



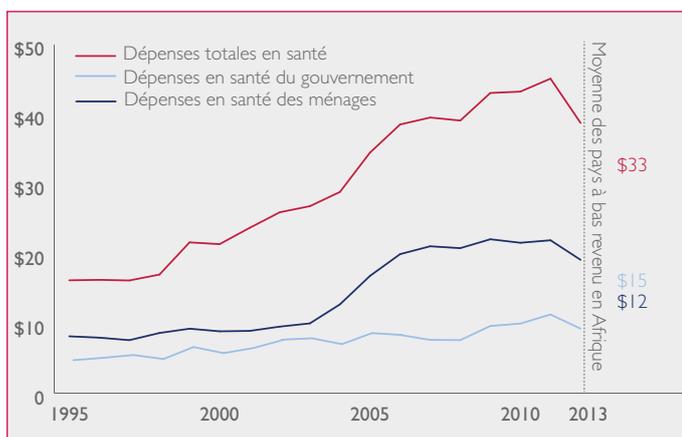
PROFIL DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ: OUGANDA

Indicateurs-clés du pays

| Indicateurs de développement* | |
|---|--|
| Population totale | 37 579 000 |
| Taux de fertilité total (naissances par femme) | 5,9 |
| Revenu brut national par habitant (PPA) | \$1 370 |
| Indicateurs de dépenses en santé** | |
| Ratio de dépenses | |
| Dépenses totales en santé en % du PIB | 8,0% ↑ moyenne des pays à bas revenu (5%) ↓ moyenne globale (9,2%) |
| Niveau de dépenses | |
| Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement | 10,2% ↓ cibles déterminées par la Déclaration Abuja (15%) |
| Indicateurs par habitant sélectionnés | |
| Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.\$) | 108 |
| Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US\$) | 10 ↓ cibles déterminées dans le Plan d'Investissement Stratégique du Secteur de la Santé (\$17) |
| Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.\$) | 26 |
| Sources de fonds | |
| Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé | 23,9% |
| Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé | 76,1% |
| Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé | 28,6% |
| Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé | 64,8% |

Note: L'OMS regroupe des données et effectue des calculs en utilisant les montants absolus en unités de devises nationales converties en équivalents de Parité des pouvoirs d'achat (PPA)

Dépenses par habitant en US\$ (constant 2013 US\$)**



*Observatoire Global de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013

**Base de donnée des dépenses globales en santé, OMS, 2013

Facteurs contextuels

Le système de santé de l'Ouganda est décentralisé, avec des districts et sous-districts jouant un rôle important dans l'offre des soins de santé. Le secteur privé occupe aussi un rôle important comme fournisseur de soins de santé, par le biais d'organisations et praticiens sans buts lucratifs. Les établissements de santé publiques constituent plus de la moitié (55%) des 5 200 établissements de l'Ouganda, alors que les établissements sans buts lucratifs constituent 17% et 29% des établissements, respectivement.¹ Bien que 85% de la population réside dans des régions rurales et utilisent principalement les établissements publics, les fournisseurs sont distribués de manière inégale dans les régions urbaines, alors que les travailleurs de la santé sont situés principalement dans les régions rurales.²

L'approche du Gouvernement de l'Ouganda (GdO) à la planification nationale de la santé a évolué au cours de la dernière décennie. Les réformes de la gestion des dépenses publiques du pays ont résulté en de nouveaux arrangements institutionnels pour la planification et la budgétisation, incluant les approches de secteurs (SWAp), le plan de travail à moyen-terme (PTMT), le Fonds d'Action Contre la Pauvreté (FACP), le processus de décentralisation, et le Plan National de Développement (PND). Le PND procure une stratégie nationale de planification à moyen-terme.

La capacité du GdO à financer les programmes désirés en santé, sans compromettre sa viabilité financière, peut être augmentée en mettant en priorité la santé par rapport à d'autres secteurs. L'augmentation en importance de cet espace fiscal dépend de divers piliers, incluant les suivants³:

- **Conditions macro-économiques favorables:** L'économie de l'Ouganda a cru significativement au cours des sept dernières années. Des projections montrent qu'après une pause en 2013-14, la croissance devrait recommencer à 7% par année.⁴
- **Sources de revenus spécifiques à la santé:** Les dépenses personnelles occupent une part importante des dépenses privées en santé, malgré l'abolition des frais d'utilisateurs au niveau des établissements de santé publique en 2001. L'accession à des sources de revenus partagées, telles que des assurances, est critique.
- **La remise en priorité de la santé au sein du budget du gouvernement:** Bien que les fonds alloués au secteur de la santé aient augmenté continuellement à 735 milliards d'UGX en FY 2009/10, ces fonds n'étaient pas suffisants pour couvrir l'ensemble des Bénéfices Minimums de Soins de Santé de l'Ouganda, estimés à plus de US\$47,9 par habitant.⁵ Des tests de performance pour la remise en priorité et la réserve de fonds dédiés sont donc essentiels.
- **Assistance pour le développement en santé:** Avec près de 30% du financement pour la santé provenant de sources externes, l'Ouganda est vulnérable aux fluctuations des dons au cours du temps. Une relation en plein changement avec la communauté des donateurs montre un déclin de l'importance de ces dons pour l'économie nationale. La diversification des sources externes de financement est donc critique.
- **Augmenter l'efficacité des dépenses en santé:** L'augmentation de l'efficacité des dépenses en santé et la réduction des déchets peut être atteinte par le biais d'un meilleur ciblage géographique des dépenses gouvernementales en santé et par des achats et une gestion des finances publiques plus efficaces. Les

améliorations de la prédiction des revenus et des systèmes de formulation des budgets peuvent aussi augmenter l'efficacité de l'utilisation des ressources en santé.

Fonctions de Financement de la Santé

■ **Contribution et collection des revenus:** Les revenus collectés par le secteur public sont limités. Il n'y a pas de taxe spécifique dédiée au secteur de la santé, et les revenus de taxes incluent les taxes directes et indirectes, les deux étant minimales.

Une grande portion de l'aide de donateurs externes est dirigée vers le budget national ou vers des dépenses planifiées pour le Ministère de la Santé (MdS). Une portion importante du financement provenant des donateurs est allouée aux activités hors-budget, qui dépassent les plafonds du Plan de Dépenses à Moyen Terme. En FY 2008/09, le financement hors-budget représentait US\$440 millions, alors que le budget général de la santé atteignait US\$628 millions.⁶

Une part significative du financement de la santé est effectuée par le biais de ménages privés, principalement sous la forme de dépenses personnelles. L'absence d'arrangements adéquats d'assurance-maladie est un obstacle pour l'accès aux soins de santé et laisse les ménages à risque d'avoir des paiements catastrophiques en cas de maladie.

Les programmes existants d'assurance-maladie communautaire couvrent une très petite portion de la population (près de 1%) et font face à des problèmes de durabilité à cause de taux d'abandonnement élevés. De tels programmes contribuent à une part négligeable des ressources financières en santé.

■ **Partage:** Afin de répondre aux besoins en termes d'équité et de durabilité du financement de la santé, le GdO se prépare à mettre sur pied une Assurance-Maladie Nationale de sorte à partager et redistribuer les fonds et les risques financiers associés aux maladies à travers la population. Le programme requerra des contributions de 4% des salaires à la fois des employés et des employeurs, et ne requerra pas de co-paiements. Pour le moment, cependant, il existe un nombre limité de programmes de protection sociale en Ouganda.⁷

Il y a plus de 15 programmes d'assurance-maladie basés sur les communautés en Ouganda, et ceux-ci sont coordonnés par l'Association Ougandaise de Financement de la Santé Basé sur les Communautés et dirigés par le MdS. Les contrats d'assurance-maladie privés commerciaux existent mais contribuent à moins de 1% des dépenses totales en santé. La couverture par assurance-maladie privée est limitée (moins de 1%) dû à des primes élevées et est typiquement confinée aux organisations d'opérations de la santé (OOS) visant principalement les employés du secteur formel et les individus.⁸

■ **Achats:** Le système de santé de l'Ouganda a de multiples acheteurs incluant ceux du secteur public (le MdS et les autorités gouvernementales locales) et le secteur privé (les ménages, les organisations non-gouvernementales et les assureurs en santé).

Le MdS est à la fois un fournisseur et un acheteur de services de soins de santé. Les travailleurs du domaine de la santé sont payés pour leurs services par des salaires fixes, et les établissements de santé reçoivent des budgets basés sur une estimation de l'historique budgétaire, ainsi qu'une formule d'allocation basée sur plusieurs facteurs, incluant la taille de la population desservie. Le financement des établissements de santé n'est pas basé sur la performance; des paiements sont effectués sur une base de services avec frais, ce qui résulte en des paiements sous forme de dépenses personnelles élevées.

Rencontrer les Objectifs de Couverture Universelle de la Santé (CUS)

La CUS ne peut être atteinte que si les services de santé et la protection contre les risques financiers sont équitablement distribués. La protection financière équitable signifie que toute personne, indépendamment de leur niveau de revenu, a accès aux services de santé dont elle a besoin sans que ceux-ci ne causent de difficultés financières importantes.

Protection financière

Près de 20% des ménages ougandais ont vécu une catastrophe financière liée aux dépenses en santé en 2009-10.¹ Ceux-ci étaient concentrés parmi la partie de la population la plus pauvre, pour qui même des petites dépenses personnelles en santé peuvent causer un appauvrissement significatif.

En 2010, 66% de la population de l'Ouganda vivait sous le seuil de la pauvreté à US\$2,50.¹ Lorsque des dépenses personnelles en soins de santé sont prises en compte, une section additionnelle de 4% de la population était appauvrie, ce qui équivaut à 1,5 millions d'Ougandais.

Équité dans le financement et l'utilisation

Une évaluation des taxes directes et indirectes en Ouganda indique que ces mécanismes sont des méthodes progressives d'augmentation des revenus, mais qu'il y a certaines taxes régressives.¹ Le financement privé, par contre, est dominé par les paiements sous forme de dépenses personnelles, et a un impact négatif sur le financement équitable.

Une comparaison des bénéfices de soins de santé agrégés en lien avec les besoins à travers les différents quintiles socio-économiques révèle qu'alors que le quintile le plus pauvre a le plus de besoins (22,8%), celui-ci a aussi le plus bas niveau de bénéfices (17,9%).¹ L'inverse est vrai pour le quintile le plus riche. De telles inégalités dans l'accès et l'utilisation des services de santé pourraient être éliminées par une réévaluation des fonctions de financement de l'Ouganda.

Notes

1. Zikusooka CM, Kwesiga B, Lagony S, Abewe C. [Évaluation de la Couverture Universelle de Santé, Ouganda](#). Réseau Global pour l'Équité en Santé (RGES). Décembre 2014.
2. Bureau des Statistiques de l'Ouganda (BSO) et ICF International Inc. [Sondage de démographie et de santé et l'Ouganda 2011](#). Kampala, Ouganda: BSO et Calverton, Maryland: ICF International Inc. (2012)
3. Banque Mondiale, Ministère des Finances du Gouvernement de l'Ouganda, Planification et développement économique, et Ministère de la Santé. [Espace Fiscal pour la Santé en Ouganda](#). 2009.
4. Cammack T & Twinamatsiko F. [Programme d'Options de Financement de la Protection Sociale de l'Ouganda](#). Rapport préparé pour le Ministère du Genre et du Travail, et le Programme de Développement et de Protection Sociale. Mai 2013.
5. AHSPR, 2014. [Rapport Annuel de Performance du Secteur de la Santé](#), Kampala: Ministère de la Santé. Gouvernement de l'Ouganda
6. [Plan d'Investissement Stratégique du Secteur de la Santé \(HSSIP\) 2010/11-2014/15](#). Ministère de la Santé. Gouvernement de l'Ouganda. Kampala, Ouganda. Juillet 2010.
7. Communauté Est-Africaine. [Analyse et Étude de Faisabilité des Options pour l'Harmonisation des Systèmes de Protection Sociale de la Santé Vers une Couverture Universelle de la Santé dans la Communauté Est-Africaines et États Partenaires](#). Rapport technique. Communauté Est-Africaine, Arusha. 2014.
8. Basaza, R., Pariyo, G. & Criel, B., [Quelles sont les caractéristiques émergentes des programmes d'assurance-maladie en Afrique de l'Est?](#), Dove Medical Press Ltd, Volume 2, pp. 47-53. (2009)

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:
African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org
www.africanstrategies4health.org