lorsque le besoin s'en fait sentir.

Les fonctions clés d'un système de financement de la santé - mobilisation des fonds, mutualisation et achat - sont au cœur de la progression d'un pays vers la CSU. Cependant, c'est un défi universel pour les pays de trouver des ressources adéquates pour financer leurs systèmes de santé, et ce défi est encore plus grand pour les pays à faible revenu (PFR) où la charge de morbidité est la plus lourde et les ressources les plus rares. Le ratio des dépenses publiques par rapport au PIB dans les PFR est souvent inférieur à 15 %, ce qui reflète une très faible capacité fiscale et donc un potentiel limité pour les gouvernements de dépenser pour les services publics, y compris la santé (McIntyre & Kutzin, 2016). Par exemple, le ratio dépenses publiques/PIB de l'Ouganda s'est établi en moyenne à 10 % depuis les années 1960, alors que les dépenses de santé actuelles en proportion du PIB restent inférieures à 10 % (Banque mondiale, 2019). Par conséquent, les progrès rapides vers la réalisation de la CSU sont entravés par l'insuffisance des ressources associée à la dépendance à l'égard des paiements directs pour les soins au moment où ils sont nécessaires et à l'utilisation inefficace des ressources (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2010). Pour progresser rapidement vers la CSU, il faudra non seulement des fonds supplémentaires, mais aussi une meilleure utilisation des ressources. Il est impératif de déterminer dans quelle mesure les différents mécanismes de financement des soins de santé peuvent améliorer l'accès et la qualité des soins de santé en Ouganda, et d'en tirer des enseignements pour d'autres pays africains à faible revenu.

Dans plusieurs pays, les prestataires de soins de santé publics et privés se partagent la responsabilité de la prestation des services de santé. Dans les PFR et les pays à

revenu intermédiaire (PRI), où les systèmes de santé publique sont sous-développés, le secteur privé est un fournisseur important de soins de santé. Les partisans des soins de santé financés par le secteur privé affirment que les prestataires privés sont susceptibles d'être plus efficaces et plus centrés sur les besoins du patient, puisque le secteur privé est soumis à la concurrence du marché (Harding, 2009 ; Stuckler & Basu, 2009). D'un autre côté, les critiques affirment que l'ancrage de la prestation de soins de santé au secteur privé dans les pays pauvres est susceptible d'accroître l'inégalité d'accès, car il favorise ceux qui peuvent se permettre les services, et donc de réduire à néant les efforts visant à atteindre une couverture sanitaire universelle équitable (Oxfam, 2009). Le débat est toujours d'actualité dans l'arène de la politique de santé mondiale et les preuves à l'appui de la promotion de l'un ou l'autre système sont mitigées ; elles continuent d'émerger à mesure que les pays progressent vers la réalisation de la CSU. Il est important d'examiner comment le financement public et privé de la santé est lié à l'accès et à la qualité des soins afin d'informer la politique en Ouganda et dans les pays africains ayant des systèmes de santé similaires et des défis en matière de budgets de santé publique.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la relation entre les sources de financement des soins de santé (c'est-à-dire le public et le privé) et la prestation des services de santé en Ouganda. Plus précisément, l'étude vise à :

- i) Examiner l'association entre le financement public des soins de santé et l'accessibilité et la qualité des soins de santé.
- ii) Evaluer l'impact du financement privé des soins de santé sur la prestation des services en ce qui concerne l'accès et la qualité des soins de santé.
- iii) Tirer des leçons et des implications politiques pour les mécanismes de financement des soins de santé afin d'améliorer la prestation des services de santé et d'accélérer les progrès vers la CSU en Ouganda.

Le reste de ce document est organisé comme suit. Dans la section 2, nous présentons le contexte et une revue de la littérature examinant l'association entre les soins de santé publics et privés et l'accès et la qualité des soins, en nous concentrant sur les études menées dans les PFR et les PRI. La section 3 présente la méthodologie, où nous exposons le cadre théorique, le modèle empirique, les données et les sources de données. La section 4 présente les résultats et l'analyse, tandis que la section 5 a pour but de conclure sur les implications politiques.

2. Contexte et revue de la littérature

Mécanismes de financement de la santé

Le financement des systèmes de santé comprend généralement les mécanismes de mobilisation des fonds suivants : les paiements anticipés obligatoires, les paiements anticipés volontaires (généralement des régimes d'assurance maladie qui peuvent être gérés par des communautés ou des organisations à but non lucratif), les dépenses personnelles des ménages et les sources étrangères telles que l'aide au développement. Les prépaiements obligatoires comprennent les recettes fiscales de l'État (impôts directs et indirects), les recettes des entreprises publiques ou des actifs tels que les recettes des ressources naturelles, les contributions à l'assurance maladie sociale.

En Ouganda, les données du tableau 1 révèlent que les dépenses de santé privées sont la principale source de financement de la santé, suivies par les sources externes et le gouvernement, respectivement. L'indicateur des dépenses privées de santé comprend les fonds des ménages, des entreprises et des organisations à but non lucratif, soit prépayés à des régimes d'assurance maladie volontaire, soit payés directement aux prestataires de soins de santé. Les paiements directs des ménages représentent plus de 90 % des dépenses de santé privées et plus de 40 % des dépenses de santé courantes (ministère de la Santé de l'Ouganda [MoH], 2018). Généralement, les paiements directs pour la santé représentent une part importante du financement des soins de santé en Ouganda, tout comme dans de nombreux PFR, tandis que les ressources externes occupent également une place importante. La durabilité des ressources externes n'étant pas garantie, il est nécessaire que les dépenses de santé publique augmentent au-delà des niveaux actuels. Il est également crucial que la proportion du financement de la santé publique soit non seulement augmentée, mais aussi que les finances soient effectivement utilisées pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé. Cependant, il n'est pas explicite que l'augmentation des dépenses de santé publique soit cohérente avec les tendances des niveaux d'accès et de qualité des soins de santé. En outre, il est affirmé que, pour permettre à tous les membres de la population d'accéder à des services de santé de bonne qualité, le système de financement de la santé doit éviter les dépenses de santé catastrophiques causées par d'importants paiements à la demande et frais d'utilisation qui freineront la demande et créeront des obstacles à l'accès, en particulier pour les pauvres (OMS, 2017).

Tableau 1 : Dépenses nationales de santé et sources de financement de la santé en Ouganda

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Niveau des dépenses de santé											
Dépenses actuelles de santé en % du PIB	11.3	12.0	11.7	7.6	7.7	10.7	8.6	7.8	7.2	7.3	7.3
Dépenses d'investissement dans la santé (% PIB)	:	:	:	:	:	<	0.6	<	<	:	:
Dépenses actuelles de santé par habitant en US\$	35.8	40.2	47.1	51.3	48.5	62.7	53.7	53.3	49.6	52.9	46.1
Sources de financement des soins de santé											
Dépense intérieure de santé en % de la dépense courante de santé (CHE)	76.8	77.1	78.8	78.0	78.6	49.8	53.5	62.3	63.9	63.6	60.1
Dépenses de santé des administrations publiques nationales en % des dépenses de santé courantes	19.0	18.8	18.3	13.4	10.8	13.5	15.1	16.7	17.7	16.1	13.4
Dépenses privées nationales de santé en % des dépenses courantes de santé	57.9	58.3	60.5	64.7	67.8	36.4	38.4	45.6	46.2	47.4	46.7
Dépenses externes de santé en % des dépenses courantes de santé	23.2	22.9	21.2	22.0	21.4	50.0	46.5	37.5	36.0	36.4	39.9
Dépenses nationales de santé des administrations publiques en % des dépenses des administrations publiques	10.7	11.6	11.4	7.5	6.1	7.5	7.8	8.0	7.7	7.0	5.6
Dépenses nationales de santé des administrations publiques en % du PIB	2.2	2.3	2.1	1.0	0.8	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.0
Paiements directs en % des dépenses courantes de santé	39.5	41.5	42.5	43.4	42.4	33.1	37.4	42.4	40.1	41.1	40.5

Source : Données les plus récentes (2015) provenant de la base de données sur les dépenses mondiales de santé de l'Organisation mondiale de la santé.

L'évolution des niveaux de dépenses de santé et des sources de financement de la santé montre que l'Ouganda dépend fortement des ressources intérieures privées et extérieures pour la prestation des services de santé, et cette part des dépenses augmente au fil des ans. En revanche, la part des dépenses des administrations publiques n'a cessé de diminuer, passant de 10,7 % en 2005 à 5,6 % en 2015. De même, la part des dépenses personnelles a augmenté, ce qui implique que la capacité de payer est un facteur clé pour l'accès aux soins de santé, mais la dépendance à l'égard des dépenses de fonctionnement est inéquitable et impose une barrière financière importante pour les pauvres, ce qui les rend moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé lorsque cela est nécessaire.

Avec un taux de croissance démographique annuel de 3,3 %, l'Ouganda connaît une demande croissante de services de santé. Pour répondre aux besoins en soins de santé de la population croissante, il faudra non seulement plus d'argent (et d'autres ressources), mais aussi une utilisation plus efficace des ressources. Cela est d'autant plus vrai que le soutien des donateurs des pays développés aux PFR diminue à l'échelle mondiale. Il existe un argument prépondérant selon lequel les secteurs de la santé en Afrique subsaharienne (ASS) et dans d'autres PFR reçoivent un financement bien trop insuffisant, ce qui les rend moins efficaces - en ne finançant pas les intrants clés pour atteindre le niveau requis d'accès et de qualité de la prestation de services (OMS, 2010).

Accès et qualité des soins de santé

L'accès et la qualité sont des caractéristiques essentielles d'une bonne prestation de services de santé. Cependant, l'accès et la qualité des soins de santé ont été conceptualisés de nombreuses façons par différents auteurs. Par exemple, Aday et Andersen (1981) affirment que l'accessibilité devrait englober les dimensions d'accès potentiel et d'accès réalisé. Ainsi, l'accès potentiel - représenté par la structure du système de santé et le besoin et le désir de soins déterminés par les caractéristiques de la population à risque (le processus) - devrait se traduire par un accès réalisé, représenté par l'utilisation des services de santé et, par la suite, par la satisfaction du consommateur. Cette description large de l'accessibilité semble donner foi aux études qui ont appliqué l'utilisation comme un proxy de l'accès dans les études sur les soins de santé. Leone et al. (2016) ont utilisé les accouchements dans un établissement de santé pour mesurer l'impact de l'accessibilité financière sur les soins de santé dans cinq pays subsahariens. Deininger et Mpuga (2004) ont appliqué l'utilisation des services de santé qui comprenait des dimensions de la qualité des services fournis, pour étudier les effets économiques et de bien-être de la suppression des frais d'utilisation des services de santé en Ouganda. Bien que l'utilisation des services ait souvent été appliquée pour représenter l'accès, certains soutiennent qu'à elle seule, elle peut ne pas être un véritable reflet de l'accès, et que des ajustements doivent donc être effectués pour tenir compte des besoins et de la couverture effective - " la proportion de la population qui a besoin d'un service et qui le reçoit avec une qualité

suffisante pour être efficace " (Xu et al., 2010). Cette logique est en accord avec celle de Shengelia et al. (2003) qui décomposent la couverture en plusieurs dimensions d'accès qui sont fonction de facteurs individuels et du système de santé - disponibilité des ressources, accessibilité physique, accessibilité financière, acceptabilité culturelle, qualité liée au prestataire, adhésion et choix stratégique. Ils affirment que cette large décomposition fournit un cadre permettant d'identifier l'écart entre la couverture réelle et la couverture effective maximale. D'autre part, Frenk (1992) soutient que l'accessibilité n'est qu'un des déterminants de l'utilisation et que sa définition devrait donc être restreinte au "processus de recherche et de réception des soins", qui va de la recherche de soins, à l'initiation des soins et à la poursuite des soins.

La conceptualisation de l'accès aux services de santé de Peters et al. (2008) englobe les attributs de l'offre et de la demande dans quatre dimensions : l'accessibilité géographique, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité. Ainsi, l'accessibilité exige que les services soient directement et en permanence accessibles sans barrières excessives de coût, de langue, de culture ou de géographie. En d'autres termes, les services doivent être proches des gens et peuvent être fournis à domicile, dans la communauté, sur le lieu de travail ou dans des établissements de santé, selon le cas. D'autre part, la qualité des services de santé est au centre des quatre dimensions de l'accès car elle est liée à chacune d'entre elles. Des soins de santé de qualité doivent être efficaces, sûrs, centrés sur les besoins du patient et dispensés en temps utile.

Dans les PFR tels que l'Ouganda, les obstacles financiers constituent la principale entrave à l'accès aux soins de santé. Par exemple, les statistiques montrent que la majorité des Ougandais se font soigner par des prestataires privés et le coût élevé de l'obtention des soins est cité comme le principal obstacle. Pour la période d'enquête rapportée dans l'enquête nationale sur les ménages ougandais (UNHS) 2016/2017, 48,4 % des personnes qui sont tombées malades ont cherché à se faire soigner dans un hôpital privé ou une clinique privée, contre 35,4 % qui ont cherché à se faire soigner dans un hôpital ou un centre de santé public (Bureau ougandais des statistiques [UBOS], 2018). Bien que le comportement des Ougandais en matière de recherche de santé se soit amélioré depuis l'enquête sur les ménages de 2013/2014, une grande partie des malades cite encore des obstacles à la recherche de soins de santé. Les obstacles cités comprennent le coût élevé des traitements dans les établissements disponibles (13 %), la distance à parcourir pour se rendre à l'établissement (14 %), les médicaments non disponibles dans les établissements (9 %), les problèmes liés au personnel de l'établissement (1 %) et d'autres (5 % : peu de services offerts, longue attente, pas de transport, heures d'ouverture limitées) (UBOS, 2018).

Les décès dus à des causes évitables sont étroitement liés aux niveaux d'accès et de qualité des soins de santé dans tout système de santé donné (Kruk et al., 2018). L'état de santé de la population ougandaise révèle que les maladies transmissibles évitables sont la principale cause de décès tous âges confondus. Le paludisme arrive en tête de liste avec 11 %, suivi de la pneumonie (9,1 %), de l'anémie (6,9 %), des autres affections néonatales (5,3 %) et des prématurés (5 %) (MoH-Uganda, 2018 ; UBOS, 2018). Au cours de la même période, les conditions néonatales et le bébé

prématuré ont représenté 23 % des 14 354 décès d'enfants de moins de 5 ans. La cause de décès la plus fréquente chez les nouveau-nés est l'infection néonatale, en particulier la septicémie néonatale (infection du sang) qui a tué 838 personnes âgées de 0 à 7 jours, et la septicémie qui a tué 521 nouveau-nés. Les décès maternels et néonataux pourraient être évités avec la disponibilité de programmes de santé maternelle tels que les soins prénatals (ANC), les soins et l'hygiène à l'accouchement et les soins postnatals (OMS, 2006). Cependant, en 2017/2018, la couverture des soins prénatals à ANC4+ n'était que de 38 %, bien en deçà de l'objectif de 42,5 % du plan de développement du secteur de la santé (HSDP) (MoH-Ouganda, 2018).

Études empiriques sur le financement des soins de santé et la prestation de services

Pour évaluer les preuves de l'effet des mécanismes de financement de la santé sur l'accès et la qualité des soins, nous distinguons les soins de santé publics et privés. Le gouvernement, à travers les systèmes de santé nationaux, fournit généralement des soins de santé publics financés par les recettes publiques. En revanche, les soins de santé privés sont divers et différent d'un pays à l'autre. On distingue trois grandes catégories : les prestataires formels à but lucratif, qui peuvent être des multinationales, des entreprises nationales et des particuliers qualifiés ; les organisations à but non lucratif, y compris les organisations professionnelles, les organisations caritatives et les ONG ; et les prestataires informels à but lucratif, généralement de petite taille, y compris les pharmacies, qui sont souvent sans licence et non réglementés. Les données empiriques des PFR et des PRI montrent qu'un grand nombre de ménages, pauvres ou riches, reçoivent des soins de santé de la part de prestataires privés ; les chiffres diminuent lorsque le secteur privé ne comprend que le personnel de santé agréé et certifié.¹ (Gwatkin, 2000 ; Prata et al., 2005 ; Banque mondiale, 2011). Les prestataires de soins de santé privés sont souvent perçus comme offrant des soins de meilleure qualité que les prestataires de soins de santé publics, bien que des preuves empiriques suggèrent que ce n'est pas toujours le cas (Brugha & Zwi 1998 ; Banque mondiale, 2011). Le coût de la recherche de soins (y compris le coût des services, la distance et le prix du transport vers une unité de santé), les temps d'attente et la qualité perçue des services sont des considérations courantes dans la décision de choisir un prestataire de santé. Dans une étude sur les pratiques de recherche de soins pour les services de planification familiale en Ouganda, environ 30 % des 10 706 femmes interrogées âgées de 14 à 49 ans ont recours à des cliniques privées ou à des sages-femmes privées, citant la courte distance et les faibles coûts de transport vers le prestataire de santé comme les principales raisons de leur choix de prestataire (Mbonye et al., 2009).

Une étude de la Banque mondiale sur le secteur privé de la santé au Ghana a également révélé que des temps d'attente plus courts étaient une caractéristique distinctive des prestataires privés ; les entretiens ont révélé que les temps d'attente pour des conditions similaires étaient deux fois plus longs dans les établissements

publics que dans les unités privées (Banque mondiale, 2011). Dans l'enquête menée au Ghana, la proximité du prestataire et la qualité des soins (évaluée par la satisfaction des consommateurs et les indicateurs structurels de qualité), se sont avérées être les deux principales raisons du choix d'un prestataire ; 46% ont choisi le prestataire public contre 45% qui ont choisi le prestataire privé. Au Bangladesh, il n'y avait pas de différences significatives entre les hôpitaux publics et privés sur la qualité des services concernant les questions liées aux médecins - disponibilité, empathie et compétence (Siddiqui & Khandaker, 2007). Cependant, lorsque la qualité perçue est liée aux soins infirmiers - empathie et disponibilité des infirmières - les hôpitaux privés obtiennent de meilleurs résultats que les hôpitaux publics au Bangladesh. Ceci est cohérent avec l'étude ougandaise où les femmes ont cité la mauvaise humeur des sages-femmes dans les unités de santé publique comme un obstacle à la recherche de soins (Mbonye et al., 2009) et avec l'étude ghanéenne où la courtoisie est un facteur distinctif pour les prestataires confessionnels privés à but non lucratif (Banque mondiale, 2011).

En outre, lorsque la qualité des soins est évaluée en fonction de la précision du diagnostic et de l'adhésion aux pratiques de gestion médicale, les prestataires du secteur public sont meilleurs que ceux du secteur privé ; les prestataires du secteur privé sont plus susceptibles de travailler de manière isolée, avec un accès limité à la littérature disciplinaire actuelle, et peuvent être moins incités à adhérer aux "meilleures pratiques médicales" (Brugha & Zwi, 1998). Ces facteurs combinés sont susceptibles de conduire à des services de qualité relativement médiocre dans le secteur privé.

3. Méthodologie

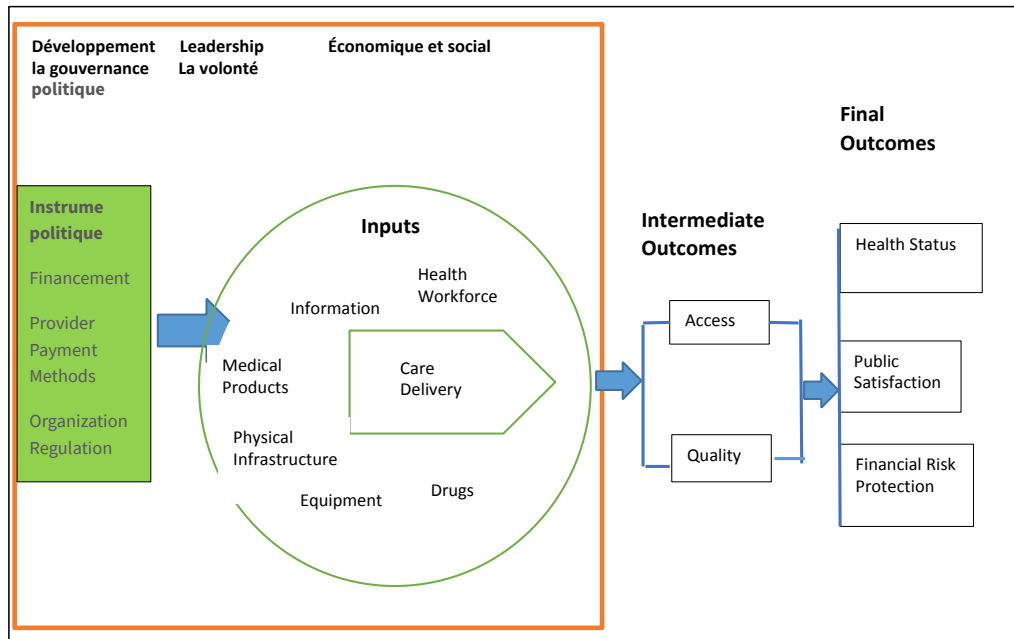
Le système de santé et le cadre de production des soins de santé

Le cadre de performance du système de santé de la figure 1 montre un ensemble d'instruments politiques, y compris le financement, l'organisation et la réglementation qui affectent les décisions sur la façon dont les ressources sont allouées pour produire des biens et services de santé et comment les intrants sont utilisés pour produire un ensemble donné de biens et services de soins de santé (Yip & Hafez, 2015). En d'autres termes, les décideurs politiques utilisent ces instruments pour influencer sur la qualité et l'accès aux services de santé. La disponibilité de soins de santé de qualité améliore l'efficacité avec laquelle les individus produisent et accumulent du capital santé, contribuant ainsi à la santé globale de la population, bien que l'impact varie selon les pays (Nolte & McKee, 2004...).

La santé est à la fois un bien de consommation et un bien d'investissement ; les individus peuvent augmenter leur stock de santé en investissant dans des activités qui améliorent la santé, comme les soins médicaux (Grossman, 1972). La figure 1 illustre un système de production de santé typique, combinant des intrants pour produire des biens et services de santé. Les intrants de santé, tels que le personnel de santé, les équipements et les produits médicaux, produisent une prestation de services de santé en tant qu'extrant immédiat. L'augmentation de la quantité d'intrants dans le système de santé conduit potentiellement à une plus grande prestation de services, ce qui devrait se refléter dans la qualité et l'accès aux services en tant que résultats intermédiaires du système de santé. Par conséquent, garantir la disponibilité de services de santé d'une qualité minimale et l'accès à ces services sont des fonctions essentielles d'un système de santé.

À partir du cadre de la figure 1, nous choisissons le financement comme l'un des instruments politiques et examinons différents mécanismes de financement des soins de santé sur les résultats intermédiaires du système de santé en matière d'accès et de qualité des soins de santé en Ouganda.

Figure 1 : Un cadre de performance du système de santé



Source: Adapted from Yip and Hafez (2015).

Modèle économique et données

Nous retenons le cadre de production du système de santé décrit dans la Figure 1, et l'adaptions au modèle théorique de production de santé de Grossman (1972). Nous suivons ensuite l'idée de Fayissa et Gutema (2005) pour transformer la fonction de production de santé individuelle de Grossman en fonction de production de santé au niveau du pays pour l'Ouganda.

Le modèle théorique de Grossman est défini comme suit :

$$H = (X) \quad (1)$$

Où, H est une mesure de la production de santé individuelle, X est un vecteur d'intrants de santé individuels à la production de santé incluant les dépenses de soins de santé et les conditions individuelles initiales telles que la composition génétique.

Dans cette étude, nous nous intéressons à l'évaluation de l'impact des différentes formes de financement des soins de santé sur les résultats intermédiaires du système de santé - qualité et accès - au niveau d'une plateforme nationale sur plusieurs années en Ouganda. En suivant le fondement théorique de la fonction de production de la santé, nous représentons les éléments du vecteur X comme des variables au niveau

du pays avec deux groupes d'indicateurs, Y et W . Si les données sont disponibles au niveau national, l'équation 1 peut être écrite comme suit :

$$H_t = f(Y_t, W_t) \dots \dots \dots (2)$$

Où l'indice t fait référence au temps, Y est un vecteur de variables de dépenses de santé provenant de différentes sources, et W est un vecteur de variables de contrôle potentielles. H_t saisit l'indicateur d'accès et de qualité des soins de santé - l'indice d'accès et de qualité de la santé (HAQ) contextualisé à l'Ouganda.

Fullman et al. (2018) ont montré que la performance d'un pays sur les résultats de santé peut être mieux mesurée en utilisant l'indice d'accès et de qualité des soins de santé. Ils ont construit l'indice HAQ pour 195 pays sur la base des causes de décès évitables de Nolte et McKee (2004). Ils ont utilisé 32 causes regroupées en trois catégories : Maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles ; Maladies non transmissibles ; et Blessures, sur la base des données de l'étude mondiale sur la charge des maladies 2016. En raison de l'absence de données de séries chronologiques suffisantes sur les 32 causes considérées par Fullman et al. (2018), nous construisons l'indice HAQ sur la base de trois indicateurs de santé : La mortalité des moins de 5 ans ; la couverture DPT3 ; et la vaccination contre la rougeole (des enfants âgés de 12 à 23 mois) en Ouganda. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est un indicateur approprié de l'accès et de la qualité des soins de santé, car les maladies soignables sont principalement à l'origine de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, de sorte que l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé est étroitement liée à la réduction des décès dus aux maladies évitables (Kruk & Freedman 2008). En outre, la mortalité néonatale, qui représente une proportion importante des décès des moins de 5 ans en Ouganda, est due aux trois principales conditions évitables : les infections, l'asphyxie à la naissance et les complications des naissances prématurées (MoH-Ouganda, 2018). Ainsi, un taux de mortalité néonatale plus faible signifie un accès et une couverture plus élevés des services de première nécessité qui minimisent les décès néonataux. La vaccination et la couverture par le DPT3 sont également primordiales pour prévenir les causes de décès susceptibles d'être atténuées. Ainsi, une augmentation de la couverture vaccinale et du DPT3 représente une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé. Étant donné que l'augmentation du taux de mortalité représente une détérioration des services de santé, nous utilisons l'inverse de la mortalité des moins de cinq ans pour construire l'indice. En utilisant la méthode de l'analyse en composantes principales (ACP), nous construisons l'indice HAQ sur la base des valeurs des causes mises à l'échelle de façon à ce qu'il soit compris entre 0 et 100, une progression vers 100 signifiant un niveau croissant d'accès et de qualité des soins de santé.

En ce qui concerne le financement des soins de santé, l'étude compare d'abord deux grands mécanismes de financement : le financement privé de la santé et le financement public de la santé. Ensuite, les dépenses de santé personnelles et les assurances comme modes de financement privé des soins de santé sont comparées.

Pour comparer le financement privé et le financement public de la santé, nous avons calculé le rapport entre les dépenses de santé privées et publiques, puis nous avons effectué une régression sur l'indice construit de l'accès et de la qualité des soins de santé. Lorsque le rapport entre les dépenses de santé privées et publiques augmente, les dépenses de santé privées dominent les dépenses de santé publiques, ce qui a diverses implications sur l'accès et la qualité des services de santé. De même, pour comparer les paiements directs et le financement des soins de santé par l'assurance, nous avons calculé le ratio des dépenses de santé directes par rapport aux dépenses d'assurance. Lorsque ce ratio augmente, les paiements directs dominent l'assurance, ce qui peut également avoir des conséquences sur l'accès et la qualité des services de santé. Outre le financement des soins de santé, l'étude a contrôlé le nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000, le nombre de médecins pour 1 000 et le PIB par habitant. L'inclusion du PIB par habitant vise à saisir l'obstacle financier à l'accès à des soins de santé de qualité, qui renforce le risque de décès de l'enfant chez les pauvres. Selon Victoria et al. (2003), le risque de décès d'un enfant varie en fonction de la position du ménage dans la distribution des revenus : le risque est le plus élevé pour le cinquième quintile le plus pauvre et le plus faible pour le cinquième quintile le plus riche.

Les données utilisées pour l'analyse ont été obtenues auprès de diverses sources. Les variables relatives aux dépenses de santé et aux autres résultats sanitaires proviennent des bases de données de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale. Le PIB par habitant, qui est l'une des variables de contrôle, provient de la base de données des indicateurs du développement mondial (WDI). Alors que des variables telles que le taux de mortalité, l'espérance de vie, le nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000, le nombre de médecins pour 1 000 et le PIB par habitant disposaient de suffisamment de points de données pour permettre une analyse des séries chronologiques (au moins 30 observations), d'autres variables étaient courtes de 3 à 5 ans. Pour résoudre cet obstacle, nous avons procédé à un rééchantillonnage et à une imputation par interpolation linéaire, ce qui a permis d'obtenir un échantillon équilibré de 30 observations (1988 à 2017). Le tableau 2 présente un résumé des variables utilisées dans l'étude.

Tableau 2 : Description des variables

Variable	Description/Mesure
Dépenses publiques intérieures de santé	Mesuré en pourcentage des dépenses courantes de santé
Dépenses privées intérieures de santé	Mesuré en pourcentage des dépenses courantes de santé
Dépenses de santé à la charge des patients	Mesuré en pourcentage des dépenses courantes de santé
Lits d'hôpitaux	Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 personnes
Médecins	Nombre de médecins pour 1 000 personnes
PIB par habitant	Mesure du revenu moyen des populations
Mortalité des moins de 5 ans	Décès de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes (pour les deux sexes)
Couverture DPT3	Couverture vaccinale diphtérie-tétanos-coqueluche (DPT3)
Vaccination	Vaccination, rougeole (des enfants âgés de 12 à 23 mois)

Les statistiques descriptives présentées dans le tableau 3 montrent que les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses courantes de santé étaient en moyenne de 23,8% avec un minimum de 13,6% en 2010 et un maximum de 32,06% en 1988. Les dépenses de santé à la charge des patients, en pourcentage des dépenses courantes de santé, étaient en moyenne de 37,3 % entre 2000 et 2016, avec un minimum de 30,7 % en 2003 et un maximum de 42,5 % en 2012. Les dépenses privées de santé étaient en moyenne de 55,6% entre 1995 et 2016 avec un minimum de 36,4% en 2010 et un maximum de 80,2% en 1995. En moyenne, les dépenses de santé privées ont donc dominé le financement des soins de santé en Ouganda.

Concernant les indicateurs d'accès et de qualité des soins de santé, le taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes était en moyenne de 128 pour la période considérée (1988 à 2017). La tendance montre toutefois une baisse du taux de mortalité, le plus bas de 63 ayant été réalisé en 2016 et 2017. Le taux de mortalité le plus élevé de 184 a été observé en 1988 et 1999. Le taux de DPT3 était en moyenne de 66,8% entre 1990 et 2017, tandis que la couverture vaccinale contre la rougeole était en moyenne de 66,3% pour la même période. Concernant les variables de contrôle, le nombre de lits d'hôpitaux et de médecins pour 1 000 était en moyenne inférieur à 1 pour la période 1988-2017, ce qui implique que le pays a connu une pénurie importante de lits d'hôpitaux et de médecins. Le PIB par habitant s'est établi en moyenne à 483,5 USD entre 1988 et 2017. Le PIB par habitant a connu une augmentation constante au cours de la période considérée, passant de 287,5 dollars US en 1988 à 694,3 dollars US en 2017.

Tableau 3 : Résumé des statistiques

Variable	Obs	Moyenne	Ecart type	Min	Max
Dépenses publiques de santé	30	23.83	5.743	13.62	32.06
Dépenses à la charge des patients	17	37.30	3.280	30.73	42.45
Dépenses privées de santé	22	55.58	12.58	36.38	80.20
Lits d'hôpitaux pour 1 000	30	0.844	0.272	0.400	1.320
Médecins pour 1 000	30	0.0750	0.0357	0.0400	0.120
PIB par habitant	30	483.5	142.0	287.5	694.3
Mortalité des moins de 5 ans	30	128.3	38.67	63	184
Couverture DPT3	28	66.76	16.32	45	103
Vaccination	28	66.29	10.94	50	82

Source : Calculs de l'auteur.

Le modèle économétrique et la stratégie d'estimation

Rappelons que l'objectif initial est d'évaluer la relation entre les différentes sources de financement de la santé et l'accès et la qualité des soins de santé au niveau national

en Ouganda. Pour atteindre cet objectif, deux modèles économétriques de séries chronologiques linéaires sont spécifiés comme suit :

$$HAQ_t = \beta_0 + \theta PRIV_GOV_t + \Psi'Z_t + \varepsilon_t \quad (3)$$

$$HAQ_t = \beta_0 + \eta OOP_INS_t + \Psi'Z_t + \varepsilon_t \quad (4)$$

Où, *HAQ* est un indicateur de la qualité et de l'accès aux soins de santé ; *PRIV_GOV* est le ratio entre les dépenses de santé privées et publiques ; *OOP_INS* est le ratio entre les dépenses à la charge du patient et les dépenses d'assurance ; *Z* est un vecteur de variables de contrôle comprenant le nombre de lits d'hôpitaux, le nombre de médecins et le PIB par habitant. θ , η et Ψ sont des coefficients à estimer tandis que ε est les erreurs aléatoires. β_0 est une constante qui représente la qualité initiale et l'accès aux soins de santé, analogue au stock initial de santé dans le modèle de Grossman.

Dans le cadre des diagnostics de pré-estimation, il est important de déterminer la relation linéaire entre deux variables quelconques des modèles. Pour ce faire, nous avons construit la matrice de corrélation par paire présentée dans le tableau 4. La matrice de corrélation donne également une indication des possibilités de multicollinéarité dans le modèle.

Tableau 4 : Matrice de corrélation par paires

	HAQ	Priv_Gov	OOP_INS	LnHB	LnPH	LnGDP_PC
HAQ	1					
PRIV_GOV	0.159	1				
OOP_INS	0.5099*	0.178	1			
LnHB	-0.7443*	-0.307	-0.6035*	1		
LnPH	0.8920*	0.0518	0.4467*	-0.5794*	1	
LnGDP_PC	0.9162*	0.212	0.5364*	-0.7839*	0.8324*	1

Note : * signifie l'importance à 5%.

Source : Calcul de l'auteur.

Les résultats du tableau 4 montrent qu'il existe une relation linéaire positive entre l'indice d'accès et de qualité des soins de santé et ses prédicteurs, sauf pour le nombre de lits d'hôpitaux. Le rapport entre les dépenses personnelles et l'assurance (*OOP_INS*), le log du nombre de médecins et le log du PIB par habitant ont une relation linéaire positive et statistiquement significative avec l'indice *HAQ*. Cependant, la relation entre le *HAQ* et le rapport entre les dépenses de santé privées et publiques n'est pas significative. Le nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 a une relation linéaire négative avec le *HAQ*, qui est statistiquement significative à 5%. Hormis la corrélation entre le PIB par habitant et le nombre de médecins, les autres coefficients de corrélation entre

les prédicteurs sont tous inférieurs à 0,8. Même avec la corrélation plus élevée entre le PIB par habitant et le nombre de médecins (0,83), nous procédons à l'estimation des modèles et appliquons un test formel de multicollinéarité (VIF) car la corrélation par paire est parfois trompeuse. Avant d'estimer le modèle spécifié dans l'équation 3 et l'équation 4, il est nécessaire de vérifier la stationnarité de chaque série de données. Il est très important de tester la stationnarité des séries chronologiques économiques car la régression de variables non stationnaires sur des variables stationnaires sans relation valide (cointégration) peut facilement donner des résultats erronés. Par conséquent, les tests statistiques habituels sont susceptibles d'être inappropriés et les déductions tirées risquent d'être erronées et trompeuses. L'étude adopte les tests de racine unitaire de Dickey Fuller augmenté (ADF) et de Phillips-Perron (PP). Les résultats sont présentés dans le tableau 5

Tableau 5 : Test de racine unitaire

Variable	Niveau		Première différence		
	Statistique ADF	Statistique PP	Statistique ADF	Statistique PP	Ordre
Indice HAQ	-0.388	-0.301	-4.507***	-5.836 ***	I(1)
Privé /Gouvernement	-3.038**	-3.856***			I(0)
OOP/assurance	-2.683*	-2.871**			I(0)
Lits d'hôpitaux	-1.545	-1.667	-4.278***	-6.722***	I(1)
Log Médecins	-0.989	-1.210	-2.714*	-3.988***	I(1)
Log PIB par habitant	-1.185	-1.052	-2.604*	-3.895**	I(1)

Source : Calculs de l'auteur.

Les résultats des tests de racine unitaire montrent que l'indice d'accès et de qualité des soins de santé (HAQ), le log du nombre de lits d'hôpitaux, le log du nombre de médecins et le PIB par habitant sont non stationnaires au niveau, mais stationnaires après la première différence, donc I(1). Le rapport entre les dépenses privées et publiques et le rapport entre les dépenses personnelles et l'assurance sont stationnaires en niveau, donc I(0). Ces résultats permettent donc d'utiliser le modèle ARDL (retard autorégressif distribué) pour estimer les liens entre le financement des soins de santé et les résultats des soins de santé.

La technique ARDL présente un certain nombre d'avantages par rapport aux autres techniques d'estimation (Pesaran & Shin 1999 ; Pesaran et al., 2001). Premièrement, l'approche n'est pas aussi restrictive en termes de réunion d'intégration de même ordre que dans la méthodologie de Johansen (Johansen, 1988). Deuxièmement, elle produit des estimations non biaisées même en présence de covariables endogènes (Harris & Sollis, 2003). Enfin, la méthode peut être appliquée même lorsque les variables ont un nombre optimal de retards différent. Le modèle ARDL est spécifié comme indiqué dans l'équation 5 et l'équation 6.

$$\Delta HAQ_t = \beta_0 - \alpha [HAQ_{t-1} - \theta PRI_GOV_{t-1} - \Psi' Z_{t-1}] + \sum_{i=1}^{p-1} \gamma_i \Delta HAQ_{t-i} + \sum_{i=0}^{q-1} \lambda'_i \Delta PRIV_GOV_{t-i} + \sum_{i=0}^{r-1} \lambda'_i \Delta Z_{t-i} + e_t \quad (5)$$

$$\Delta HAQ_t = \beta_0 - \alpha [HAQ_{t-1} - \eta OOP_INS_{t-1} - \Psi' Z_{t-1}] + \sum_{i=1}^{p-1} \gamma_i \Delta HAQ_{t-i} + \sum_{i=0}^{q-1} \lambda'_i \Delta OOP_INS_{t-i} + \sum_{i=0}^{r-1} \lambda'_i \Delta Z_{t-i} + e_t \quad (6)$$

Où toutes les variables sont telles que définies précédemment. α est le coefficient de vitesse d'ajustement, θ et Ψ sont les coefficients de long terme ; γ et λ sont les coefficients à court terme, et le terme entre parenthèses est le terme de correction d'erreur. p , q et r sont des retards optimaux.

Lors de l'utilisation de l'approche ARDL, il est nécessaire de tester l'existence de la relation à long terme en utilisant le test des limites. Le test des limites est un test de Wald (statistique F) qui vérifie si tous les coefficients à long terme sont statistiquement égaux à zéro. Si la statistique F calculée dépasse la valeur critique supérieure, l'hypothèse nulle est rejetée, indiquant qu'il existe une cointégration des variables. Si la statistique F calculée est inférieure à la valeur critique inférieure, nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle et concluons à l'absence de cointégration. Les résultats du test des limites sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Test des limites

	Modèle (1)	Modèle (2)
F-statistique	20.169	7.482
Limites à 1 %.	(3.74, 5.06)	(3.74, 5.06)
Limites à 5	(2.86, 4.01)	(2.86, 4.01)
Limites à 10	(2.45, 3.52)	(2.45, 3.52)

Source : Calculs de l'auteur.

Les résultats du test des limites montrent qu'il existe effectivement une relation de long terme valable pour les deux modèles puisque les statistiques F sont supérieures aux limites supérieures des valeurs critiques à tous les niveaux de signification. Par conséquent, les coefficients à court et à long terme peuvent être estimés.

4. Résultats

Résultats ARDL à long terme et à court terme

Le tableau 7 montre les résultats à court terme et à long terme pour les deux modèles de l'équation 5 et de l'équation 6. Les modèles ont été estimés à l'aide de la méthode ARDL avec des retards optimaux sélectionnés à l'aide du critère de sélection de l'information d'Akaike. La vitesse d'ajustement, qui mesure la vitesse à laquelle les déviations à court terme sont corrigées pour atteindre l'équilibre à long terme, revêt une grande importance dans l'analyse ARDL. Le modèle 1 montre qu'environ 97,8% et 69,0% des déviations à court terme entre le HAQ et les prédicteurs sont corrigées en un an pour les modèles (1) et (2), respectivement.

Tableau 7 : Dépenses de santé et résultats en matière de santé

Variables	Modèle (1)	Modèle (2)
Long terme	-0.911***	-0.0358***
	(0.154)	(0.0106)
Rapport entre les dépenses de santé privées et publiques	-1.709***	-1.529***
	(0.274)	(0.437)
Ratio des dépenses de santé du secteur privé par rapport au secteur de l'assurance	0.942***	1.427***
	(0.113)	(0.215)
Log des lits d'hôpitaux (pour 1 000)	0.666**	0.417
	(0.283)	(0.523)
Vitesse d'ajustement	-0.978***	-0.690***
	(0.119)	(0.122)
Court terme	0.739***	
	(0.117)	
D. Ratio du privé par rapport à l'État	0.583***	0.349***
	(0.109)	(0.0789)
LD. Ratio du privé par rapport à l'État	1.074***	0.503*
	(0.200)	(0.275)
L2D. Ratio du privé par rapport à l'État	1.170***	0.762***
	(0.155)	(0.206)

suite page suivante

Tableau 7 Continué

Variables	Modèle (1)	Modèle (2)
D. Log du nombre de lits d'hôpitaux (pour 1 000)	0.797*** (0.187)	-0.356 (0.274)
LD. Logarithme des lits d'hôpitaux (pour 1 000)	-0.623** (0.206)	-0.145 (1.750)
L2D. Logarithme des lits d'hôpitaux (pour 1.000)	0.931 (2.158)	0.437 (1.682)
D. Logarithme des médecins (pour 1 000)	-1.448 (1.872)	-6.092*** (1.654)
Constant	0.405 (1.901)	1.045 (2.471)
Observations	27	27
R-carré	0.927	0.826

Notes : Erreurs types entre parenthèses ; *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1
Source : Calculs de l'auteur.

Le modèle (1) du tableau 7 montre que l'augmentation du ratio du financement privé au financement public des soins de santé a des impacts différents à court et à long terme. Alors qu'à court terme, elle augmente l'accès et la qualité des soins de santé, à long terme, elle réduit l'accès et la qualité des soins de santé. Une augmentation d'une unité du ratio des dépenses privées par rapport aux dépenses publiques à court terme augmente l'indice d'accès et de qualité des soins de santé de 0,74 point, tandis que la même augmentation du ratio des dépenses de santé privées par rapport aux dépenses publiques réduit l'indice d'accès et de qualité des soins de santé de 0,91 point à long terme. Il convient de noter que l'impact positif observé s'estompe avec le temps, comme le montre la baisse soutenue des coefficients à mesure que les retards augmentent. Les résultats à long terme soutiennent l'argument selon lequel une augmentation des dépenses de santé privées réduit la capacité de dépense de l'individu pour d'autres biens et services (y compris d'autres biens et services de santé). Cela conduit à une plus grande pauvreté, poursuivant ainsi le cycle d'un mauvais état de santé accru en raison du manque d'argent à dépenser pour d'autres biens et services de santé (Rahman et al., 2018). De tels résultats impliquent donc que s'appuyer sur le financement privé des soins de santé n'est pas viable à long terme.

Le modèle (2) du tableau 7 montre que l'augmentation du ratio entre les dépenses de santé payées de sa poche et les dépenses d'assurance réduit à long terme l'accès aux soins de santé et leur qualité. Les résultats suggèrent une réduction de 0,04 points de l'indice d'accès à la santé et de qualité de la santé résultant d'une augmentation d'une unité du ratio des dépenses de santé payées par les particuliers par rapport aux dépenses d'assurance. Ces résultats impliquent que l'impact négatif à long terme du financement privé de la santé s'aggrave si ce financement comprend principalement des dépenses personnelles. Par conséquent, le gouvernement devrait augmenter

son financement des soins de santé afin d'éviter l'impact négatif du recours au financement privé des soins de santé à long terme.

En ce qui concerne les variables de contrôle, on constate que l'augmentation du nombre de médecins pour 1 000 et du PIB par habitant accroît l'accès aux soins et leur qualité, en particulier à long terme (modèle 1 du tableau 6). L'augmentation du nombre de lits d'hôpitaux favorise l'accès aux soins et la qualité des soins à court terme, mais à long terme, elle a un effet négatif sur l'accès aux soins et la qualité des soins. L'impact négatif pourrait être attribué au fait que les lits d'hôpitaux font partie des infrastructures de santé, alors que les indicateurs utilisés pour construire le HAQ ne sont pas directement liés aux infrastructures de santé. Par conséquent, l'augmentation des dépenses pour les lits d'hôpitaux peut évincer les ressources disponibles pour la fourniture de services de soins de santé qui sont directement liés aux indicateurs utilisés pour construire le HAQ dans cette étude.

Tests diagnostiques

L'analyse des séries temporelles exige que le modèle réponde à certaines hypothèses avant que les résultats ne soient jugés fiables. Dans cette étude, nous avons effectué les tests diagnostiques suivants : corrélation sérielle, hétéroscédasticité, test de variable omise (Ramsey RESET), test de normalité et test de multicollinéarité.

Le tableau 8 présente les résultats des tests diagnostiques.

Tableau 8 : Test diagnostique

Test	Modèle (1)-U5		Modèle (2)-LE	
	Statistique du test	Valeur P	Statistique du test	Valeur P
Corrélation sérielle	Chi2(1) = 0.596	0.4402	Chi2(1) = 1.349	0.2455
Hétéroscédasticité	Chi2(1) = 0.86	0.3530	Chi2(1) = 1.14	0.2861
Remise à zéro de Ramsey	F(3, 17) = 2.18	0.1600	F(3, 17) = 0.70	0.5704
Normalité	Chi2(1) = 2.109	0.3484	Chi2(1) = 4.435	0.1089
Multicollinéarité	VIF = 7.62		VIF = 5.55	

Source : Calculs de l'auteur.

Les résultats du tableau 8 montrent que les deux modèles répondent à tous les tests. Les valeurs p de tous les tests sont supérieures à 0,05, ce qui suggère que : les modèles ne souffrent pas de corrélation sérielle, il n'y a pas d'hétéroscédasticité, les modèles sont correctement spécifiés et les résidus sont normalement distribués. Le facteur d'inflation de la variance (VIF) pour les deux modèles suggère qu'il n'y a pas de multicollinéarité puisqu'il est inférieur à 10 %.

5. Conclusion et implications politiques

Cette étude a pour but d'examiner comment les différents mécanismes de financement affectent l'accès et la qualité des soins de santé en Ouganda. Trois indicateurs, à savoir le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le DPT3 et la couverture vaccinale, ont été utilisés pour construire un indice d'accès aux soins et de qualité en utilisant l'analyse en composantes principales (ACP). Pour atteindre les objectifs de l'étude, le ratio des dépenses de santé privées par rapport aux dépenses de santé publiques et le ratio des dépenses de santé personnelles ont été construits et régressés sur l'indice construit de l'accès et de la qualité des soins de santé dans un cadre ARDL. Les résultats de l'analyse suggèrent que les dépenses de santé, dominées par le financement privé des soins de santé, sont associées à un accès aux soins de santé et à une qualité plus élevés à court terme, mais plus faibles à long terme. L'impact négatif à long terme s'aggrave lorsque les dépenses de santé privées sont dominées par les dépenses personnelles plutôt que par les assurances. Les résultats suggèrent donc que le recours excessif au financement privé des soins de santé n'est pas viable à long terme. Par conséquent, le gouvernement devrait augmenter son financement des soins de santé afin d'éviter l'impact négatif du recours au financement privé des soins de santé à long terme. Les résultats montrent également qu'il est urgent de mettre en place une assurance maladie universelle, car il s'avère que les dépenses de santé personnelles compromettent l'accès aux soins et leur qualité à long terme.

Remarques

1. Dans les PFR comme l'Ouganda, la composition du sous-secteur privé de la santé va des prestataires privés informels, notamment les herboristes et les guérisseurs traditionnels, aux pharmacies privées, en passant par le personnel de santé agréé et certifié.

Références

- Aday, L.A. and R.M. Andersen. 1981. "Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview". *Medical Care*, 19(12): 4–27.
- Brugha, R. and A. Zwi. 1998. "Improving the quality of private sector delivery of public health services: Challenges and strategies". *Health Policy and Planning*, 13: 107–20.
- Deininger, K. and P. Mpuga. 2004. "Economic and welfare effects of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda". World Bank Policy Research Working Paper No. 3276. The World Bank, Washington D.C., April.
- Fayissa, B and P. Gutema. 2005. Estimating a health production function for Sub-Saharan Africa (SSA). *Applied Economics*, 37:2, 155-164. DOI:10.1080/00036840412331313521
- Frenk, J. 1992. "The concept and measurement of accessibility". In K.L. White, J. Frenk, C. Ordonez, J.M. Paganini and B. Starfield, *Health Services Research: An Anthology*, pp. 842–55. Washington, D.C.: Pan American Health Organization PAHO Scientific Publication.
- Fullman, N., J. Yearwood, S.M. Abay and A. Cristiana. 2018. "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016". *The Lancet*, 391(10136): P2236–2271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)
- Grossman, M. 1972. "The concept of health capital and the demand for health". *Journal of Political Economy*, 80(2): 223–55.
- Gwatkin, D.R. 2000. "Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?" *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 3–18.
- Harding, A. 2009. "Oxfam—This is not how to help the poor". Ideas to Action: Independent Research for Global Prosperity 2019.
- Harris, R. and R. Sollis. 2003. *Applied Time Series Modelling and Forecasting*. Chichester, West Sussex, England: J. Wiley.
- Johansen, S. 1988. "Statistical Analysis of cointegration vectors". *Journal of Economic Dynamics and Control*, 12(2-3): 231–54.
- Kruk, M.E. and L.P. Freedman. 2008. "Assessing health system performance in Africa: A review of the literature". *Health Policy*, 85: 263–76.
- Kruk, M.E., A.D. Gage, N.T. Joseph, G. Danaei, S. García-Saisó and J.A. Salomon. 2018. "Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries". *The Lancet*, 392: 2203–12.

- Leone, T., V. Cetorelli, S. Neal and Z. Matthews. 2016. "Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: A quasi-experimental analysis". *BMJ Open*, 6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009692>
- Mbonye, A.K., K.S. Hansen, F. Wamono and P. Magnussen. 2009. "Increasing access to prevention of mother-to-child transmission of HIV services through the private sector in Uganda". *Sexually Transmitted Infections*, 85: 534–39.
- McIntyre, D. and J. Kutzin. 2016. Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development". Switzerland, Health systems, Governance and Financing, World Health Organization.
- MoH - Uganda Ministry of Health. 2018. Annual Health Sector Performance Report: Financial Year 2017/2018. Kampala, Uganda, MoH, Uganda.
- MoH - Uganda Ministry of Health. 2018. National Health Accounts. Kampala, Uganda, Ministry of Health, Government of Uganda.
- Nolte, E. and M. McKee. 2004. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*. London: The Nuffield Trust.
- Oxfam. 2009. *Blind Optimism: Challenging the Myths about Private Health Care in Poor Countries*. Oxfam Briefing Paper. Oxford: Oxfam International.
- Pesaran, M.H. and Y. Shin. 1999. "An autoregressive distributed lag modelling approach to cointegration analysis". In S. Strom, *Econometrics and Economic Theory in the 20th Century the Ragnar Frisch Centennial Symposium*, pp. 371–413. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pesaran, M.H., Y. Shin and R.J. Smith. 2001. "Bounds testing approaches to the analysis of level relationships". *Journal of Applied Econometrics*, 16: 289–326. DOI:10.1002/jae.616
- Peters, D.H., A. Garg, G. Bloom, D.G. Walker, W.R. Brieger and M.H. Rahman. 2008. "Poverty and access to health care in developing countries". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136: 161–71. DOI:10.1196/annals.1425.011
- Prata, N., D. Montagu, and E. Jefferys. 2005. "Private sector, human resources and health franchising in Africa". *Bulletin of World Health Organization*, 83: 274–79.
- Rahman, M. M., R. Khanam and M. Rahman. 2018. "Health care expenditure and health outcome nexus: New evidence from the SAARC-ASEAN region". *Globalization and Health*, 14(1): 113. DOI:10.1186/s12992-018-0430-1
- Shengelia, B., C.J.L. Murray, O.B. Adams, C. Czoski-Murray, and O. Adams. 2003. "Beyond access and utilization: Defining and measuring health system coverage". In C.J.L. Murray and D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Siddiqui, N., and S.A. Khandaker. 2007. "Comparison of services of public, private and foreign hospitals from the perspective of Bangladeshi patients". *Journal of Health Population and Nutrition*, 25(2): 221–30.
- Stuckler, D. and S. Basu. 2009. "The International Monetary Fund's effects on global health: Before and after the 2008 financial crisis". *International Journal of Health Services*, 39: 771–81.
- Uganda Bureau of Statistics (UBOS). 2018. Uganda National Household Survey 2016/2017. Kampala, Uganda, UBOS.

- Victora, C.G., A. Wagstaff, J.A. Schellenberg, D. Gwatkin, M. Claeson and J.-P. Habicht. 2003. "Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough". *The Lancet*, 362(9379): 233–241. DOI:10.1016/S0140-6736(03)13917-7
- World Bank. 2011. *Private Health Sector Assessment in Ghana*. Washington, D.C.: The World Bank.
- World Bank. 2019. *World Development Indicators (WDI)*. Washington, D.C.: The World Bank.
- World Health Organization (WHO). 2006. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2010. *Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage*. The World Health Report 2010. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2017. *Advancing the Right to Health: The Vital Role of Law*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Xu, K., P. Saksena and D.B. Evans. 2010. *Health Financing and Access to Effective Interventions*. World Health Report (2010), Background Paper 8. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yip, W. and R. Hafez. 2015. *Improving Health Systems Efficiency – Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Cases*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



Mission

Renforcer les capacités des chercheurs locaux pour qu'ils soient en mesure de mener des recherches indépendantes et rigoureuses sur les problèmes auxquels est confrontée la gestion des économies d'Afrique subsaharienne. Cette mission repose sur deux prémisses fondamentales.

Le développement est plus susceptible de se produire quand il y a une gestion saine et soutenue de l'économie.

Une telle gestion est plus susceptible de se réaliser lorsqu'il existe une équipe active d'économistes experts basés sur place pour mener des recherches pertinentes pour les politiques.

www.aercafrica.org/fr

Pour en savoir plus :



www.facebook.com/aercafrica



www.instagram.com/aercafrica_official/



twitter.com/aercafrica



www.linkedin.com/school/aercafrica/

Contactez-nous :

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique
African Economic Research Consortium

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique

Middle East Bank Towers,

3rd Floor, Jakaya Kikwete Road

Nairobi 00200, Kenya

Tel: +254 (0) 20 273 4150

communications@ercafrica.org