ENABLING THE PRIVATE HEALTH SECTOR IN THE NATIONAL RESPONSE TO COVID-19:

SIX CURRENT POLICY CHALLENGES

BARBARA O'HANLON AND MARK HELLOWELL

MAY 2020

CONTENTS

ACKNOWLEDGEMENTS..... 3

PRIVATE SECTOR ENGAGEMENT
IN RESPONSE TO COVID-19..... 4

EXECUTIVE SUMMARY..... 5

CONTEXT..... 6

PURPOSE..... 7

CHALLENGES..... 8

1. Planning..... 8

2. Information..... 8

3. Resources and Capacity..... 9

4. Legislation..... 9

5. Financing..... 11

6. Risk Exposure..... 12

NEXT STEPS..... 14

This document was commissioned by the World Health Organization and written by Ms. Barbara O'Hanlon, a member of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for UHC and Dr. Mark Hellowell, Director of Global Health Policy Unit at the University of Edinburgh.

The Advisory Group on the Governance of the Private Sector for UHC was convened in February of 2019 to act as an advisory body to the WHO about developing and implementing governance and regulatory arrangements for managing private sector service delivery for UHC. The group was formed with the primary goal of providing advice and recommendations on the regulation and engagement with the private sector in the context of the WHO GPW goal of 1 billion more people benefiting from Universal Health Coverage, and in particular outcome 1.1.4 of this goal – "Countries enabled to ensure effective health governance". Members of the Advisory Group include: Dr. Gerald Bloom, Mr. Luke Boddam-Whetham, Ms. Nikki Charman, Dr. Mostafa Hunter, Mrs. Robinah Kaitritimba, Dr. Dominic Montagu, Dr. Samwel Ogillo, Ms. Barbara O'Hanlon, Dr. Madhukar Pai, Dr. Venkat Raman, and Dr. Tryphine Zulu.

The authors would like to thank the stakeholders interviewed in development of this analysis especially during a time of health crisis in their countries. The authors would also like to thank David Clarke and Aurelie Paviza from WHO and Cynthia Eldridge and Samantha Horrocks from Impact for Health International.

WHO also thanks those who were involved in commenting on this document. Financial support for this work was provided by the European Union as part of its support for the UHC Partnership.

Suggested citation. Barbara O'Hanlon and Mark Hellowell. Enabling the private health sector in the national response to COVID-19: Six Current Policy Challenges. Geneva. (2020)

Private Sector Engagement in Response to COVID-19

David Clarke, World Health Organization, Headquarters

WHO calls on national governments everywhere to adopt a whole-of-government and whole-of-society approach in responding to the COVID-19 pandemic. Reducing the further spread of COVID-19 and mitigating its impact should be a top priority for Heads of State and Governments.

The COVID-19 crisis is leading to a surge in demand for health products and services that places even the best-resourced health systems under acute stress. Recent experiences in the countries with the largest outbreaks demonstrate that private sector capacity can play a crucial role in the response effort. Partnering with the private health sector requires governments to be creative in the types of partnerships adopted, flexible in its application of regulations; and strategic in its attempts to cover the costs. Risks and challenges are inherent in acting swiftly in a context of uncertainty, but ultimately, populations will benefit if governments act to engage the private sector and collaboratively work together as partners in the fight against the COVID-19 pandemic.

The COVID-19 response should be coordinated with actors in the private sector and civil society. WHO has developed new guidance: "Engaging the Private Health Delivery Sector in the Response to the COVID-19: A Plan of Action" (https://hsgovcollab.org/en/news/new-publication-engaging-private-health-delivery-sector-response-covid-19-plan-action) to help governments with their efforts to engage the private sector as part of a whole of society response to the pandemic and also to support governments efforts to engage the private sector to help maintain essential health services.

WHO is committed to supporting member states on how to implement this action plan over the coming months through technical documents with analysis of the evidence, best practices and experiences. The present analysis of the policy challenges is a foundational for this work. As countries progress through different phases of the pandemic, we will produce rapid, real-time, evidence-based, tailored support to improve private sector engagement in response to the COVID-19 crisis. In the near term, this work will help establish a strong foundation for stronger health system governance in the post-COVID world. In the long term it will contribute to renewed efforts to achieve Universal Health Coverage as countries work to replenish, recover and reform their health systems.

EXECUTIVE SUMMARY

"We called the private sector together to develop a private sector agenda and way forward…no time to waste…it is an emergency. We [private sector] should be proactive."
- Tanzania

This document identifies and frames the policy challenges that low- and middle-income countries (LMICs) are facing in enabling the domestic private health sector to support the national response to COVID-19. Most countries in LMICs are currently in the containment phase of their response to the pandemic, and are thus focused on the early detection, isolation, and treatment for those infected with the disease, alongside contact tracing and screening. In this phase, six policy challenges have been identified as core priorities:

1. Countries are unsure of how best to include the private sector in planning for the national response effort;

2. Resource-based planning cannot take place as critical data on private sector resources and capacity are not held by the government;

3. The private health sector lacks certain inputs needed for it to play a role as an effective partner for the government in the response;

4. Emergency legislation, compounded by weak systems and regulation, can limit the private sector's role;

5. Countries are unsure of whether, or how best to, reimburse the private sector for health services provided during the outbreak; and

6. Private healthcare businesses are exposed to significant financial losses at this time, but governments lack clear criteria for providing support.

In response to these challenges, the WHO's *Private Health Sector for COVID-19 Initiative* (WHO-PCI) will, in its future research, identify and synthesize emerging examples of good engagement practices, and draw on these to provide real-time, evidence-based and tailored guidance for governments in LMICs.[1]

[1]As one of its first actions, WHO drafted interim guidance on how to engage private health sector capacity (staff, stuff, supplies and systems) needed for the healthcare system response to the COVID-19 emergency (https://hsgovcollab.org/en/news/new-publication-engaging-private-health-delivery-sector-response-covid-19-plan-action).

CONTEXT

The COVID-19 pandemic threatens to overwhelm health systems in many countries. Ministries of Health are looking to mobilize their domestic private health sectors[2] as part of national efforts to contain and mitigate the pandemic. In addition, private health actors are looking for ways to contribute to the emergency response. However, they are often not well-positioned to work effectively with the government.

At the time of writing, most LMICs are in the *containment* phase of their response to the epidemic, focusing on early detection, isolation, and treatment of people infected, with tracing and screening of their contacts. They are also preparing for the *mitigation* phase. Several LMICs are using this period to:

a. engage the private sector in *containment* activities (and in particular, testing); and

b. prepare for *mitigation* by enabling the private sector to support national efforts to tackle the forthcoming surge in demand for healthcare, as community transmission of COVID-19 increases.

The nature and severity of the challenges experienced during this period vary across countries. This is because pre-existing regimes for governance of the private sector differ. Some countries – especially those with comprehensive social insurance systems - have fairly inclusive governance regimes in place, in which the private health sector is already embedded in delivering healthcare to a majority of the population. The small number of countires in this category (e.g. South Korea, Thailand and the Philippines) have faced fewer/less severe challenges to date with engaging the private sector for the COVID-19 response. However, for many other countries, working relationships with the private sector are at a far less advanced stage. In this document, we focus on the challenges faced by the majority of countries that are in this latter category. In future outputs, we will provide further analysis of what *all* LMICs, regardless of pre-existing governance regimes, can learn from international best practice in this area.

"Most LMICs are in the containment phase of their response to the epidemic, focusing on early detection, isolation, and treatment of people infected, with tracing and screening of their contacts. They are also preparing for the mitigation phase."

[2] We define the domestic private health sector as all non-state actors involved in the delivery of health-related products and services in a country, including all for-profit and not-for profit entities, whether they are in the formal or informal sectors.

PURPOSE

This document aims to identify and frame the challenges that LMICs are facing *right now* in mobilizing the domestic private health sector to support national COVID-19 responses.

The WHO-PCI team has conducted a comprehensive document analysis to identify and describe such challenges. This has been supplemented with data obtained in interviews with a range of key stakeholders based in 12 countries (Ethiopia, Kenya, Nigeria, Uganda, South Africa, Thailand, India, Sri Lanka, Pakistan, the Philippines, South Korea and Iran). Our key informants include staff in Ministries of Health and National Public Health Institutes, private healthcare businesses and their representative bodies, WHO and World Bank offices, and think tanks and academic research groups (see Appendix 1 for our sampling framework).

CHALLENGES

CHALLENGE 1

Countries are unsure of how best to include the private sector in planning for the national response effort

Before the pandemic, countries varied in the extent and quality of public-private dialogue (PPD). The COVID-19 pandemic has exacerbated these variations. Frequently, such dialogue has been both *ad hoc* and opportunistic, and based largely on personal connections between public officials and private sector businesses, rather than systemic approaches. For example, in Ethiopia, in the lead up to COVID-19, and in the early stages of anticipation and containment, the government did not reach out to private health sector businesses; nor, according to local private healthcare respondents, did it return calls when it was approached by private actors.[3] Similar problems were reported by respondents in Nigeria and Uganda.

In countries in which the private health sector is better organized (e.g. organized into professional associations with experience of dealing directly with Ministries of Health and other arms of the government), they didn't always wait for the government to engage. As private sector leaders watched the pandemic unfold in south-east Asia and Europe, they convened multiple meetings among themselves to identify how their members could assist the government during the crisis. Many countries, including Kenya, Liberia, Tanzania and Uganda, followed a similar process to organize themselves and start a dialogue with the government by convening internal meetings, collecting data on members' resources and capacity, and meeting with government officials to map out potential roles for the private sector.

CHALLENGE 2

Resource-based planning cannot take place as critical data on private health sector resources and capacity is not held by the government

Before the pandemic, many LMICs lacked basic data about the private health sector. This is still largely the case. Private health sector assessments over the past decade have consistently highlighted the lack of information on the private health sector held by governments in LMICs. Basic information is not routinely collected, and is often not available in any form, in relation to basic facts, such as the number and types of facilities in a country, or the range of

[3] At the time of publication, this has been resolved and the government is now in support of working with the private health sector in Ethiopia.

health professionals, infrastructure and equipment deployed within these.

With the onset of the COVID-19 outbreak, many LMICs were unable to take a "resource-based approach" to planning for the mitigation phase of the response. In some contexts, private sector groups have mobilized to address data gaps by conducting rapid assessments of their capacity and resources (Kenya, Liberia, Uganda, Tanzania). For example, the private sector has used simple approaches to collect data, ranging from calling every private hospital (Kenya), emailing excel spreadsheets to member organizations (Uganda), and forming WhatsApp groups, comprising regional private healthcare federations to share information (continent-wide).

However, the data has not been independently verified. Its scope is also limited, focusing mainly on space (e.g. ICU capacity), staff (e.g. ICU staff but also specialists like pulmonologists) and equipment (e.g. sources for PPEs, test kits and oxygen in addition to number and location of ventilators and GeneExpert machines) and less on systems (e.g. triage and referral protocols) or on costs and patient fees and co-payments. That said, these data have helped to shape the discussion on how to best harness private sector capacity (Nigeria, Kenya), and have begun to demonstrate to the government, often for the first time, the extent to which private sector resources might become a valuable part of the mitigation strategy.

CHALLENGE 3

The private health sector lacks certain resources and capacity needed for it to be an effective partner

For the private health sector to be effectively engaged, the government needs to ensure that private facilities have the supplies needed to (a) provide high quality care for patients and (b) protect employees from becoming infected. Currently, private sector respondents report a lack of access to a number of required inputs, including (i) critical data on the progression of the local epidemic; (ii) government clinical protocols, (iii) training and updates of key medical professional (e.g. respiratory physicians, nurses, anesthetics and ancillary staff); (iv) critical commodities such as drugs, testing kits and related lab materials and medical equipment; and (v) Personal Protective Equipment (PPE).

Without such inputs, the private sector's role in the national response effort may be undermined, e.g. as doctors and nurses refuse to attend work for fear of contracting COVID-19 in the absence of PPE, overall health system capacity is thereby diminished.

CHALLENGE 4

Emergency legislation, compounded by weak systems and regulation, can limit the private sector's role

In several countries with extreme lock-down orders, (e.g. Uganda, Nigeria

and India), some frontline healthcare providers like retail pharmacies have been forced to close, due to lack of supplies, human resources (e.g. in Uganda, policies only allow for employees to go to work if they can reside onsite) and falling demand. Elsewhere, regulations have required some private health facilities to cancel defined clinical activities. For example, in India, several hundred private hospitals have been designated as COVID-19 hospitals. Under emergency legislation, they have been forced to cancel non-urgent operations in order to conserve resources and capacity for the expected surge in COVID-19 demand.

However, as the surge in COVID-19 demand has not yet occurred in many countries (many are in the containment stage and have relatively low case numbers, and few people requiring hospitalization), the anticipated income stream has not been forthcoming. While regulation to focus healthcare resources on COVID-19 cases may be justified, there may be unanticipated consequences for private sector businesses, many of which are already facing dire financial circumstances (see challenge 6 below); and governments need to think carefully about taking actions that may further impede the role of private sector capacity during the mitigation phase.

Price regulation, while a good thing for patient access to testing and treatment, may reduce the willingness of healthcare businesses to provide essential health services – especially in countries where there is no offsetting public funding (the usual case, at this time). For example, in India, regulated patient charges for COVID-19 treatment in an ICU are approximately one seventh of the average market price. This may imply that marginal revenues from providing such treatment fall short of marginal costs – which could create perverse incentives not to diagnose and manage cases appropriately.

In many cases, pre-COVID-19 regulations and systems are hindering the private sectors' contribution to the COVID-19 response. Patient confidentiality requirements do not allow for the use of telehealth. Scopes of practice and HR certification do not allow for staff movement (e.g. outside the country, within the country), or the reactivation of retired staff, or reassignment of staff from public to private. Regulations governing competition do not allow suppliers to coordinate to secure economies of scale in procurement. Import taxes and custom fees undermine procurement efforts. Customs processing on drugs and medical equipment delay procurement. Addressing these regulation barriers will be critical.

There are also, of course, cases where the extent of government regulation is too limited. For example, in some countries, private facilities are testing and treating COVID-19 patients, but policymakers express concern about inadequate reporting of these cases to the government (e.g. in Uganda, Pakistan, South Africa). In India, the

private health sector seems to have failed to notify cases during the early stages of the outbreak. There are concerns that health facilities may be subject to incentives not to notify. For instance, there have been reports of patients bribing hospital staff to avoid enforced isolation or hospitalization. However, in India, under emergency legislation passed in mid-March 2020, the Ministry of Health was given the power to seize private sector assets in cases of failure to notify authorities of cases. The private sector is now reliably notifying cases, according to local stakeholders.

CHALLENGE 5

Countries are unsure of whether, or how best to, finance private sector health businesses during the outbreak

In some countries, as noted, private health businesses charge market or regulated prices for COVID-19-related testing, isolation and treatment. In India, where private healthcare facilities have substantial diagnostic capacity and a strong system for empanelling accredited laboratories, patients can be charged a tariff of 13,500 rupees (approximately $180) for a course of three tests. In addition, patients can be charged 4,500 rupees for COVID-19-related treatment (about $60 per day for an ICU). In contrast, in Pakistan, patients are being charged normal market prices for these services. In both contexts, inequity in service use and financial protection are the result – a challenge that can only be addressed via increased public financing through subsidies or contracts. Indeed, in Pakistan, provincial governments are discussing purchasing strategies and reimbursement arrangements through the relevant healthcare commissions with the private health sector. However, formal arrangements have not been agreed.

In other countries, COVID-19-related treatment is being delivered to patients for free – as a matter of formal or informal government regulation. As patient numbers are currently low, private health businesses have not experienced large-scale financial losses, although the situation will change when cases increase. In that eventuality, how private health businesses will be compensated is unclear. One key informant based in an African country stated that, "*the government seems to expect the private health sector to deliver COVID-related services for free as part of their patriotic duty*".

In Pakistan and other countries, where there has been a discussion on provider reimbursement, it has mostly focused on in-kind donations (e.g. test kits, PPEs, etc.). In some countries (e.g. India, South Africa), the government has allowed the private sector to charge fees for services, albeit at regulated (capped) prices. But, as one respondent said, there may be limited willingness to provide care for such patients: "*treating COVID patients is risky because it is so hard to estimate costs because of variability of inputs…the price keeps changing because of the broken supply chain!*" (Kenya private sector leader).

In several countries, in which the compensation arrangements for treating COVID-19 patients are unclear, private facilities have declined to partner with the government in the COVID-19 response and/or are refusing COVID-19 patients (e.g. in Bangladesh, India and Uganda). In Uganda, key private partners – faith-based organization (FBOs) – have declined an invitation to act as COVID-19 isolation centers on the alleged grounds that the government is too unreliable a purchaser. In Bangladesh, private hospitals are turning away COVID-19 patients because there is no provider reimbursement.

CHALLENGE 6

Private sector businesses are exposed to significant financial losses, but governments lack clear criteria for providing support

Due to the COVID-19 pandemic, many private healthcare businesses in LMICs are facing a large reduction in the demand for their services, and a resulting decrease in their revenues. Some private health sector leaders interviewed expressed growing fear that many small- and medium-size healthcare business (solo practitioners, small hospitals, individual labs and retail pharmacies) may not survive the pandemic without some form of economic assistance. Where such providers are an important source of essential health-related products and services for the population, the lack of demand is a major concern, indicating that some patients are foregoing needed or even urgent care. In addition, facility closures run the risk of long-term effects on public health.

The contraction of the private health sector results from a confluence of multiple factors. When government regulations require healthcare facilities to defer non-urgent/non-essential health services for an indeterminate period, revenues decrease. Under lockdown conditions, many patients with non-COVID-19-related health needs cannot, or are reluctant to, attend clinics and hospitals. Economic disruption reduces the ability and willingness of individuals and households to pay directly for healthcare of any form. Finally, the number of those with public or private insurance is diminishing in line with job losses in the formal sector, further reducing the demand for care.

In LMICs that are experiencing this challenge, governments are under strong pressure to provide subsidies or other forms of support to ensure the financial sustainability of healthcare businesses. Currently, however, there is no agreed criteria for making decisions on which businesses should qualify for government support. Without agreed criteria, public funds will likely be misspent. Well-connected healthcare businesses might be prioritized for funding. While systemically important businesses, those that deliver essential health products and services to the population might lose out. No clear analysis exist of what conditions governments might apply to support arrangements (e.g. patient volume

guarantees, tax breaks, subsidies) to enhance the national COVID-19 containment and mitigation strategies, and/or accelerate progress on longer-term health systems strengthening objectives, including Universal Health Coverage (UHC).

NEXT STEPS

The unprecedented challenges presented by the COVID-19 pandemic call for unprecedented action by governments in LMICs, and an appropriate level of support from the WHO.

Fortunately, the WHO is well positioned to help. The six policy challenges highlighted in this research are closely related to traditional challenges that governments face in private health sector engagement. Best practices, resources and tools already exist to support countries in exercising appropriate governance of the private health sector. WHO can make these resources available. Secondly, WHO is well placed to help governments learn effectively from other countries that have progressed further through the phases of the COVID-19 pandemic.

The priority challenges evidenced in this report will guide the future technical focus of WHO-PCI activities to support WHO staff at all levels currently involved in advising countries' health ministries in their efforts to contain and mitigate COVID-19.

ABOUT THE PROJECT

For more information about the work, please contact Dave Clarke, clarked@who.int

ANNEX 1

Sampling Framework

LIST OF COUNTRIES	REPRESENTATION	
	Private Sector	Public Sector
Ethiopia	6 individuals	2 MoH officials
Kenya	4 country level federations	1 regional WHO staff member
Nigeria	1 regional federation	2 WHO country offices
Uganda		1 World Bank country office
South Africa		1 LMIC-based health policy think tank
Thailand		
India		
Sri Lanka		
Pakistan		
Philippines		
South Korea		

FACILITER L'IMPLICATION DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ DANS LA RÉPONSE AU COVID-19:

SIX DÉFIS POLITIQUES ACTUELS

BARBARA O'HANLON ET MARK HELLOWELL

MAI 2020

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS..... 3

ENGAGEMENT AVEC LE SECTEUR PRIVÉ EN RÉPONSE AU COVID-19..... 4

SOMMAIRE EXÉCUTIF..... 5

CONTEXTE..... 6

OBJECTIFS..... 7

DÉFIS..... 8

1. PLANIFIER..... 8
2. INFORMATION..... 8
3. RESSOURCES ET CAPACITÉS..... 9
4. LÉGISLATION..... 9
5. FINANCEMENT..... 11
6. EXPOSITION AU RISQUE..... 12

PROCHAINES ÉTAPES..... 14

Ce document a été commissionné par l'Organisation Mondiale de la Santé et écrit par Mme Barbara O'Hanlon, membre du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Gouvernance du Secteur Privé pour la Couverture de Santé Universelle et Dr Mark Hellowell, Directeur de l'unité de santé publique à l'université d'Edimbourg.

Le Groupe Consultatif de l'OMS sur la Gouvernance du Secteur Privé pour la Couverture de Santé Universelle a été réuni en février 2019 pour agir en tant qu'instance consultative auprès de l'OMS au sujet du développement et de la mise en œuvre d'arrangements règlementaires et de gouvernance pour diriger le secteur privé des prestations de soins de santé vers la réalisation de la CSU. Le groupe a été formé dans le but premier de donner des conseils et des recommandations sur la régulation et l'engagement avec le secteur privé dans le contexte du 13è programme de travail de l'OMS, et de son objectif d'un milliard de personnes supplémentaire bénéficiant de la CSU. Les membres du Groupe Consultatif incluent : Dr. Gerald Bloom, Mr Luke Boddam-Whetham, Mme Nikki Charman, Dr. Mostafa Hunter, Mme Robinah Kaitritimba, Dr. Dominic Montagu, Dr. Samwel Ogillo, Mme Barbara O'Hanlon, Dr. Madhukar Pai, Dr. Venkat Raman, and Dr. Tryphine Zulu.

Les auteurs remercient tous les acteurs interviewés dans le cadre du développement de cette analyse, en particulier durant un temps de crise sanitaire dans leurs pays. Les auteurs remercient également David Clarke et Aurélie Paviza de l'OMS, ainsi que Cynthia Eldridge et Samantha Horrocks d'Impact for Health International.

L'OMS remercie tous ceux qui ont fourni des commentaires sur ce document. Le support financier pour ce travail a été fourni par l'Union Européenne dans le cadre de son support au Partenariat pour la CSU.

Citation suggérée. Barbara O'Hanlon et Mark Hellowell. Faciliter l'implication du secteur privé de la santé dans la réponse au COVID-19 : six défis politiques actuels. Genève. (2020)

Engagement du Secteur Privé dans la Réponse au COVID-19

David Clarke, Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS appelle tous les gouvernements à adopter une approche pangouvernementale intégrant l'ensemble de la société dans la réponse à la pandémie de COVID-19. Réduire la propagation du COVID-19 et mitiger son impact doit être une priorité pour les chefs d'états et leurs gouvernements.

La crise du COVID-19 mène à une augmentation de la demande pour des services et produits de santé qui place même les systèmes les mieux équipés sous pression. Les expériences récentes des pays avec les plus larges foyers épidémiques montrent que le secteur privé peut jouer un rôle crucial dans la réponse. S'associer avec le secteur privé de la santé requière que les gouvernements soient créatifs dans les types de partenariats adoptés, flexibles dans leurs applications de la règlementation, et stratégiques dans leurs tentatives de couvrir les frais. Il y a de nombreux risques et défis qui sont intrinsèques à la nécessité d'agir rapidement dans un contexte incertain mais, au bout du compte, la population en bénéficiera si les gouvernements agissent pour engager le secteur privé et travailler ensemble, comme partenaires, dans le combat contre la pandémie de COVID-19.

La réponse au COVID-19 doit être coordonnées avec les acteurs du secteur privé et de la société civile. L'OMS a développé un guide "Engager le Secteur Privé des Services de Santé dans la Réponse au COVID-19 : un Plan d'Action" afin d'aider les gouvernements dans leurs efforts pour engager le secteur privé dans le cadre d'une réponse à la pandémie intégrant l'ensemble de la société, et pour supporter les gouvernements dans leurs efforts pour maintenir les services de santé essentiels.

L'OMS est engagé à supporter les états membres sur la mise en œuvre de ce plan d'action dans les prochains mois, au travers de documents analysant les preuves, les meilleures pratiques et les différentes expériences. Cette analyse des défis constitue une fondation pour ce travail. Alors que les pays progressent au travers des différentes phases de la pandémie, nous allons fournir un support rapide, en temps réel, basé sur les preuves et taillé sur mesure afin d'améliorer l'engagement du secteur privé dans la crise du COVID-19. Dans l'avenir proche, ce travail va aider à établir de solides fondations pour des systèmes de santé robustes dans le monde post-COVID. Sur le long terme, cela va contribuer à relancer les efforts pour atteindre l'objectif de Couverture de Santé Universelle, alors que les pays travaillent afin de reconstituer, récupérer et réformer leurs systèmes de santé.

RÉSUMÉ

Ce document identifie et élabore les défis politiques auxquels les pays à bas et moyen revenu font face alors qu'ils cherchent à faciliter l'implication du secteur privé de la santé dans la réponse au COVID-19. La plupart des pays à bas et moyen revenu sont dans la phase d'endiguement de leur réponse à la pandémie, et de ce fait sont concentrés sur la détection rapide, l'isolation et le traitement de ceux infectés par la maladie, ainsi que la recherche et le dépistage des contacts. Dans cette phase, il y a six défis politiques qui ont été identifiées comme des priorités centrales:

1. Les pays sont incertains de comment inclure le secteur privé dans la planification de la réponse au niveau national;

2. La planification basée sur les ressources ne peut avoir lieu car des données critiques sur les ressources et capacités du secteur privé ne sont pas en possession du gouvernement;

3. Le secteur privé de la santé manque de certains éléments nécessaires pour jouer un rôle en tant que partenaire effectif du gouvernement dans la réponse;

4. Les législations d'urgence, aggravées par de faibles systèmes et régulations, limitent le rôle du secteur privé;

5. Les pays ne sont pas sûrs de savoir si, et comment, rembourser le secteur privé pour les services de santé fournis pendant l'épidémie; et

6. Les entreprises du secteur privé de la santé sont exposées à des pertes financières sérieuses, mais le gouvernement manque de critères clairs afin de fournir le support nécessaire.

En réponse à ces défis, l'Initiative de l'OMS pour le Secteur Privé de la Santé pendant le COVID-19 (WHO-PCI) va, dans ses futures recherches, identifier et synthétiser des exemples de bonnes pratiques d'engagements avec le secteur privé, et s'inspirer de ces exemples afin de fournir un support aux gouvernements des pays à bas ou moyen revenu en temps réel, basé sur les preuves et taillé sur mesure.[1]

"On appelle le secteur privé, ensemble, à développer un agenda pour le secteur privé et une ligne directrice afin d'avancer… Pas de temps à perdre… C'est une urgence. Nous (le secteur privé) devons être proactif"
- Tanzanie

[1]Pour l'une de ses premières actions, l'OMS a développé un guide intérim sur comment engager les capacités du secteur privé (l'espace, le personnel, le matériel et les systèmes) nécessaires pour une réponse du système de santé à l'urgence du COVID-19 (https://hsgovcollab.org/en/news/new-publication-engaging-private-health-delivery-sector-response-covid-19-plan-action).

CONTEXTE

La pandémie de COVID-19 menace de surcharger les systèmes de santé de beaucoup de pays. Les ministères de la santé cherchent à mobiliser leur secteur privé domestique de la santé[2] dans le cadre de leurs efforts nationaux pour contenir et atténuer la pandémie. De plus, les acteurs du secteur privé de la santé recherchent des moyens de contribuer à la réponse. Cependant, ils sont souvent mal positionnés pour travailler effectivement avec le gouvernement.

A l'heure d'écriture de cette analyse, la plupart des pays à bas ou moyen revenu sont dans la phase d'endiguement de l'épidémie, se concentrant sur la détection rapide, l'isolation et le traitement de ceux infectés par la maladie, ainsi que la recherche et le dépistage des contacts. Ils se préparent aussi à la phase de mitigation. Plusieurs pays à bas et moyen revenu se servent de cette période afin:

a. a. d'engager le secteur privé dans des activités d'endiguement (en particulier le dépistage); et
b. de préparer la phase de mitigation en permettant au secteur privé de soutenir les efforts nationaux, afin de mieux aborder la future hausse de la demande pour des soins de santé, alors que les transmissions communautaires du COVID-19 augmentent.

La nature et la sévérité des défis éprouvés pendant cette période peuvent changer suivant les pays. C'est dû au fait que les régimes préexistants de gouvernance du secteur privé diffèrent. Certains pays – en particulier ceux avec des systèmes d'assurance sociale étendus – ont des régimes de gouvernance relativement inclusifs en place, dans lesquels le secteur privé de la santé est déjà impliqué dans la provision de soins de santé à une majorité de la population. Un petit nombre de pays dans cette catégorie (e.g. Corée du Sud, Thaïlande, les Philippines) font face à moins / à de plus petits défis, pour l'instant, dans leurs engagements avec le secteur privé pour répondre au COVID-19. Cependant, pour plein d'autres pays, les relations avec le secteur privé sont à un stade moins avancé. Dans ce document, on se concentre sur les défis auxquels font face la majorité des pays, appartenant à cette seconde catégorie. Dans le futur, nous fournirons plus d'analyses sur ce que les pays à bas et moyen revenu, peu importe leurs régimes de gouvernance préexistants, peuvent apprendre des meilleures pratiques internationales dans ce domaine.

[2] On définit le secteur privé domestique de la santé comme tous les acteurs non-étatiques impliqués dans la livraison de produits et de services de santé dans un pays, incluant les entités à but lucratifs et non lucratifs, qu'elles soient dans le secteur formel ou informel.

OBJECTIF

Ce document vise à identifier et élaborer les défis auxquels les pays à bas et moyen revenu font face en ce moment alors qu'ils cherchent à mobiliser leur secteur privé domestique de la santé afin de soutenir la réponse nationale au COVID-19.

L'équipe de l'OMS a conduit une analyse complète de documents afin d'identifier et décrire ces défis. Cette analyse a été complétée par des données obtenus via des entretiens avec différents acteurs clés basés dans 12 pays (Ethiopie, Kenya, Nigeria, Ouganda, Afrique du Sud, Thaïlande, Inde, Sri Lanka, Pakistan, les Philippines, Corée du Sud, Iran). Nos interviewés incluent des employés des ministères de la santé et des instituts nationaux de santé publique, des entreprises du secteur privé de la santé et leurs organes représentatifs, des bureaux de l'OMS et de la Banque Mondiale, ainsi que des groupes académiques et des groupes de réflexion (voir annexe 1 pour l'échantillonnage).

DÉFIS

DÉFI 1

Les pays sont incertains de comment inclure le secteur privé dans la planification de la réponse au niveau national

Avant la pandémie, les pays se différenciaient dans l'étendue et la qualité de leurs dialogues public-privé. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces variations. Souvent, de tels dialogues ont été menés de manière ad hoc et opportuniste, basés principalement sur des connexions personnelles entre des responsables publics et des entreprises du secteur privé, plutôt que de manière systématique. Par exemple, en Ethiopie, lors des débuts du COVID-19 et des phases d'anticipation et d'endiguement, le gouvernement n'a pas cherché à contacter les entreprises du secteur privé de la santé, ni – d'après certains de nos interviewés venant du secteur privé local de la santé – n'a retourné les appels lorsqu'il a été approché par des acteurs privés.[3] Des problèmes similaires ont été rapportés par des interviewés au Nigeria et en Ouganda.

Dans les pays dans lesquels le secteur privé de la santé est mieux organisé (ex. organisé au sein d'associations professionnelles avec l'expérience de traiter directement avec les ministères de la santé et autres branches du gouvernement), ils n'ont pas eu besoin d'attendre que le gouvernement s'implique. Alors que les leaders du secteur privé voyaient la pandémie se déployer en Asie du Sud-Est et en Europe, ils ont organisé de multiples réunions entre eux afin d'identifier comment leurs membres pourraient soutenir le gouvernement pendant la crise. Certains pays, comme le Kenya, le Liberia, la Tanzanie et l'Ouganda, ont suivi un processus similaire afin de s'organiser eux-mêmes et commencer un dialogue avec le gouvernement en organisant des réunions internes, en collectant des informations sur les ressources et capacités de leurs membres, et en rencontrant des agents du gouvernement afin de cartographier les rôles potentiels du secteur privé.

DÉFI 2

La planification basée sur les ressources ne peut avoir lieu car des données critiques sur les ressources et capacités du secteur privé ne sont pas en possession du gouvernement

Avant la pandémie, beaucoup de pays à bas et moyen revenu manquaient de données basiques à propos du secteur privé de la santé. C'est toujours

[3] Au moment de la publication, cela a été résolu et le gouvernement est maintenant en faveur de travailler avec le secteur privé de la santé en Ethiopie.

largement le cas. Les évaluations du secteur privé de la santé ces dernières décennies ont toujours souligné le manque d'information dont disposent les gouvernements des pays à bas et moyen revenu sur le secteur privé de la santé. Les informations basiques ne sont pas collectées systématiquement, et ne sont souvent pas disponibles sous aucune forme, pour ce qui concernent des faits fondamentaux, comme le nombre ou le type d'établissements dans un pays, ou bien l'éventail de professionnels de santé, d'infrastructure et d'équipements présents dans ces établissements.

Avec l'apparition de l'épidémie de COVID-19, beaucoup de pays à bas et moyen revenu n'ont pas été capable de prendre une approche basée sur les ressources pour la planification de la phase de mitigation. Dans certains contextes, des groupes du secteur privé se sont mobilisés pour adresser ce manque de donnés en conduisant de rapides évaluations de leurs capacités et ressources (Kenya, Liberia, Ouganda, Tanzanie). Par exemple, le secteur privé a utilisé des approches simples pour collecter des données, allant de l'appel à tous les hôpitaux du secteur privé (Kenya), à l'envoi d'un email avec un tableau Excel à toutes les organisations membres, à la formation de groupes WhatsApp, comprenant des fédérations régionales privées du secteur de la santé afin qu'elles échangent des informations.

Cependant, ces données n'ont pas été indépendamment vérifiées. Leur étendue est limitée, se concentrant principalement sur les espaces (ex. capacité en soins intensifs), les personnels (e.g. les personnels de soins intensifs mais aussi quelques spécialistes tels que les pneumologues), et les équipements (e.g. équipements de protection personnelle, kits de tests, oxygène, ainsi que le nombre et la location de ventilateurs et de machines GeneExpert), et moins sur les systèmes (e.g. les protocoles de tris et d'orientation) ou sur les couts, les frais pour les patients et les paiements partagés. Cela dit, ces données ont aidé à structurer la conversation sur comment utiliser au mieux la capacité du secteur privé (Nigeria, Kenya) et ont commencé à démontrer aux gouvernements, souvent pour la première fois, à quel point les ressources du secteur privé peuvent devenir précieuses dans leurs stratégies de mitigation.

DÉFI 3

Le secteur privé de la santé manque de certains éléments nécessaires pour jouer un rôle en tant que partenaire effectif du gouvernement dans la réponse

Pour que le secteur privé de la santé soit effectivement engagé, le gouvernement a besoin d'assurer que les établissements privés ont les fournitures nécessaires pour : (a) fournir des soins de qualité aux patients et (b) protéger leurs employés de la maladie. A l'heure actuelle, les interviewés du secteur privé rapportent un manque d'accès à un certain nombre d'éléments requis, comme (i) des données sur la

progression locale de l'épidémie, (ii) des protocoles cliniques gouvernementaux, (iii) des formations et des mises à jour pour certains professionnels de santé clés (ex. médecins, infirmiers, anesthésistes et personnels auxiliaires) ; (iv) des produits critiques comme les médicaments, les kits de tests et autres matériaux de laboratoires, et des équipements médicaux ; (v) des équipements de protection personnelle.

Sans ces éléments, le rôle du secteur privé dans la réponse nationale sera limité – ex. les médecins et infirmiers refusent de travailler par peur de contracter le COVID-19 en l'absence d'équipements de protection personnelle, et la capacité du système de santé en est ainsi limitée.

DÉFI 4

Les législations d'urgence, aggravées par de faibles systèmes et régulations, limitent le rôle du secteur privé

Dans plusieurs pays avec des mesures de confinement strictes (ex. Ouganda, Nigeria, Inde), certains fournisseurs de soins de santé de première ligne – comme les pharmacies aux détails – ont été forcés de fermer à cause de problèmes d'approvisionnement, de manque de ressources humaines (ex. en Ouganda, la police permet aux employés d'aller au travail seulement s'ils peuvent résider sur place) et d'une baisse de la demande. Ailleurs, des réglementations ont exigé d'établissements privé de santé d'annuler certaines activités cliniques. Par exemple, en Inde, plusieurs centaines d'hôpitaux ont été désignés comme étant des hôpitaux COVID-19. Sous la législation d'urgence, ils ont été forcés d'annuler toutes les opérations non-urgentes en vue de conserver des ressources et des capacités pour l'augmentation prévue de la demande liée au COVID-19.

Cependant, alors que l'augmentation de la demande liée au COVID-19 n'a pas encore commencé dans certains pays (beaucoup en sont toujours à la phase d'endiguement et ont un nombre relativement bas de cas, et peu de personnes nécessitant une hospitalisation), le flux de revenu anticipé n'est pas encore arrivé. Alors que des règlementations concentrant les ressources sur les cas de COVID-19 peuvent être justifiées, il peut y avoir des conséquences non-anticipées pour les entreprises du secteur privé, dont certaines font déjà face à des conséquences financières sérieuses (voir défi 6 ci-dessous) ; et les gouvernements doivent penser minutieusement aux actions qui peuvent limiter encore plus les capacités du secteur privé durant la phase de mitigation.

La régulation des prix, bien que ce soit une bonne chose pour garantir l'accès des patients aux tests et aux traitements, peut réduire la volonté des entreprises de soins de santé à fournir des soins de santé essentiels – spécifiquement dans les pays où il n'y a pas de compensation via des fonds publics (c'est généralement le cas, pour le moment). Par exemple, en Inde, les frais des patients - régulés pour les

traitements liés au COVID-19 – sont, en soins intensifs, approximativement un septième du prix moyen sur le marché. Cela implique que les revenus marginaux provenant de ces traitements sont en dessous des couts marginaux – ce qui pourrait être une incitation à ne pas diagnostiquer ou gérer de cas de manière appropriée.

Dans beaucoup de cas, les régulations et systèmes pré-COVID-19 entravent la contribution du secteur privé dans la réponse au COVID-19. Les exigences pour la confidentialité du patient ne permettent pas d'utiliser la télémédecine. Les champs de pratique et les certifications RH ne permettent pas les mouvements d'employés (ex. en dehors ou au sein du pays), ou la réactivation de personnels retraités, ou la réassignation de personnels du public au privé. Les régulations gouvernant la compétition ne permettent pas aux fournisseurs de se coordonner pour assurer des économies d'échelles à l'achat. Les taxes d'importations et les frais de douanes sapent les efforts d'approvisionnement. Les processus des douanes concernant les médicaments et les équipements médicaux délaient les approvisionnements. Adresser ces barrières est critique.

Il y a également, bien sûr, des cas ou l'étendue des règlementations gouvernementales est trop limitée. Par exemple, dans certains pays, les établissements privés testent et traitent des patients atteints du COVID-19, mais les responsables politiques expriment des craintes concernant des signalements insuffisants de ces cas aux gouvernements (ex. en Ouganda, au Pakistan, en Afrique du Sud). En Inde, le secteur privé de la santé semble avoir échouer à notifier les cas de COVID-19 durant les premiers temps de l'épidémie. Il y a préoccupations que certains établissements de santé soient sujet à des incitations de ne pas notifier. Par exemple, il y a eu des rapports de patients soudoyant les personnels hospitaliers pour éviter l'isolation ou l'hospitalisation. Cependant, en Inde, sous une législation d'urgence de mi-mars 2020, le ministère de la santé s'est vu donner le pouvoir de saisir tout actif du secteur privé dans le cas d'échecs à notifier les cas aux autorités. Le secteur privé transmet maintenant les cas, d'après les acteurs locaux.

DÉFI 5

Les pays ne sont pas sûrs de savoir si, et comment, rembourser le secteur privé pour les services de santé fournis pendant l'épidémie

Dans certains pays, les entreprises du secteur privé de la santé font payer les prix du marché ou les prix règlementés pour les tests, l'isolation et le traitement du COVID-19. En Inde, où les établissements privés de santé ont une capacité substantielle de diagnostic et un solide système de laboratoires accrédités, les patients sont facturés 13.500 roupies (approximativement $180) pour trois tests. De plus, les patients peuvent être facturés 4.500 roupies pour un traitement lié au COVID-19 (environ $60 par jour

dans une unité de soins intensifs). En comparaison, au Pakistan, les patients sont facturés les prix normaux du marché pour ces services. Dans les deux cas, des iniquités dans l'utilisation des services et dans la protection financière sont le résultat – un défi qui peut seulement être résolu via une augmentation des financements publics au travers de subventions ou de contrats. En effet, au Pakistan, les gouvernements provinciaux discutent des stratégies d'achats et des arrangements de remboursements, au travers des commissions de soins de santé pertinentes, avec le secteur privé.

Dans d'autres pays, les traitements liés au COVID-19 sont fournis aux patients gratuitement – du fait d'une régulation formelle ou informelle du gouvernement. Comme le nombre de patients est pour l'instant bas, les entreprises du secteur privé n'ont pas vécu de pertes financières de grandes échelles, bien que la situation va changer quand les cas vont augmenter. Dans cette éventualité, comment les entreprises du secteur privé vont être dédommagées est peu clair. Un des interviewés, basé dans un pays d'Afrique, déclare que "*le gouvernement semble attendre du secteur privé de la santé qu'il fournisse des soins liés au COVID gratuitement dans le cadre de leur devoir patriotique*".

Au Pakistan et dans d'autres pays, où il y a eu des discussions sur le remboursement des fournisseurs, elles se sont concentrées principalement sur les donations en nature (ex. les kits de tests, les équipements de protection personnelle). Dans certains pays (ex. Inde, Afrique du Sud), le gouvernement a permis au secteur privé de pratiquer des factures à l'acte, bien que les prix soient régulés (limités). Mais, comme un interviewé l'a dit, il y a une volonté limitée de fournir ce type de traitement pour de tels patients: "*traiter des patients atteints du COVID est risqué car c'est difficile d'estimer le cout, à cause de la variabilité des contributions… le prix n'arrête pas de changer parce que la chaine d'approvisionnement est brisée*!" (Leader du secteur privé kenyan).

Dans certains pays, lorsque les arrangements afin de dédommager la prise en charge de patients atteints du COVID-19 n'est pas clair, les établissements privés ont décliné de s'associer avec le gouvernement dans la réponse au COVID-19 et / ou refusent de soigner des patients atteints du COVID-19 (ex. Bangladesh, Inde et Ouganda). En Ouganda, des partenaires privés clés – les organisations confessionnelles – ont décliné l'invitation d'agir en tant que centre d'isolement pour le COVID-19 sur le motif présumé que le gouvernement n'est pas fiable comme acheteur. Au Bangladesh, les hôpitaux privés refusent les patients atteints du COVID-19 parce qu'il n'y a aucun remboursement des fournisseurs.

DÉFI 6

Les entreprises du secteur privé de la santé sont exposées à des pertes financières sérieuses, mais le gouvernement manque de critères clairs afin de fournir le support nécessaire

Du fait de la pandémie de COVID-19, beaucoup d'entreprises du secteur privé de la santé dans les pays à bas et moyen revenu font face à une large réduction de la demande pour leurs services, résultant en une baisse de leurs revenus. Certains leaders du secteur privé de la santé interviewés ont exprimé leur peur grandissante que beaucoup de petites et moyennes entreprises de santé (praticiens individuels, petits hôpitaux, laboratoires individuels ou pharmacies aux détails) ne survivent pas à la pandémie sans aucune forme de soutien économique. Alors que ces fournisseurs constituent une source importante de soins et de produits de santé essentiels pour la population, le manque de demande est un problème sérieux, indiquant que certains patients renoncent aux soins dont ils ont besoin, même des soins urgents. De plus, la fermeture d'établissements peut avoir des effets à long terme sur la santé publique.

La contraction du secteur privé de la santé résulte de la convergence de plusieurs facteurs. Quand les régulations gouvernementales requièrent que les établissements de santé repoussent les services de santé non-urgents / non-essentiels pour une période indéterminée, les revenus diminuent. Sous des conditions d'isolement, beaucoup de patients avec des besoins non liés au COVID-19 ne peuvent pas, ou sont réticents à, aller à la clinique ou l'hôpital. Les perturbations économiques réduisent les capacités et les volontés des individus et des ménages de payer directement pour des soins quels qu'ils soient. Finalement, le nombre de ceux avec des assurances publiques ou privées diminue en lien avec les pertes d'emploi dans le secteur formel, réduisant d'autant plus la demande de soins.

Dans les pays à bas ou moyen revenu qui expérimentent ce défi, les gouvernements sont sous pression pour fournir des subventions ou autres formes de support afin d'assurer la viabilité financière des entreprises du secteur de la santé. A l'heure actuelle, cependant, il n'y a pas de critère clair pour prendre des décisions sur quelle entreprise serait qualifiée pour recevoir l'aide du gouvernement. Sans critère approuvé, les fonds publics vont probablement être mal employés. Les entreprises de santé les mieux connectés pour être favorisées pour recevoir des fonds. Bien que ce soit des entreprises importantes, celles qui fournissent des produits et des services de santé essentiels à la population pourraient y perdre. Aucune analyse claire existe sur les conditions dans lesquelles le gouvernement peut appliquer des arrangements pour supporter ces entreprises (e.g. volume de patients garantie, avantages fiscaux, subventions) afin d'améliorer l'endiguement et la mitigation du COVID-19, et / ou accélérer les progrès, sur le plus long terme, vers des objectifs de renforcements des systèmes de santé, tels que la Couverture de Santé Universelle (CSU).

PROCHAINES ÉTAPES

Les défis sans précèdent soulevés par la pandémie de COVID-19 appelle pour une action sans précèdent des gouvernements des pays à bas et moyen revenu, et un support approprié venant de l'OMS.

Heureusement, l'OMS est bien positionnée pour aider. Les six défis politiques soulignés dans cette analyse sont liés de près aux défis traditionnels auxquels les gouvernements font face dans l'engagement avec le secteur privé de la santé. Des bonnes pratiques, ainsi que diverses ressources et outils existent déjà pour soutenir les pays à gouverner le secteur privé de la santé de manière appropriée. L'OMS peut rendre ces ressources disponibles. De plus, l'OMS est bien placée pour aider les gouvernements à apprendre efficacement de l'expérience d'autres pays qui ont progressé plus loin dans les différentes phases de la pandémie de COVID-19.

Les défis prioritaires mis en avant dans ce rapport vont guider les futures activités des employés de l'OMS, à tous les niveaux, qui donnent des conseils aux ministères de la santé des Etats Membres dans leurs efforts pour endiguer et mitiger le COVID-19.

A PROPOS DE CE PROJET

Pour plus d’information sur ce travail, merci de contacter David Clarke, clarked@who.int

ANNEXE 1

Echantillonnage

LISTE DE PAYS	REPRÉSENTATION	
	Secteur privé	Secteur public
Ethiopie	6 individus	2 représentants du ministère de la santé
Kenya	4 fédérations nationales	1 employé de l'OMS en région
Nigeria	1 fédération régionale	2 bureaux pays de l'OMS
Ouganda		1 bureau pays de la Banque Mondiale
Afrique du Sud		1 groupe de reflexion, basé sur les pays à bas et moyen revenu, sur la politique de santé
Thaïlande		
Inde		
Sri Lanka		
Pakistan		
Philippines		
Corée du Sud		