Projet Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti — Pwojè Djanm

Analyse de Coûts du Paquet Minimum des Services de sante (PMS) d'Haïti 2011

Analyse de Coûts du Paquet Minimum des Services de Sante (PMS) d'Haïti, 2011

Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti — Pwojè Djanm
Contract No: GHS-I-00-07-00006-00
Order No: GHS-I-01-07-00006-00

Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: 617.250.9500
www.msh.org

Management Sciences for Health – Haiti
27, Frères 31, route de Frères, Delmas 105
En face rue La Pépinière
Pétion-Ville, Haiti
Téléphone: 509.2510.9901 @ 9902

Website: www.msh.org

mshhaiti@mshhaiti.org

Les auteurs principaux sont Marion Cros, Consultante Indépendante, Dr. Louise Estavien, Consultante SDSH, et Dr. Pascal Patrick Saint Firmin, Spécialiste en Financement de la Santé, SDSH, Dr. Georges Dubuche, Conseiller Technique Senior, SDSH.

Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti / Pwojè Djanm: Analyse de Coûts du Paquet Minimum (PMS) à Haïti, 2011 Cambridge MA: Santé pour le *Développement et la Stabilité d'Haïti—Pwojè Djanm*; Management Sciences for Health, 2012.

Published in October 2012. This publication has been supported by the United States Agency for International Development (USAID) under Contract No. GHS-I-00-07-00006-00. The contents are the responsibility of SDSH and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

Contents

Liste des Tableaux 4
Liste des Graphiques 5
Remerciement 7
Executive Summary in English 8
Résumé en Français 13
1. Introduction 19
2. Objectifs 21
3. Méthodologie 23
3.1. Outils de Coût Utilisé 23
3.2. Le Développement des Feuilles de Calcul 24
3.3. Liste des Services 25
3.4. Les scénarios de CORE Plus 28
3.5. L'Echantillon 31
3.6. Année d'Analyse 32
3.7. Collecte des Données 33
4. Résultats de l'Analyse de Coût des ONG et des Zones Ciblées 35
4.1. Population Desservie 35
4.2. Utilisation Totale 36
4.3. Utilisation Totale Par Type de Service 37
4.4. Coûts totaux des services du PMS 38
4.5. Coûts Totaux par Type de Service 39
4.6. Coûts Totaux par Entrée 40
4.7. Personnel 42
4.8. Coût Par Programme 43
4.9. Utilisation Projetée et Accès 45
4.10. Projection des Coûts Totaux 46
4.10. Coût Moyen Annuel du PMS par Personne 47
4.11. Coût Moyen De Services du PMS 49
5. Limitations 54
6. Conclusion 57
7. Recommandations 59
8. Bibliographie 60

9. Annexes 62

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Liste des services en institution, 2011 26
Tableau 2 : Liste des services communautaires, 2011 28
Tableau 3 : Définition des scénarios de CORE Plus 29
Tableau 4 : Répartition des PPS de l'échantillon 31
Tableau 5 : Type d'information collectée pour l'étude de coût 34
Tableau 6 : Population Desservie par l'Echantillon des 26 PPS 36
Tableau 7 : Utilisation totale des services du PMS de l'échantillon, 2011 37
Tableau 8 : Utilisation totale de l'échantillon, désagrégée par type de service, 2011 37
Tableau 9 : Coûts totaux du PMS de l'échantillon, 2011 39
Tableau 10 : Coûts totaux de l'échantillon, désagrégés par type de service, 2011 39
Tableau 11 : Comparaison des coûts totaux de l'échantillon (HTG), par entrée, 2011 41
Tableau 12 : Utilisation réelle et projetée des services de santé de l'échantillon 46
Tableau 14 : Coût moyen annuel par personne du PMS par niveau et type de contrat, 2011 48
Tableau 16 : Coût unitaire moyen du PMS par niveau et type de contrat, 2011 50
Tableau 17 : Comparaison du coût moyen de quelques services, 2011 52

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Utilisation totale de l'échantillon, par type de service (%), 2011 37
Graphique 2 : Coûts totaux de l'échantillon, désagrégés par type de service (%), 2011 40
Graphique 3 : Comparaison des coûts totaux de l'échantillon (%), par entrée, 2011 41
Graphique 5 : Coûts Totaux du PMS de l'échantillon, par Programme (%), 2011 44
Graphique 6 : Accès aux services de santé dans les PPS de l'échantillon, 2011 45
Graphique 7 : Coûts actuels et projetés du PMS, par entrée, 2011 46
Graphique 8 : Coût moyen réel et standard du PMS par personne de l'échantillon, 2011 49
Graphique 9 : Coût unitaire d'une consultation prénatale par entrée dans les CSL d'ONG et des ZC, 2011 51

Liste des Acronymes

CAL	Centre de Santé avec Lit
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CSL	Centre de Santé sans Lit
DOSS	Direction de l'Organisation des Services de Santé
GHT	Gourdes Haïtiennes
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
IHIS	Institut Haïtien d'Informations Sanitaires
INASSA	Internationale Assurance S.A
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LMS	Leadership, Management and Sustainability
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONA	Office National d'Assurance Vieillesse
ONG	Organisation Non Gouvernementale
SDSH	Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PMS	Paquet Minimum de Services
PROMESS	Program on Essential Medicine and Supplies
PSPI	Paquet de Services Prioritaires Intégrés
PTME	Prévention de la Transmission Mère
SCMS	Supply Chain Management System
UCG	Unité de Coordination Sanitaire
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USAID	L'Agence Américaine pour le Développement Internationale
VIH/SIDA	Virus Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise
ZC	Zone Ciblée

Remerciement

Nous voudrions remercier Chutima Suraratdecha, Responsable Technique Senior en Economie de la Santé et David Collins, Conseiller Techniques Senior en Financement de la Santé à MSH pour leur appui dans l'analyse des données ainsi que Zina Jarrah, Conseillère Technique Senior pour son aide dans le développement du modèle CORE Plus Haïti.

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements aux Directeurs et Responsables Techniques et Financiers des ONG du Réseau de SDSH qui ont pris part à cette étude et au développement de CORE Plus Haïti. Pour des raisons de confidentialité, nous ne mentionnerons pas leurs noms, mais nous espérons qu'elles se reconnaitront. Nous les remercions pour leur patience et coopération pendant la collecte et l'interprétation des données. Nous leur devons énormément. Nous voudrions également remercier le Dr. Emmanuel Tinord et Evens Fleurant, Responsables Technique et Financier du Département du Nord-Est, Dr. Carline Victor et Rose Carmel Raphaël Noël, Responsables Technique et Financier du Nord, le Dr. Carline Abellard et Sandro Garçon, Responsables Technique et Financier du Département de l'Ouest, et le Directeur Technique des Départements du Nord et Nord-Est, Patrick Dimanche pour la supervision de la collecte des données techniques et financières dans les Points de Prestations des Zones Ciblées. Sans eux, la collecte des données des zones ciblées n'aurait pas pu se faire aussi rapidement. Un grand merci à Pascale Belneau, Spécialiste des Contrats, SDSH et Mr Edwly Jean, UGP/SDSH pour la saisie des données. Nous tenons à remercier les Directeurs Départementaux du Nord, Nord-Est et Ouest, respectivement Dr Ernst Robert Jasmin, Dr Pierre Jean Denis, Dr Hanz Legagneur, qui ont facilité la collecte des données des zones ciblées.

Les résultats de cette étude n'auraient jamais vus le jour sans la guidance du Chef de Projet SDSH, Dr. Kathy Katengwa, du Chef de Projet Adjoint, le Dr. Serge Conille et sans les précieux conseils de toute l'équipe technique de SDSH. Nous tenons à remercier Bernateau Desmangles, Marie-Florence Placide, Mireille Ducheine, Sandra Theleys de l'Unité de Gestion et de Planification pour leur aide dans l'interprétation des données d'utilisation ; Mme Elsie Jean-François, Directrice de l'Unité Santé Infantile et Santé Communautaire, Martha Telfort, Directrice des Formations, Nelta Joseph Charles, Conseillère Technique en Santé Communautaire, Dr. Ermane Robin, Directeur de l'Unité VIH/SIDA et TB, Dr. Emmanuel Salnave, Conseiller Technique en VIH/SIDA/TB, Mme Paula Brunache, Conseillère Technique en PTME/CDV, Les Drs. Jean Gardy Fils et Fritz Lolagne, Conseillers Techniques en Santé Reproductive et Planning Familial pour le développement des standards de CORE Plus Haïti. Nous voudrions également faire part de notre gratitude aux Unités Financière et des Contrats, SDSH, dirigées par Philippe Jean et Augustin Gerald pour leur appui dans l'interprétation des données financières et Mme Pierre Laurence pour la bonne coordination logistique pendant cette étude.

Un grand merci à l'équipe d'USAID, Port au Prince, qui a permis le financement de cette étude.

Executive Summary in English

Since the Earthquake, the Haiti Ministry of Health and Population (MSPP), with support from the International Community, has been striving to rebuild and reform its health system. Despite these efforts, health indicators in Haiti lag behind its regional neighbors (WHO, 2011). The maternal mortality ratio in Haiti is 630 deaths per 100,000 live births (MSPP, 2011) compared to a regional ratio of 66, while the under-five mortality rate is 87 deaths per 1000 live births, nearly five times higher than the regional average of 18 (WHO, 2011). In January 2012, the Haiti MSPP organized a retreat to determine the next key priorities of its National Health Policy. Health financing was identified as one of its core strategic components. Analyzing the costs of the Minimum Package of Health Services (Paquet Minimum de Services - PMS) is critical to understand how much resources are needed to provide basic health services pertaining to the Millennium Development Goals (MDGs) on maternal and child health.

In July 2011, « Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti » (SDSH), a project funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) commissioned a costing study of the Minimum Package of Health Services (PMS). SDSH contracts 27 Non-Governmental Organizations (NGOs) to provide the PMS in 77 delivery points (PPS), i.e., dispensaries, health centers without beds (CSL) and health centers with beds (CAL). SDSH also supports District Health Authorities in contracting with 21 "Targeted Areas" (TA) to provide the PMS in 70 PPS. One TA includes 2 to 4 facilities and is overseen by one Nurse in Charge. Facilities in "Targeted Areas" are managed by the MSPP and located in areas that have difficult access to health services (due to geography). In addition TA facilities receive technical and financial support from SDSH. NGO facilities have participated in performance based financing (PBF) mechanisms since 1998 and receive a bonus should they meet the targets defined in their contract in terms of maternal and child health services. Targeted areas facilities joined the PBF mechanism between 2009 and 2011.

This costing study was initially launched to evaluate the costs of the PMS at facility level to allow NGO and TA facilities to better plan and budget for their services based on the needs of their facilities' catchment population. The underlying objective was to determine the unit PMS cost to support the MSPP in the establishment of financing mechanisms.

Methodology

The sample of this costing study encompasses 26 Points of Delivery (PPS), including 5 Dispensaries, 12 Health Centers without Beds (CSL) and 9 Health Centers with Beds (CAL). Out of 26 PPS, there are 16 NGO facilities and 10 TA facilities. NGOs were selected on a voluntary basis and located in rural, urban and metropolitan areas in the West, North and Northeast and TA's facilities were selected from the same districts. Average catchment population served by the sample of NGO and TA dispensaries are respectively 16 129 and 16 986 inhabitants, the population served by NGO and TA CSL are respectively 57 418 and 31 736 inhabitants and the population served by NGO and TA CAL respectively 62 594 and 36 967 inhabitants. The average population of TA CSL and CAL is usually lower because of

limited accessibility. The analysis was conducted using the CORE Plus (Cost and Revenue) tool, which is a spreadsheet-based tool developed by MSH to determine costs of integrated primary health care services. It is a bottom-up costing tool that allows the user to estimate an actual and standard cost for each intervention, broken down by drugs, lab tests, and medical supplies and staff inputs 'costs. Costs associated with heavy equipment and NGO management (Head Office) are excluded. Standard Costs are based on the Standard Treatment Guidelines (STG) for each service, based on MOPH protocols. STG pertain to improved quality through standardization of clinical input and include the required technical staff time, quantity of drug(s), lab test(s) and furniture to provide quality services. Technical staff's standard salary is from MOPH salary grid (Grille Indiciaire, MSPP, 2011). Standard costs for services are estimated based on a projected utilization level, which is calculated by applying incidence or prevalence rates for each service to the facility's catchment population. CORE Plus was customized to Haiti and includes a list of 54 services provided at facility level and 20 services provided at community level through outreach and fixed posts.

Results

Utilization of the PMS services

Total utilization of PMS services is 18 255 in NGO dispensaries (SD: 520; Range: 17,651 - 18,860) and 24,514 in TA dispensaries (SD: 16,416; Range: 9,864 - 42,256). NGO CSL provide an annual utilization of 49,842 PMS services (SD; 17,851, Range: 19,543 - 72,773) against 45,372 for CSL in TA (SD: 13,979; Range: 24,026 - 62,939). The annual utilization of PMS services in NGO CAL is 64,388 (SD: 35,893, Range: 22,750 - 122,840) and 39,746 in TA CAL (SD: 12,616, Range: 28,019 - 53,100).

Costs of the PMS services

Overall, CAL incurred 209% higher than dispensaries and 62% higher costs than CSL . Total Cost of the PMS is 3,199,007 HTG in TA Dispensaries (SD: 597,180; Range: 2,625,494 - 3,817,329) and 2,770,621 HTG in NGO Dispensaries (SD: 430,902; Range: 2,465,927 - 3,075,315). Costs of PMS services are 5,997,480 HTG in NGO CSL (SD: 5,938,917; Range: 2,602,143 - 20,588,784) and 5,373,207 HTG in TA CSL (SD: 2,259,838; Range: 3,265,746 - 7,950,657). Total costs of NGO CAL are 10,425,908 HTG (SD: 5,249,873: Range: 4,643,801 - 19,458,839) and 8,018,278 HTG in TA CAL (SD: 4,615,263; Range: 4,891,175 - 13,279,305). TA spent more on HR both in magnitude and percentage of total costs. TA facilities allocate 2/3 of their total expenditures to Human Resources (HR) while NGO spent more drugs, lab consumables, medical furniture and operating costs and allocated only 45% of their total expenditures to HR.

Technical staff

NGO and TA Dispensaries have a similar number of community health workers and qualified community staff (Community nurse/auxiliaire). Sampled NGO and TA Dispensaries have between 1 and 2 institutional qualified staff except 2 TA dispensaries that have 4 institutional qualified staff. Overall TA CSL have more staff than NGO CSL because TA CSL have twice

more community health workers than NGO CSL but NGO CSL have more qualified institutional staff. TA and NGO CAL have a similar number of qualified community staff and community health workers but TA CAL have fewer qualified institutional staff.

PMS Cost Per Capita

The annual PMS cost per capita is 173 HTG in NGO dispensaries (SD: 35; Range: 148-197) and 294 HTG in TA dispensaries (SD: 172; Range: 108-445). The PMS annual cost per capita is 101 HTG (SD: 49; Range: 66 - 242) in NGO CSL and 194 HTG (SD: 52; Range: 108 - 245) in TA CSL. The annual PMS cost per capita in NGO CAL is 207 HTG (SD: 129; Range: 92 - 453), against 252 HTG (SD: 121; Range: 124 - 366) in TA CSL. The comparison of the annual PMS cost per capita by district highlights costs variations by district. However, the sample does not have enough PPS to analyze the costs by district.

Assuming that 100% of the sample's catchment population received services, the projected annual average cost of the PMS per capita is estimated at HTG 284 in NGO dispensaries (SD:0; Range:284 - 284) and 298 HTG in TA dispensaries (SD: 85; Range: 210 - 381). The projected PMS cost per Capita is 498 HTG in NGO CSL (SD: 22; Range: 478 - 544) and 521 HTG in TA CSL (SD: 42; Range: 483 - 578). The projected PMS cost per capita is 448 HTG in NGO CAL (SD: 52; Range: 486 - 630) and 423 HTG in TA CAL (SD: 70; Range: 490 - 619).

Average PMS cost per service

The average PMS cost per service in NGO and TA dispensaries is respectively 152 HTG (SD: 47; Range: 131 - 174) and 168 HTG (SD: 90; Range: 90 - 266). Unit cost of the PMS in NGO and TA CSL is respectively 122 HTG (SD: 88; Range: 63 - 283) and 156 HTG (SD: 62; Range: 108 - 256) and respectively 195 HTG (SD: 129; Range: 93 - 380) and 194 HTG (SD: 50; Range: 154 - 250) in NGO and TA CAL. In terms of cost for each PMS program service, cost per service varies by type of management and facility. For example, an antenatal care visits costs respectively 156 HTG, 182 HTG and 206 HTG in NGO dispensaries, CSL and CAL and 273 HTG, 310 HTG and 279 HTG in TA dispensaries, CSL and CAL. Short Term Family Planning services (Condoms, Pills, Injections) costs respectively 226 HTG, 218 HTG and 196 HTG in NGO dispensaries, CSL and CAL but 228 HTG, 218 HTG and 203 HTG in TA dispensaries, CSL and CAL. Malnutrition services costs respectively 1,118 HTG, 1,264 HTG and 1,168 HTG in NGO dispensaries, CSL and CAL but 1501 HTG, 1,533 HTTG, 1,548 HTG in TA Dispensaries, CSL and CAL and TB services costs respectively 593 HTG and 1,576 in NGO CSL and CAL but 4,980 and 3,030 HTG in TA CSL and CAL.

Assuming that 100% of the catchment population received services, the projected average unit cost of the PMS is respectively 102 HTG (SD: 0; Range: 102 - 102) and 118 HTG (SD: 76; Range: 83 - 150) in NGO and TA dispensaries. The projected average unit cost of the PMS is 195 HTG (SD: 8; Range: 184 - 208) and 192 HTG (SD: 12; Range: 179 - 195) in NGO and TA CSL. The projected average unit cost of the PMS is 195 HTG (SD: 15; Range: 175 - 218) and 186 HTG (SD: 13; Range: 174 - 199) in NGO and TA CAL. The projected unit cost of an antenatal care visit is respectively 106 HTG, 219 HTG and 231 HTG in NGO dispensaries,

CSL and CAL and 131 HTG, 260 HTG, 218 HTG in TA dispensaries, CSL and CAL. The projected unit cost of a Short Term Family Planning service (Condoms, Pills, Injections) is respectively 316 HTG, 287 HTG, 292 HTG in NGO Dispensaries, CSL and CAL and 305 HTG, 289 HTG and 293 HTG in TA Dispensaries, CSL and CAL. The projected unit cost of a Malnutrition service is respectively 1,501 HTG, 1,533 HTG and 1,548 HTG in NGO dispensaries, CSL and CAL but 1,540 HTG, 1,561 HTTG, 1,551 HTG in TA Dispensaries, CSL and CAL. The projected unit cost of a TB service is respectively 2,074 HTG and 2,302 HTG in NGO CSL and CAL but 2,113 HTG and 2,175 HTG in TA CSL and CAL.

Conclusion

Total utilization of the PMS services is higher in NGO dispensaries than in TA Dispensaries and was influenced by one TA dispensary with high utilization due to high catchment population. Total utilization of PMS services is higher in NGO CSL and CAL than in TA because most NGO CSL and CAL samples were from urban and metropolitan areas, which tended to have higher utilization rate.

Total costs of TA dispensaries are 15% higher than that of NGO dispensaries because their HR cost are almost double of NGO dispensaries because 2 TA dispensaries have twice the number of institutional qualified staff. NGO CSL and CAL have respectively12% and 30% higher total costs than those of TA CSL and CAL but labor costs in sampled TA are higher in magnitude and percentage of total costs than the NGO sample. Labor costs are varied by management and facility types. On average TA CSL have a higher number of staff than NGO CSL which might lead to higher labor cost. NGO CAL have more staff than TA CAL but the wage rate at TA CAL tends to be higher than that of NGO CAL, which may drive labor costs in TA CAL. Compared to TA samples, NGO samples seem to effectively utilize human resources, which could result from the nature of the contract mechanisms. NGO have been participating in PBF over the last 14 years, inclining them in managing their resources in a more efficient way to reach their target health services indicators. TA facilities have recently joined the PBF mechanism and are less conversant with PBF mechanisms, i.e., efficient management; innovation and results oriented.

The average PMS Cost per capita is higher in TA facilities because TA dispensaries have higher total cost and about the same size of catchment population for NGO Dispensaries. Although TA CSL and CAL have a smaller catchment population than that of NGO, their total cost is relatively high. That the projected average PMS cost per capita is higher than the actual average PMS cost per capita was driven by total costs. It is difficult to compare the unit cost of the PMS by level and management type because each facility offered a different mix of services. Overall the unit cost of services tends to be slightly more expensive in sampled TA samples compared to NGO. Higher unit costs were driven by higher labor costs and lower utilization. Some services are more expensive in CSL than in CAL because of low utilization. It is recommended that the cost estimates should be based on the standard unit cost of each PMS Service (cf. annex) derived from the projected utilization (estimated by multiplying catchment population by each disease's prevalence rate) and standard cost. The comparisons of standard unit costs between TA and NGO samples show fewer variations

because inputs are standardized. Remaining variations are explained by operating and administrative labor costs which are different in TA and NGO facilities and are not standardized.

Results need to be carefully interpreted and generalization of findings is not possible because of limited sample distribution by district and area. In addition, participation of NGO was based on their willingness to participate. These NGO are likely to have a better information system and report higher utilization rates than the average NGO and TA facilities. In addition, 2 out of 3 TA CAL are supported by other organizations in addition to SDSH and have a mixed management, explaining relative high HR costs trend for the TA CAL sample. Additional challenges were the under-reporting of some services and the absence of a financial report at facility level. To address this, both MSPP and SDSH utilization data were collected to validate utilization patterns of some services. As for financial data, NGO audits and global financial reports were used when available, and in other cases, budgets submitted to SDSH. Catchment population was used as an allocation basis to distribute non-personnel recurrent expenditures across NGO facilities.

Recommendation

Based on the findings and limitations, we suggest increasing the sample size to determine the unit costs of individual PMS services by level and management type to cover all possible districts and areas. Actual and standard unit cost of services provides an insight on the unit cost of individual services, but results cannot be generalized. In the future, it is recommended that the unit costs of services be based on standard costs and 100% utilization to guide the PMS pricing policy and health insurance premiums to ensure quality clinical inputs of PMS services.

MSPP, with support from donors, are exploring the establishment of a capitation payment system, whereby NGO and TA health facilities would be reimbursed based on the PMS average cost per capita in order to stimulate higher PMS services outputs. Because the findings showed variation of costs by district and geography, it is suggested to increase the size of the sample to estimate the average PMS cost by district and geographical areas for future use. Although the reimbursement mechanisms should rely on the projected PMS cost per capita with the utilization rate at 100% of the needs, it is not likely to happen in the near future because of limited resources. Also, increasing the level of PMS funding towards NGO and TA that do not have financial management system and a low absorption capacity might be risky and inefficient. A facility financial reporting system should be developed to produce more accurate PMS per capita estimate to serve as a baseline for improving PMS per capita estimates in the future.

This study is one of the first attempts to examine the comparative cost and utilization of NGO contracting and MOPH contracting mechanisms for delivering the PMS in Haiti. As the MSPP examines alternative strategies in both financing and service provision of the PMS, further work looking at the determinants of technical efficiency in contracting mechanisms will help provide information to strengthen existing mechanisms and future directions.

Résumé en Français

Depuis le tremblement de terre de 2010, le Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) s'est efforcé de reconstruire et de réorganiser son système de santé avec l'appui de la communauté internationale. Malgré ces efforts, Haïti reste derrière la moyenne des pays d'Amérique Latine sur le plan des indicateurs de santé (OMS, 2011). L'indicateur de mortalité maternelle en Haïti est de 630 décès pour 100.000 naissances vivantes (MSPP, 2011) par rapport au ratio régional de 66, tandis que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 87 décès pour 1000 naissances vivantes, est près de cinq fois plus élevé que la moyenne régionale de 18 (OMS, 2011). Au cours des derniers états généraux du MSPP en Janvier 2012, le gouvernement d'Haïti a identifié le système de financement de la santé comme un secteur prioritaire devant contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population haïtienne. Analyser les coûts du Paquet Minimum de Services de Santé (PMS) est une activité primordiale pour comprendre combien de ressources sont nécessaires pour offrir des services de base aux populations et contribuer aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé maternelle et infantile.

En Juillet 2011, « Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti » (SDSH), un projet financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a été commissionné pour la conduite d'une étude de coûts du PMS. SDSH contractualise 27 Organisations Non Gouvernementales (ONG) offrant le Paquet Minimum de Services (PMS) dans 77 sites au sein de Dispensaires, Centres de Santé Sans lits (CSL) et Centres de Santé avec Lits (CAL) répartis dans les 10 départements d'Haïti. SDSH appuie également les autorités sanitaires des départements dans la contractualisation avec 21 « zones ciblées » - ZC, pour offrir le PMS au sein de 70 PPS. Une ZC inclut 2 à 4 Point de Prestation (PPS) et est supervisée par une infirmière responsable. Les PPS des ZC sont gérés par le MSPP et localisées dans des zones difficiles d'accès géographique. Ces ZC reçoivent également un appui technique et financier de SDSH. Les ONG de cet échantillon font partie du mécanisme de financement basé sur la performance depuis 1998 et reçoivent un bonus, à la condition que les cibles des services de santé soient atteintes à la fin de leur contrat. Les PPS des ZC ont rejoint ce mécanisme entre 2009 et 2011.

L'objectif de cette étude de coût était d'évaluer les coûts du PMS par PPS pour permettre aux ONG et aux ZC de planifier et budgétiser sur la base des besoins de la population. L'objectif sous-jacent était de déterminer le coût unitaire du PMS pour appuyer le MSPP dans la mise en place de mécanismes de financement de la santé.

Méthodologie

L'échantillon de l'étude de coût comprend 26 Points de Prestation (PPS), dont 5 Dispensaires, 12 CSL et 9 CAL. Sur les 26 PPS, 16 PPS sont gérés par des ONG et 10 PPS par des ZC. Les ONG ont été sélectionnées sur une base volontaire et offrant toutes les composantes du PMS. Ces ONG se trouvaient dans l'Ouest, le Nord et le Nord-Est et les PPS des ZC ont étés sélectionnés dans les mêmes départements. L'échantillon comprend des PPS de zone rurale, urbaine et de la métropole. Les populations moyennes desservies par

les dispensaires des ONG et des ZC sont respectivement de 16 129 et de 16 986 habitants, les populations moyennes de desserte des CSL des ONG et des ZC respectivement de 57 418 et 31 736 habitants et les populations desservies par les CAL des ONG et des ZC de 62 594 et 36 967 habitants. La population moyenne des CSL et CAL des zones ciblées est plus faible car l'accès est plus difficile.

L'analyse de coût a été réalisée en utilisant CORE Plus, qui est un outil Excel développé par MSH avec financement de l'USAID pour déterminer les coûts de paquets de soins de services essentiels. CORE Plus permet d'estimer un coût réel et standard pour chaque intervention, ventilé par le coût des médicaments, des tests laboratoire, des fournitures médicales et du personnel. Les coûts associés à l'équipement lourd et la gestion des ONG (siège social) sont exclus. Les coûts standards des services sont déterminés dans des feuilles de calcul sur la base de normes définies par les protocoles du MSPP et contribuent à améliorer la qualité des services du PMS grâce à la standardisation des entrées cliniques. Ces feuilles de calcul incluent le temps nécessaire du personnel technique, la quantité de médicaments, de tests de laboratoire et de fourniture pour fournir des services de qualité. Le salaire standard du personnel technique se base sur la grille de salaire du MSPP 2011 (Grille Indiciaire, MSPP, 2011). Les coûts standards sont estimés sur la base de l'utilisation projetée, calculée en appliquant les taux d'incidence ou de prévalence pour chaque service à la population desservie du PPS. CORE Plus a été adapté à Haïti et comprend une liste de 54 services fournis au niveau institutionnel ainsi que 20 services fournis au niveau communautaire à travers les postes de rassemblement et les postes fixes.

Résultats

Utilisation des Services de Santé du PMS

Les niveaux d'utilisation totale des services de santé sont de 18 255 dans les dispensaires des ONG (ET : 855 ; Etendue : 17 651- 18 860) et de 24 514 dans les dispensaires des ZC (ET : 16 416 ; Etendue : 9 864 – 42 256). Les CSL gérées par les ONG ont une utilisation totale moyenne de 49 842 services (ET : 17 851 ; Etendue : 19 543-72 773) contre 45 372 pour les CSL des zones ciblées (ET : 13 979 ; Etendue : 24 222 – 55401). L'utilisation totale moyenne des services dans les CAL gérés par des ONG est de 64 388 (ET : 35 893 ; Etendue : 22 750-122 840) et de 39 746 dans les CAL des ZC (ET : 12 616 ; Etendue : 28 019-53 100).

Coûts Totaux du PMS

Les CAL ont des coûts totaux 209% plus élevés que les dispensaires et 62% plus élevés que les CSL. Le coût total du PMS dans les dispensaires des ZC est de 3 199 007 HTG (ET: 597 180; Etendue: 2 625 494-3 817 329) et de 2 770 621HTG dans les dispensaires des ONG (ET: 430 902; Etendue : 2 465 927- 3 075 315). Les coûts des services du PMS sont de 5 997 480 HTG dans les CSL des ONG (ET : 5 938 917 ; Etendue : 2 602 143 - 20 588 784) et de 5 373 207 HTG dans les CSL des ZC (ET : 2 259 838 ; Etendue : 3 265 746- 7 950 657). Les coûts totaux des services de santé des CAL des ONG sont de 10 425 908 HTG (ET : 5 249 873 ; Etendue : 4 643 801- 19 458 839) et de 8 018 278 HTG dans les CAL des ZC (ET :4 615 263 ; Etendue : 4

891 175 - 13 279 305 HTG). Les dispensaires, CSL et CAL des ZC allouent les 2/3 de leurs dépenses totales aux ressources humaines (RH) alors que les dispensaires, CSL et CAL des ONG allouent 45% de leurs dépenses totales aux RH, et proportionnellement plus en médicaments, intrants de laboratoire et autres frais de fonctionnement. La même tendance se manifeste en termes absolues: les PPS des ZC allouent davantage aux ressources humaines que ceux des ONG.

Personnel Technique

Les Dispensaires des ONG et des ZC ont un nombre similaire d'agents de santé et de personnel qualifié communautaire (auxiliaire/infirmière communautaire). Les dispensaires des ONG et des ZC ont entre 1 et 2 personnel institutionnel qualifié à l'exception des 2 dispensaires des ZC qui ont le double de personnels institutionnels qualifiés. Globalement, les CSL des ZC ont plus de personnels que les CSL des ONG car ils ont deux fois plus d'agents de santé que les CSL des ONG, mais les CSL des ONG ont plus de personnels institutionnels qualifiés. Les CAL des ZC et des ONG ont le même nombre de personnel communautaire qualifié et d'agents de santé mais les CAL des ZC ont moins de personnel institutionnel qualifié.

Coût du PMS par Personne

Le coût moyen annuel du PMS par personne est de 173 HTG dans les dispensaires d'ONG (ET : 35 ; Etendue : 148-197) et de 294HTG (172 ; 108-445) dans les dispensaires des ZC. Le coût moyen annuel du PMS dans les CSL des ONG est de 101 HTG (49 ; 66-242) et de 194 HTG (52 ; 108-245) dans les CSL des ZC. Le coût moyen annuel du PMS dans les CAL des ONG est de 207 HTG (129 ; 92-453), contre 252 HTG (121 ; 124-366) dans les CAL des ZC. La comparaison du coût annuel du PMS par habitant met en lumière les variations des coûts par département. Cependant, l'échantillon n'a pas suffisamment de PPS pour analyser les coûts par département.

En supposant que 100% des besoins de la population desservie sont couverts (calculé en appliquant le taux de prévalence des maladies du PMS sur la population desservie pour déterminer le nombre de cas à traiter pour chaque maladie), le coût annuel projeté du PMS par personne est de 284 HTG (ET:0 ; Etendue : 284-284) dans les dispensaires des ONG et de 298 HTG (85 ; 210-381) dans les dispensaires des ZC. Le coût moyen annuel projeté des CSL des ONG est de 498 HTG (22 ; 478-544) et de 521 HTG (42; 483-578) dans les CSL des ZC. Le coût moyen annuel projeté des CAL des ONG est de 532 HTG (52; 486-630) et de 539 HTG (70; 490-619) dans les CAL des ZC.

Coût Moyen Par Service

Le coût moyen du PMS dans les dispensaires des ONG et des ZC est respectivement de 152 HTG (ET: 47; Etendue : 131-174) et 168 HTG (90; 90-266), de 122 HTG (88 ; 63-283) et 156 HTG (62; 108-256) dans les CSL des ONG et des ZC et de 195 HTG (129 ; 93-380) et 194 HTG (50 ; 154-250) dans les CAL des ONG et des ZC.

En termes de coûts pour chaque service des programmes du PMS, le coût par service varie par type de PPS et de gestion. Par exemple, une consultation prénatale coûte respectivement 156 HTG, 182 HTG et 206 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ONG et 272 HTG, 310 HTG et 279 HTG dans les Dispensaires, CSL et CAL des ZC. Un service de planning familial de courte durée coûte respectivement 226HTG, 218HTG et 195 HTG en dispensaires, CSL et CAL des ONG, et 228HTG, 218HTG et 203 HTG en dispensaires, CSL et CAL des ZC. Un service de malnutrition coûte respectivement 1818HTG, 1264HTG et 1168HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ONG et 1501HTG, 1533HTG et 1548 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ZC. Un service de tuberculose coûte respectivement 593 HTG, 1676 HTG dans les CSL et CAL des ONG et 4980 HTG et 3030 HTG dans les CSL et CAL des ZC.

En supposant que 100% de la population desservie de l'échantillon des PPS aient reçu des services, le coût annuel projeté moyen du PMS est respectivement de 102 HTG (ET: 0 ; Etendue : 102-102) et 118 HTG (76 ; 83-150) dans les dispensaires des ONG et des ZC, de 195 HTG (8 ; 184-208) et 192 HTG (12 ; 179-195) dans les CSL des ONG et des zones ciblées et de 195 HTG (15 ; 175-218) et 186HTG (13 ; 174-199) dans les CAL des ONG et des ZC. Le coût projeté d'une consultation prénatale est respectivement 106 HTG, 219 HTG et 231 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ONG et 131 HTG, 260 HTG et 218 HTG dans les Dispensaires, CSL et CAL des ZC. Un service de planning familial de courte durée coûte respectivement 316HTG, 287HTG et 292 HTG en dispensaires, CSL et CAL des ONG, et 305HTG, 289HTG et 293 HTG en dispensaires, CSL et CAL des ZC. Un service de malnutrition coûte respectivement 1501HTG, 1533HTGet 1548HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ONG et 1540HTG, 1561HTG et 1551 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ZC. Un service de tuberculose coûte respectivement 2074 HTG, 2302HTG dans les CSL et CAL des ONG et 2113 HTG et 2175HTG dans les CSL et CAL des ZC.

Conclusion

L'utilisation totale du PMS est plus élevée dans les dispensaires des ZC que dans les dispensaires des ONG et a été influencée par un des dispensaires des ZC avec une utilisation élevée due à une forte population de desserte. L'utilisation des services du PMS est plus élevée dans les CSL et CAL des ONG car les échantillons des ONG incluent plus de PPS en zone urbaine et métropolitaine avec une utilisation plus élevée.

Les coûts totaux des dispensaires sont 15% plus élevés que les coûts totaux des dispensaires des ONG car leurs coûts en ressources humaines sont presque 2 fois plus élevés en raison de deux dispensaires des ZC qui ont 2 fois plus de personnel institutionnel qualifiés. Les CSL et CAL des ONG ont un coût total respectivement 12% et 30% plus élevé que celui des CSL et CAL des ZC, mais le coût en ressources humaines des CSL et CAL des ZC est plus élevé en magnitude et en pourcentage des coûts totaux que celui des CSL et CAL des ONG. Le cout de la main d'œuvre varie par type de PPS et de gestion. En moyenne les CSL des ZC ont plus de personnel que les CSL des ONG conduisant à un coût de la main d'œuvre plus élevé. Les CAL des ONG ont plus de personnel que les CAL des ZC mais le niveau de salaire semble plus élevé dans les CAL des ZC, augmentant le coût de la main-

d'œuvre des CAL des ZC par rapport à celui des CAL des ONG. En comparaison avec l'échantillon des ZC, Il semble que les PPS des ONG gèrent leurs ressources humaines de manière plus efficace, ce qui pourrait résulter de la nature des mécanismes de contractualisation. Alors que les ONG de l'échantillon participent au mécanisme basé sur la performance depuis 1998 et sont incités à gérer leurs ressources de manière efficace pour atteindre les cibles des services de santé, les PPS des ZC ont récemment rejoint le système PBF et sont moins familiers avec quelques-uns des principes de base du PBF: une gestion efficace; l'innovation et garantir l'imputabilité des prestataires aux résultats attendus.

Le coût moyen du PMS par habitant est plus élevé dans les PPS des ZC car les dispensaires des ZC ont des coûts totaux plus élevés et une population desservie similaire à celle des dispensaires des ONG. Bien que les CSL et CAL des ZC aient une population desservie plus faible que celle des ONG, leur coût total est relativement plus élevé. Les coûts projetés du PMS sont plus élevés que les coûts réels du PMS par personne car les coûts totaux projetés sont plus élevés que les coûts totaux réels.

Le coût unitaire réel du PMS n'est pas comparable d'un PPS et type de contrat à un autre car chacun des PPS et type de contrats offrent une combinaison de services différente. Globalement le coût moyen des services du PMS apparait plus cher dans les échantillons des ZC que dans les ONG. Le coût de la main d'œuvre plus élevé et une utilisation plus faible concourent à augmenter le coût unitaire des services du PMS des échantillons des ZC. Certains services sont plus chers dans les CSL que dans les CAL en raison d'une utilisation plus élevée en CAL. Il est préférable d'utiliser les coûts unitaires projetés de chacun des services (cf. Annexe), qui se base sur une utilisation projetée et des coûts standards. La comparaison des coûts unitaires standards entre les échantillons des ZC et des ONG révèle de faibles variations car les entrées sont standardisées. Les quelques variations restantes proviennent des frais de fonctionnement et du coût de la main d'œuvre administrative qui sont différents entre les PPS des ONG et de ZC et non standardisés.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence car les ONG ont été sélectionnées sur une base volontaire, représentant un biais, car il est probable que ces ONG, disposant des données nécessaires pour cette étude de coût, aient des systèmes de gestion relativement bons comparé à la moyenne des PPS, augmentant leur utilisation par rapport à celle des PPS des ZC. De plus la taille de certains sous-échantillons est faible, limitant la généralisation des résultats. Par ailleurs, deux des trois CAL des ZC sont appuyés par d'autres organisations que SDSH et le MSPP et ont une gestion mixte, biaisant les résultats des coûts réels de cet sous-échantillon. De plus la distribution des coûts est étendue car l'échantillon inclus des PPS de zones géographiques diverses. Un autre défi concernait le sous reportage de certaines données d'utilisation et l'absence de rapport financier par PPS. Pour pallier à cette limitation, les rapports d'utilisation du MSPP et de SDSH ont été collectés pour valider certaines données. Dans le cas des informations financières sur les dépenses courantes non-ressources humaines, les rapports d'audit, les rapports financiers consolidés, et dans d'autres cas, les budgets soumis à SDSH ont été utilisés. Pour allouer une portion des

dépenses financières à chaque PPS, la population desservie par chaque PPS a été utilisée comme clé de répartition.

Recommandations

Sur la base des conclusions et des limitations de cette étude, il est recommandé d'augmenter la taille de l'échantillon pour déterminer les coûts unitaires des services individuels du PMS par niveau et type de gestion de tous les départements et aires géographiques. Cette étude offre un aperçu des coûts unitaires des services du PMS mais les résultats ne peuvent pas être généralisés. Dans le future, il recommandé d'utiliser les coûts unitaires des services basés sur les coûts standards et d'une utilisation projetée afin de guider la politique de tarification du PMS et le calcul de la prime d'assurance maladie. Les coûts unitaires standards permettraient que les services du PMS soient fournis en respectant la qualité aux niveaux du personnel technique, des médicaments, des fournitures médicales et des tests laboratoire nécessaires.

Le MSPP et certains bailleurs de fonds explorent la mise en place d'un système de remboursement des ONG et Zones Ciblées sur la base d'un coût moyen du PMS par personne pour stimuler la production et l'offre de services du PMS à la population. Les résultats révélant que le coût du PMS varie par zone géographique et département, il est recommandé d'agrandir l'échantillonnage de cette étude de coût pour estimer le coût du PMS par personne par zone géographique et département. Bien que les mécanismes de remboursement doivent se fonder sur le coût moyen standard du PMS par habitant, assurant des services de santé de qualité, il semble difficile de mettre cela en pratique dans un avenir proche en raison de la rareté des ressources financières du pays. En outre, les ONG et ZC n'ont pas de système de gestion financière par PPS si bien qu'augmenter les financements au niveau des ONG risque de ne pas être absorbé et de ne pas avoir d'impact sur les résultats et l'utilisation des services de santé. Dans le future, pour obtenir un coût moyen du PMS par habitant, il est suggéré que chaque PPS développe et utilise un rapport financier consolidé. Cela faciliterait la conduite d'études de coût et servirait de référence pour améliorer les estimations du coût moyen du PMS par habitant.

Cette étude est l'une des premières tentatives examinant le coût et l'utilisation des points de prestation des ONG et du MSPP sous contrat PBF. Des travaux supplémentaires se penchant sur les déterminants de l'efficacité technique des deux modes de contrats permettront de d'apporter des informations supplémentaires au MSPP sur ces deux mécanismes et ses orientations futures en matière de politiques de financement et d'offre du PMS.

1. Introduction

Depuis le tremblement de terre de 2010, le Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) s'est efforcé de reconstruire et de réorganiser son système de santé avec l'appui de la communauté internationale. Malgré ces efforts, Haïti reste derrière la moyenne des pays d'Amérique Latine sur le plan des indicateurs de santé (OMS, 2011). L'indicateur de mortalité maternelle en Haïti est de 630 décès pour 100.000 naissances vivantes (MSPP, 2011) par rapport au ratio régional de 66, tandis que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 87 décès pour 1000 naissances vivantes, est près de cinq fois plus élevé que la moyenne régionale de 18 (OMS, 2011). Au cours des derniers états généraux du MSPP en Janvier 2012, le gouvernement d'Haïti a identifié le système de financement de la santé comme un secteur prioritaire devant contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population haïtienne. Analyser les coûts du Paquet Minimum de Services de Santé (PMS) est une activité primordiale pour comprendre combien de ressources sont nécessaires pour offrir des services de base aux populations et contribuer aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé maternelle et infantile.

En Juillet 2011, « Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti » (SDSH), un projet financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a été commissionné pour la conduite d'une étude de coûts du PMS. SDSH contractualise 27 Organisations Non Gouvernementales (ONG) offrant le Paquet Minimum de Services (PMS) dans 77 sites au sein de Dispensaires, Centres de Santé Sans lits (CSL) et Centres de Santé avec Lits (CAL) répartis dans les 10 départements d'Haïti. SDSH appuie également les autorités sanitaires des départements dans la contractualisation avec 21 « zones ciblées » - ZC, pour offrir le PMS au sein de 70 PPS. Une ZC inclut 2 à 4 Point de Prestation (PPS) et est supervisée par une infirmière responsable de programme au niveau de chaque Direction Sanitaire. Les PPS des ZC sont gérés par le MSPP et localisées dans des zones difficiles d'accès géographique. Ces ZC reçoivent également un appui technique et financier de SDSH. Les ONG de cet échantillon font partie du mécanisme de financement basé sur la performance depuis 1998 et reçoivent un bonus, à la condition que les cibles des services de santé soient atteintes à la fin de leur contrat. Les PPS des ZC ont rejoint ce mécanisme entre 2009 et 2011.

L'échantillon de l'étude de coût comprend 26 Points de Prestation (PPS), dont 5 Dispensaires, 12 CSL et 9 CAL. Sur les 26 PPS, 16 PPS sont gérés par des ONG et 10 PPS par des ZC. Les ONG ont été sélectionnées sur une base volontaire et offrant toutes les composantes du PMS. Ces ONG se trouvaient dans l'Ouest, le Nord et le Nord-Est et les PPS des ZC ont étés sélectionnés dans les mêmes départements.

Les objectifs de l'étude et la méthodologie utilisée sont respectivement présentés dans les chapitres 2 et 3. Dans le chapitre 4, les résultats de l'analyse de coûts sont présentés par niveau et type de gestion (Dispensaire ONG, Dispensaire ZC, CSL ONG, CSL ZC, CAL ONG, CAL ZC). Dans un premier temps, nous exposons les données d'utilisation pour évaluer la

pluralité de l'offre de soins des PPS par type de service (préventifs, curatifs). Dans un second temps, nous évaluons les coûts totaux des services de santé des PPS ventilés par type de service, entrée et programme du PMS. Nous effectuons des projections aux niveaux de l'utilisation et des coûts du PMS pour respectivement déterminer un ratio d'accès et les besoins de financement. Enfin, nous comparons le coût du PMS par personne et le coût de services du PMS sélectionnés par niveau.

Dans le chapitre 5 les limites de cette étude de coût sont mises en évidence. Le chapitre 6 présente les conclusions, base sur laquelle des recommandations sont formulées dans le chapitre 7.

2. Objectifs

Le premier objectif était d'évaluer les coûts du Paquet Minimum de Service (PMS) implémenté par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et des Zones Ciblées (ZC) « Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti (SDSH) » pour leur permettre de planifier et budgétiser sur la base des besoins de la population.

SDSH contractualise 27 ONG offrant le PMS dans 77 sites au sein de Dispensaires, Centres de Santé Sans lits (CSL) et Centres de Santé avec Lits (CAL) répartis dans les 10 départements d'Haïti. SDSH appuie également les autorités sanitaires des départements dans la contractualisation avec 21 ZC, pour offrir le PMS au sein de 70 PPS. Une ZC inclut 2 à 4 Point de Prestation (PPS) et est supervisée par une infirmière responsable. Les PPS des ZC sont gérés par le MSPP et localisées dans des zones difficiles d'accès géographique. Ces ZC reçoivent également un appui technique et financier de SDSH. Les ONG de cet échantillon font partie du mécanisme de financement basé sur la performance depuis 1998 et reçoivent un bonus, à la condition que les cibles des services de santé soient atteintes à la fin de leur contrat. Les ZC du Nord et du Nord-Est ont rejoint ce mécanisme en 2009 et la Zone Ciblée de l'Ouest en 2011.

Chaque année, les ONGs et les Zones ciblées soumettent un budget à SDSH sur la base duquel SDSH leur alloue des financements USAID pour financer le PMS au niveau de chaque PPS. Dans la plupart des cas, les budgets sont préparés sur la base des dépenses historiques des PPS et non pas sur la base des coûts réels des services de santé, n'incitant pas à la productivité des PPS. Avoir une meilleure connaissance des coûts des services implémentés par les PPS encouragerait la préparation d'exercice budgétaire sur la base des besoins de la population et permettrait également d'évaluer l'utilisation des ressources allouées au PMS. Cette étude de coût permet d'estimer le coût total du PMS par entrée (Personnel, Frais de Fonctionnement, Médicaments, Fournitures Médicales, Laboratoire) et par programme (Santé Maternelle, Santé Infantile, Planning Familiale etc…).

En 2007, une version condensée du PMS, le PSPI (Paquet de Services Prioritaires Intégrés) a été développé par SDSH-USAID et comprenait les sections suivantes :

- Les services de santé maternelle, y compris les services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.
- Les services de planification familiale
- VIH/SIDA, y compris le dépistage volontaire.
- Tuberculose
- Santé de l'enfant

Il faut noter qu'une définition élargie du PMS est considérée pour cette étude de coût. L'une des raisons est que tous les PPS sont obligés d'offrir des services à la population, PMS ou pas, comme la prise en charge des cas d'anémie des hommes, les douleurs abdominales etc… Ces pathologies ayant un coût, elles nécessitent donc le temps d'un personnel médical qualifié et des coûts indirects, comme l'électricité, le papier, etc… Ces services ont été inclus dans cette étude de coût dans la catégorie : « Autres » du PMS. Ne pas les inclure aurait reflété un coût unitaire plus élevé pour les services de base du PMS.

Le second objectif était d'appuyer le MSPP dans le développement de politiques de financement de la santé.

En 2012, les tarifs varient d'une institution à une autre et ne sont pas systématiquement calculés sur la base du coût réel des entrées (personnel, couts fixes, médicaments etc…). L'étude de coûts des services du PMS permettrait de donner un aperçu des coûts unitaires des services du PMS dans le réseau de SDSH et de guider le MSPP dans l'actualisation de la politique de tarification et la mise en place de mécanismes de mobilisation des ressources, p.ex., assurance maladie. Cette étude de coût permet d'obtenir un coût moyen pour chaque service du PMS et un coût moyen du PMS par personne.

Encadré 1 : Objectifs de l'Etude de Coût du PMS en Haïti

Objectif 1 : Evaluer les Coûts du PMS dans les PPS des ONG et Zones Ciblées du Réseau SDSH pour améliorer l'exercice de planification budgétaires des ONG et des Zones Ciblées

Objectif 2 : Déterminer le coût unitaire du PMS pour appuyer le MSPP dans la mise en place de mécanismes de financement de la santé.

3. Méthodologie

3.1. Outils de Coût Utilisé

Il y a plusieurs outils d'analyse de coûts des services de santé qui auraient pu être utilisés pour réaliser cette étude. D'après le site l'OMS[1], il y au moins 3 outils de coûts qui permettent d'effectuer l'analyse de coût de paquets de services comme :

1) Marginal Budgeting for Bottlenecks Toolkits (MBB)
2) Cost and Revenue Analysis Tools (CORE) Plus
3) Integrated Health Care Technology Package

Les deux premiers outils permettent le calcul des coûts des services de santé d'un paquet alors que le troisième outil offre plutôt une analyse de coût en termes de programmes comme composantes d'un paquet de service de santé de base. Les deux premiers outils sont certainement les plus précis car ils permettent de fournir les coûts unitaires pour chaque service de santé. CORE Plus permet d'établir le coût d'une intervention à la fois sur la base des coûts réels et de normes, mais aussi en fonction de la cible à atteindre pour un indicateur de santé. MBB ne permet pas de déterminer les coûts standards d'une intervention mais permet de déterminer l'impact du coût d'une intervention sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM) en santé, ce dont CORE PLUS ne dispose pas. Une autre différence repose sur le fait que MBB se focalise sur toutes les interventions visant à atteindre les OMD, alors que CORE Plus peut être adapté et comprendre tous les services, ceux contribuant directement à atteindre les OMD mais aussi non OMD, comme les maladies chroniques ou non-transmissibles. L'outil CORE Plus a été sélectionné car il permet de déterminer le coût de l'ensemble des interventions réalisées au niveau d'un PPS et pas seulement les coûts des services liés aux OMD en santé.

[1] http://www.who.int/pmnch/topics/economics/costing_tools/en/index2.html

3.2. Le Développement des Feuilles de Calcul

Chaque service inscrit dans le CORE Plus fait l'objet d'une feuille de calcul sur la base de laquelle le coût unitaire d'un service est calculé. La feuille de calcul comprend les catégories de coûts directs suivants:

1) Le nombre de minutes passés par chaque personnel technique sur des activités déterminées pour chaque service, p.ex., observation des signes vitaux, consultation. Le temps de chaque personnel technique est multiplié par son salaire par minute respectif. Cela permet d'obtenir le coût total du personnel technique pour chaque service.
2) La quantité et le dosage des médicaments, multiplié par les prix respectifs des médicaments pour obtenir un coût total en médicaments pour chaque service.
3) La quantité des fournitures médicales utilisées, p.ex., un gant, une affiche etc.... La quantité des fournitures est multipliée par leur prix respectif et mène au coût total en fournitures médicales pour chaque service.
4) Les tests laboratoires, dont leur quantité est multipliée par leur prix unitaire respectif pour obtenir le coût total des tests laboratoires pour chaque service.

Les coûts indirects, comme les autres coûts de fonctionnement du PPS (eau, assurance, électricité, loyer etc...), le coût salarial du personnel d'appui et le coût salarial du temps du personnel technique alloué aux tâches administratives, sont repartis sur les services individuels proportionnellement au coût en personnel technique de chaque service.

Pour déterminer ces normes, les politiques et protocoles établis par le Ministère de la Santé et de la Population du Gouvernement Haïtien ont été consulté. En voici quelques exemples :

1) Le Paquet Minimum de Services, MSPP, 2006
2) Le Paquet de Services Prioritaires et Intégrés
3) Le Rapport Mensuel des Services de Santé, MSPP
4) Gouvernement de la République d'Haïti (2007). Programme National de Lutte contre le Sida. *Plan stratégique National Multisectoriel 2008-2012.*
5) Protocole de Prise en Charge Pré et Post-Natale, MSH/MSPP, 2004
6) Protocole d'Organisation des Postes de Rassemblement, MSH/MSPP, 2004
7) Protocole des Visites Domiciliaires, MSH/MSPP, 2004

Ces documents ont en particuliers servis pour déterminer le type de services offert aux niveaux des institutions et communautaire (poste de rassemblement, visite domiciliaire, poste fixe) et l'élaboration des standards pour le dosage des médicaments, le nombre et type de tests laboratoires et de fournitures médicales nécessaires pour la provision d'un service de santé ou traitement d'une pathologie au niveau institutionnel et communautaire.

Un groupe d'experts composés du personnel technique des ONG et de SDSH a été réuni pour déterminer les standards en termes du personnel aux niveaux communautaire et

institutionnel. Il faut noter que cette dernière tâche s'est avérée la plus complexe, car chaque ONG a des normes différentes en termes de personnels techniques.

Dans certaines ONG, l'auxiliaire polyvalente partage son temps entre des activités communautaires et des consultations au niveau institutionnel, alors que dans d'autres, il y a des auxiliaires institutionnelles et communautaires bien distinctes. On trouve aussi des superviseurs de terrain dans certaines ONG qui coordonnent le travail des agents de santé et se rapportent aux infirmières communautaires, alors que cette fonction n'est pas dans les standards du PMS et les superviseurs de terrain sont en général considérés comme des auxiliaires communautaires. De plus, en fonction de la taille du CSL ou CAL, une infirmière de ligne ou une auxiliaire polyvalente sera affectée à un service particulier comme Prévention de la Transmission Mère (PTME) qui comprend les consultations de la santé maternelle, ou au Counseling et Dépistage volontaire (CDV) alors que d'après les standards, les infirmières de lignes sont polyvalentes. La multitude de ces spécialisations s'expliquent du fait de la multiplication des programmes verticaux (TB, VCT, PTME, ARV, Soins Clinique VIH/SIDA) depuis la parution du PMS en 2006.

Sur la base des normes du personnel de santé du PMS (MSPP, 2006) et des commentaires du groupe d'experts, les catégories du personnel technique suivantes ont été identifiées comme standard pour un centre de santé sans lit :

Niveau Institutionnel

1) Médecin Généraliste
2) Infirmière de Ligne
3) Infirmière Sage-Femme (facultatif)
4) Auxiliaire Polyvalente
5) Laborantin
6) Travailleur Social (facultatif)

Niveau Communautaire

1) Agents de Santé
2) Infirmière/Auxiliaire Communautaire
3) Matrone

Dans un dispensaire, il n'y a pas de médecin généraliste, laborantin et travailleur social. Les catégories d'infirmière ou auxiliaire VCT/PTME, ARV, TB, Planning Familiale sont comptées sous la catégorie « Infirmière de Ligne » et/ou « Auxiliaire Polyvalente ».

3.3. Liste des Services

Les services suivants décrits dans le tableau 1 sont les services institutionnels de l'étude de coût. Les données d'utilisation de ces services proviennent de la base de données de SDSH.

(cf. cases du tableau 1 marquées en gris) et des pages 3 et 4 du Rapport Mensuel des Services de Santé du MSPP (cf. cases du tableau sans couleur)

Il faut noter que certains services comme les services de planning familial sont des données agrégées d'utilisation des niveaux institutionnel et communautaire. Le pourcentage de clients vu en communautaire et institutionnel a été estimé sur la base de discussions avec les ONG et zones ciblées. En général, trois quarts des clients en planning familial sont vus au niveau communautaire.

Les fiches vaccination du MSPP ont été collectées pour déterminer le nombre de services de vaccination effectué aux niveaux communautaire et institutionnel. SDSH relève le nombre d'enfants complètement vaccinés, et non le nombre d'enfants pour chaque type de vaccins (Polio, DTP, Rougeole, BCG). Or comptabiliser le nombre d'enfants complètement vaccinés aurait omis les enfants qui ont reçu une dose de vaccin, et donc le temps et le coût du personnel technique pour cette activité. Ainsi le coût de chacune des activités de vaccination a été estimé sur la base des fiches vaccination du MSPP.

Tableau 1 : Liste des services en institution, 2011

1	Consultation Prénatale	28	Traitement TB
2	Accouchement	29	Anémie <5
3	Consultation Postnatale	30	Anémie >5
4	PF - Méthode de Courte Durée	31	Perte Vaginale
5	PF - Méthode de Longue Durée	32	Ecoulement Urétral
6	PF - Méthode Permanente	33	Asthme
7	Syphilis	34	Autres Conjonctivites
8	Autres IST	35	Douleurs Abdominales Basses
9	Conjonctivite néonatale	36	Douleurs, Brulures d'Estomac
10	Vitamine A < 5	37	Hypertension artérielle (HTA)
11	Pesée < 5	38	Kwashiorkor / marasme
12	Vaccination des < 5 ans contre la DTP	39	Parasitose Intestinale
13	Vaccination des < 5 ans contre la Polio	40	Sarcoptose
14	Vaccination des < 5 ans du BCG	41	Diabète
15	Vaccination des < 5 ans contre la rougeole	42	VCT
16	IRA <5	43	PTME
17	IRA>5	44	Traitement ARV
18	Pneumonie <5	45	Soins Cliniques VIH/SIDA
19	Pneumonie >5	46	PTME (Enfant)
20	Malaria <5	47	Traitement ARV - Enfant
21	Malaria >5	48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant
22	Typhoïd <5	49	Ictère Fébrile
23	Typhoïd >5	50	Varicelle
24	Diarrhée < 5	51	Infection Bucco-Dentaire
25	Diarrhée >5	52	Intoxication alimentaire
26	Malnutrition	53	Syndrome d'Eruption Fébrile
27	Suspect de TB pulmonaire	54	Autre Maladie

Tous les services du Rapport Mensuel des Services de Santé du MSPP n'ont pas fait l'objet d'analyse de coût, car la plupart d'entre eux ne sont pas reportés ou ont un taux de prévalence infime à Haïti. Il se peut que certaines pathologies non reportées dans l'échantillon de cette étude, aient été notées sous la catégorie « Autre Maladie » du Rapport Mensuel des Services de Santé du MSPP, catégorie inclue dans la liste des services de cette étude de coût (tableau 1). Les pathologies considérées pour l'étude de coût étaient celles qui revenaient le plus souvent dans les Rapports Mensuels des Services de Santé des PPS et qui ont un taux de prévalence inclus dans EMMUS IV, 2005.

Les données d'utilisation des activités communautaires furent plus complexes à collecter car les PPS ne remplissent pas systématiquement l'encadré 3 : « Communication et Education pour la Santé » du Rapport Mensuel des Services de Santé et les agents de santé ne tiennent pas tous à jour un cahier de données communautaire. Les ONG et ZC reportent les données communautaires une fois par trimestre dans un rapport qu'ils soumettent à SDSH. Pour certains PPS, les données communautaires ont été collectées sur la base des rapports des agents communautaires et pour d'autres sur la base du rapport des données communautaires envoyées à SDSH.

Les services des cliniques mobiles ne sont pas systématiquement offerts par tous les PPS. Ce sont en particulier les PPS en milieu rural qui utilisent la clinique mobile pour offrir des consultations générales aux populations vivant dans des zones reculées. Le coût d'un patient vu en clinique mobile a été estimé, en prenant en considération le coût de transport , un coût moyen en médicaments généralement distribués et en tests laboratoire effectués ainsi que le coût salarial du personnel technique impliqué. Il faut noter que certaines ONG utilisent le concept de « clinique mobile » pour offrir des consultations prénatales et postnatales mais ces services sont en réalité offerts sous forme de points fixes et non de cliniques mobiles.

Tableau 2 : Liste des services communautaires, 2011

3.4. Les scénarios de CORE Plus

CORE Plus permet d'obtenir les coûts totaux des services de santé du PMS, ainsi que le coût du PMS par personne et le coût unitaire de chaque service du PMS. CORE Plus estime le coût des services de santé du PMS sur la base de 5 scenarios différents résumés dans le tableau 3 :

Les postes de rassemblement	
1	Vitamine A < 5
2	Pesée < 5
3	Vaccination des < 5 - DTP
4	Vaccination des < 5 - Polio
5	Vaccination des < 5 - BCG
6	Vaccination des < 5 ans - Rougeole
7	Planning Familial – Méthode de Courte Durée
Les Points Fixes	
8	Les Consultations Prénatales
9	Les Consultations Postnatales
Les Activités d'Information, d'Education et de Communication	
10	Séance d'IEC
11	Rencontre de sensibilisation et Journées Patronales et d'Information
Les Activités de Mobilisation Communautaire	
12	Rencontre Communautaire
13	Formation/Recyclage des groupes communautaires (CCC/MC)
Autres	
14	Groupe de Support des PVVIH
15	Visites Domiciliaires VIH/SIDA
16	Autres Visites Domiciliaires
17	Accouchement Par Les Matrones
18	Clinique Mobile
19	Visite Domiciliaire de Suivi Postnatal 3 jours
20	Visite Domiciliaire de Suivi Postnatal 4-7 jours

Tableau 3 : Définition des scénarios de CORE Plus

<table>
<tr><th>Scénario</th><th>Utilisation</th><th>Source</th><th>Coût</th><th>Source</th></tr>
<tr><td>A</td><td>Réelle</td><td rowspan="2">PPS (Rapports d'utilisation MSPP et SDSH)</td><td>Réel</td><td>PPS (Rapport Financier)</td></tr>
<tr><td>B</td><td>Réelle</td><td rowspan="4">Standard (sur la base des salaires techniques d'après la grille indiciaire du MSPP, 2011 et le prix des médicaments, tests laboratoire et fournitures médicales de PROMESS, SCMS et LMS)</td><td rowspan="4">Les normes définies dans les feuilles de calcul de chaque service dans CORE Plus (en termes du personnel technique, des médicaments, fournitures médicales, tests laboratoires)</td></tr>
<tr><td>C</td><td>Standard (100% des besoins de la population desservie du PPS sont remplis)</td><td rowspan="3">CORE Plus (les taux de prévalence) + la population desservie du PPS</td></tr>
<tr><td>D</td><td>Standard (une % cible est fixée)</td></tr>
<tr><td>E</td><td>Standard (une % cible est fixée) avec le coût exacte du personnel</td></tr>
</table>

- **Scénario A: Coûts Réels et Utilisation Réelle**. Les données financières du PPS sont allouées à chaque service proportionnellement au coût standard de chaque service défini dans l'outil. Ensuite, CORE Plus multiplie le nombre réel de services (par ex : 300 consultations prénatales) par le coût réel du service (par exemple : 12) pour avoir le coût total par service. L'outil ventile également les coûts réels de chaque service par entrée (ressources humaines, médicaments et fournitures médicales, coûts fixes).

- **Scénario B**: **Coûts Standards et Utilisation Réelle**. L'outil multiplie le nombre réel de services du PPS par leurs coûts standards. Le coût standard d'un service est déterminé dans une feuille de calcul qui définit le temps et coût du personnel technique et le prix des médicaments, des tests laboratoire et des fournitures médicales nécessaires pour chaque service. La « feuille de calcul » donne le coût standard de chaque service. Les sources des prix des médicaments, intrant labo, fournitures médicales sont essentiellement: PROMESS, SCMS et LMS. Les salaires standards du personnel technique se basent sur la grille indiciaire du MSPP de 2011.

- **Scénario C: Coûts Standards et Utilisation/Couverture de 100% de la population desservie du PPS**. l'outil détermine le nombre de services qui devrait être offert si 100% de la population desservie était couverte, autrement dit, en partant du principe que100% des besoins sont comblés, en multipliant la population desservie par les taux de prévalence de chaque pathologie. Ce calcul permet d'obtenir le nombre de

cas à traiter par PPS si 100% des besoins sont couverts. Ensuite, le nombre de services est multiplié par le coût standard du service sur la base des feuilles de calcul de chacun des services.

La plupart des taux de prévalence viennent d'EMMUS IV (Santé Maternelle, Infantile, Malnutrition), d'UNAID (Pathologies lies aux VIH/SIDA) et de l'OMS (TB). Pour certaines pathologies pour lesquelles il n'y a pas été possible de trouver de taux de prévalence, comme le diabète, l'hypertension, un taux de prévalence a été calculé à partir de l'échantillon. Pour cela, un facteur de pondération a été estimé en tenant compte de la proportion de la population cible couverte par l'échantillon par rapport à la population cible du réseau SDSH et à la projection de la population nationale pour la période d'étude fournie par l'IHSI. Cela a permis de ramener les taux de prévalences et d'utilisation de certains services à l'échelle nationale. En l'absence de taux de prévalence, l'utilisation projetée des services communautaires a été estimée sur la base de l'utilisation réelle des services communautaires divisée par la population desservie du PPS. Par exemple l'utilisation projetée de cliniques mobiles est estimée en divisant le nombre de patients vus en clinique mobile par la population desservie. Si le PPS n'offrait pas de clinique mobile, il n'y avait pas d'utilisation projetée et de coût standard reporté pour ce service. En général, les dispensaires, CSL et CAL offrent tous les services communautaires à l'exception des services suivants qui n'étaient pas offerts systématiquement: formation des groupes communautaires, journée patronale et d'information, groupe de support VIH/SIDA, visite domiciliaire VIH/SIDA et clinique mobile.

- **Scénario D : Coûts Standards et Utilisation déterminée par une cible de la population desservie en pourcentage.** Ce scenario calcule les coûts des services de santé sur la base des standards et d'une utilisation qui dépend d'une cible donnée, par exemple 80% de la population desservie est couverte.

- **Scénario E : Coûts Standards et Utilisation déterminée par une cible de la population desservie en %, avec nombre du personnel technique idéal.** Ce scénario est le même que le scenario D. La seule différence est que ce scenario n'arrondit pas le coût du personnel technique. Par exemple si d'après les besoins, CORE Plus détermine qu'un PPS doit avoir 12.3 agents de santé, CORE Plus calculera le coût pour 12.3 agents de santé sous E, mais pour 13 agents de santé sous D.

3.5. L'Echantillon

L'étude de coût comprend 26 points de prestations dans les départements de l'Ouest, du Nord et du Nord-Est (Cf. Tableau 4) et du réseau de SDSH (Cf. carte 1).

Tableau 4 : Répartition des PPS de l'échantillon

	CAL	CSL	Dispensaire	Total
Département de l'Ouest				
ONG B	3	6	0	9
ONG C	1	1	2	4
Zone ciblée	0	1	1	2
Département du Nord				
ONG A	0	1	0	1
Zone Ciblée	2	1	1	4
Département du Nord-Est				
ONG A	2	0	0	2
Zone Ciblée	1	2	1	4
Total	9	12	5	26

Carte 1 : Réseau de SDSH, 2011

Initialement l'étude de coût du PMS du réseau SDSH visait un échantillon de 25 PPS gérés par des ONG, réduit à 16 en raison de la difficulté de la collecte de certaines données. Ce n'est que plus tard, en décembre 2011, à la suite d'une demande de l'USAID, que l'étude de coût s'est élargie à 28 PPS, en rajoutant 12 PPS des zones ciblées. Parce que deux des PPS des ZC se trouvaient dans des zones de non droit, situation exceptionnelle, l'échantillon a finalement été réduit à 26 PPS, avec 10 PPS des ZC (cf. Annexe 2.Résultats des 2 PPS des Zones Ciblées en zone de non-droit).

Avec 16 PPS sur 77 PPS d'ONG et 10 PPS sur 70 PPS des ZC, l'échantillon représente respectivement 21% des PPS des ONG du réseau de SDSH et 14% des PPS des ZC appuyés par le réseau de SDSH.

La sélection des PPS de l'échantillon a été effectuée sur la base des critères suivants :

1. La participation volontaire des ONG
   Les ONG appuyés par SDSH reçoivent des types de financement autres que ceux de SDSH. Ces informations ne sont pas partagées avec SDSH pour des raisons de confidentialité. Pour cette raison, il n'a pas été possible d'effectuer un échantillon aléatoire. La sélection de l'échantillon des ONG a donc dépendu de la participation volontaire des ONG, prêtes à partager leurs données financières (Financement de SDSH et autres types de financement).
2. L'offre de la totalité du PMS dans les PPS sélectionnés ;
3. L'offre du PMS au sein des 3 structures du premier niveau du PMS : Dispensaire, CSL et CAL ;
4. Les PPS des Zones Ciblées ont été choisies dans les départements dans lesquelles les ONG avaient été sélectionnées. Il s'agissait des départements du Nord, Nord-Est et de l'Ouest.

3.6. Année d'Analyse

En raison du tremblement de terre du 12 janvier 2010 qui a bouleversé le rapportage des données d'utilisation mais aussi les dépenses des ONG dans l'Ouest, l'année d'analyse est l'année calendrier 2009 et non pas l'année fiscale Oct 2009-Sept 2010. Il n'était pas possible de sélectionner l'année fiscale Oct 2010-Sept 2011, car cette année fiscale n'était pas terminée quand cette étude de coût a commencé. Les données d'utilisation et financières furent collectées pour l'année calendrier 2009.

En juillet 2011, l'étude de coût englobait les PPS des ONG seulement. En Décembre 2011, suite à la demande d'USAID d'analyser les coûts des PPS des zones ciblées, l'échantillon s'est agrandi à 10 PPS des zones ciblées, sélectionnées dans les mêmes départements que l'échantillon des ONG. Comme certaines des zones ciblées n'étaient pas opérationnelles en

2009, les données ont été collectées pour 2011 pour les 10 PPS des Zones Ciblées. Certaines données de 2010 étaient manquantes pour les PPS de l'Ouest.

Pour ajuster les coûts de 2009 à 2011, le taux d'inflation de 2011 (9,3%, source : CIA, 2011) a été appliqué aux coûts totaux (médicaments, ressources humaines, intrants de laboratoire, fournitures médicale, autres frais de fonctionnement) des PPS de l'échantillon des ONG, en prenant 2009 comme année de base (le taux d'Inflation était de 0% en 2009, CIA, 2011).

La comparaison des données d'utilisation des services préventifs clés des 3 ONG fait apparaitre une certaine régularité de l'utilisation des services entre 2009 et 2011 (SDSH, TDB 2008/2009 et 2010/2011). Il y a une eu augmentation de l'utilisation de certains services comme les consultations prénatales et les accouchements institutionnels mais aussi une baisse de certains services comme la vaccination, annulant une différence trop marquée entre 2009 et 2011 et rendant la comparaison des données d'utilisation des ONG et ZC d'une année à une autre faisable.

L'analyse de coût n'inclut pas les données d'utilisation et le coût du choléra car cette pathologie est apparue à la fin de 2010 et l'échantillon des ONG se base sur 2009. Les financements verticaux cholera reçus par les zones ciblées ont également été exclus de l'étude de coût.

3.7. Collecte des Données

La collecte des données s'est déroulée en 2 étapes :

1) Entre Juillet et Décembre 2011, une consultante indépendante de MSH a collecté les données financières et d'utilisation de manière intermittente pour les 16 PPS des ONGs (4 semaines en Juillet 2011, 1 semaine en Octobre 2011 et 2 semaines en Décembre 2011). En Janvier 2011, une consultante du Projet SDSH a finalisé la collecte des données manquantes.
2) Entre Février et Mars 2012, une équipe de 12 enquêteurs de terrain (Les Responsables techniques et financiers SDSH des départements de l'Ouest, Nord-Est et du Nord et enquêteurs d'Abt Associates) ont collecté les données d'utilisation des 10 PPS des Zones Ciblées et étaient supervisés par une consultante et un staff permanent du Projet SDSH à Port au Prince. Abt a contribué à la collecte des données par le recrutement de 3 enquêteurs de terrain et a utilisé les données collectées et analysées pour un objectif différent de celui de cette étude de coût.

La collecte des données incluait la collecte des rapports suivants :

1) Le rapport du MSPP intitulé « Rapport Mensuel des Services de Santé ». Ce rapport a été collecté en version papier car pour les PPS de l'Ouest, le tremblement de terre a détruit les bases de données répertoriant les données d'utilisation pour 2009.
2) Le rapport MSPP de vaccination et de vitamine A pour trouver la ventilation de ces activités par niveau communautaire et institutionnel.

3) Les rapports trimestriels d'avancement et de Communication Pour le Changement de Comportement et Mobilisation Communautaire (CCC/MC) pour analyser les activités de promotion de la santé au niveau communautaires et institutionnels
4) Les rapports d'utilisation SDSH pour certaines données qui n'étaient pas dans le rapport MSPP et aussi pour comparer certaines données d'utilisation avec le rapport MSPP. Pour les données qui étaient répertoriées à la fois dans le rapport MSPP et SDSH, comme par exemple le nombre de pneumonies, de cas de diarrhée des moins de 5 ans, nous avons utilisé le rapport SDSH car les données ont été validées une seconde fois par le personnel SDSH et s'avéraient plus fiables.
5) Les rapports financiers et budgets des ONG et des Zones Ciblées. Note que les données financières des CAL qui concernaient les services secondaires (hospitalisation) ont été soustraites (notamment le temps et le coût du personnel médical de nuit) ainsi qu'une portion des frais de fonctionnements sur la base de la part du coût du personnel de nuit sur le coût total du personnel total).
6) Le fichier des salaires des ONG et des Zones Ciblées.
7) La collecte des coûts des médicaments auprès de PROMESS, SCMS et LMS et des fournitures médicales pour établir les standards de chaque service.

Tableau 5 : Type d'information collectée pour l'étude de coût

Types de Coût	Entrées
Coût Salarial	Salaire du Personnel Technique Bonus Contribution de l'employeur à l'ONA et l'INASSA Allocation transport
Autre Coût de Fonctionnement Institution	Les intitulés varient d'une institution à une autre mais incluent : Transport Per Diem Loyer Frais Bancaire Maintenance, Dépréciation Impression Eau, Electricité Communication
Autre Coût de Fonctionnement Communautaire	Formation des groupes Rencontre de sensibilisation et communautaire Allocation des Matrones (Per Diem, Transport, Kit) Stratégie Avancée (Clinique Mobile, incluant per diem + frais transport)

Médicaments, Tests de Laboratoires, Fournitures médicales	Achats effectués par les ONG et PPS Valorisation Financière des dons des médicaments par SCMS, LMS, PAM, MSPP

4. Résultats de l'Analyse de Coût des ONG et des Zones Ciblées

Les résultats sont présentés par niveau (Dispensaire, CSL, CAL) et type de gestion (ONG, Zone Ciblée).

1. Dispensaire ONG
2. Dispensaires Zones Ciblée (ZC)
3. CSL ONG
4. CSL ZC
5. CAL ONG
6. CAL ZC

4.1. Population Desservie

Le Paquet Minimum de Service du Ministère de la Sante Publique et de la Population (MPSS) est offert dans chaque Unité de Coordination de Santé (UCS) par l'intermédiaire de 2 sous-niveaux du secteur primaire (PMS, MSPP, 2006) :

1. Dispensaires, Centre de Santé Sans Lits et Centre de Santé Avec Lits
2. Hôpitaux Communautaires de Référence, qui offrent le PMS en consultation externe.

La population desservie totale de l'échantillon des ONG et des Zones Ciblées est de 1 297 799 habitants.

En moyenne, la population desservie d'un dispensaire des ONG est de 16 129 habitants (ET : 732 ; Etendue : 15 611 -16 611) et celle d'un dispensaire en ZC de 16 986 habitants (ET : 16 106 ; Etendue : 5 894 -35 459). La population moyenne desservie par les dispensaires des ZC est légèrement plus importante car son échantillon est plus asymétrique comme le démontre l'écart type des dispensaires des ZC. Quatre des dispensaires des ZC et des ONG sont en zone rurale et un des dispensaires des ZC est en zone urbaine. Les populations desservies moyennes des CSL des ONG et des ZC sont respectivement de 57 418 (ET : 33 822 ; Etendue : 23 524-133 849) et de 31 736 (ET : 22 588 ; Etendue : 19 363 – 63 939). L'échantillon des CSL des ONG est asymétrique avec un écart type élevé, car ce sous-échantillon regroupe des CSL de milieux géographiques divers comme de la capitale, urbain et rural. L'échantillon des CSL des ZC est aussi variable mais les CSL des ZC sont tous en milieu rural. Certains ont des populations de desserte faibles car ils sont dans des zones reculées. Les populations desservies moyennes sont de 62 594 habitants dans les CAL des

ONG (ET : 39 919 ; Etendue : 19 092-123 254) et de 36 967 habitants dans les CAL des ZC (ET : 20 321 ; Etendue : 13 374-50 255). La population moyenne de l'échantillon des CAL des ZC est plus faible car les CAL sont tous dans des zones rurales. L'écart type du sous-échantillon des CAL des ONG est élevé car ce sous-échantillon regroupe des CAL de milieux urbain, de la capitale et ruraux. Par rapport à d'autres paquets de services de santé de base comme celui de l'Afghanistan (BPHS, 2005), le PMS ne fixe pas de population desservie standard pour les dispensaires, CSL et CAL, rendant la distribution des sous-échantillons étendue.

Tableau 6 : Population Desservie par l'Echantillon des 26 PPS

	Moyenne	Médiane	Ecart Type	Minimum	Maximum	# PPS
Dispensaire ONG	16 129	16 129	732	15 611	16 646	2
Dispensaire ZC	16 986	9 604	16 106	5 894	35 459	3
CSL ONG	57 418	49 301	33 822	23 524	133,849	8
CSL ZC	31 736	24 833	22 588	13 339	63 939	4
CAL ONG	62 594	52 806	39 919	19 092	123 254	6
CAL ZC	36 967	47 0272	20 321	13 574	50 255	3

4.2. Utilisation Totale

Les dispensaires des ZC offrent 34% plus de services que les dispensaires gérés par les ONG. Cela pourrait s'expliquer par une distribution asymétrique du sous-échantillon des dispensaires des zones ciblées (Moy : 24 514 ; ET : 16 416 ; Etendue : 9 864-42 256) comparé au sous- échantillon des dispensaires gérés par les ONG (Moy : 18 256, ET : 855 ; Etendue : 17 651-18 860). En effet, le sous-échantillon des ZC inclut un dispensaire avec une population de desserte voisine de 35 000 habitants, en zone urbaine, qui a une utilisation de 42 256 services, soit proche de celle d'un CSL voire d'un CAL.

Les CSL gérées par les ONG ont une utilisation moyenne de 49 842 services (ET : 17 851 ; Etendue : 19 543 -72 773) contre 35 372 pour les CSL des zones ciblées (ET : 13 970; Étendue : 24 222 – 55 401). Les CSL des ONG offrent en moyenne 40% plus de services que les CSL des ZC car la population desservie moyenne des CSL des ONG est plus élevée, impliquant une plus grande utilisation. Les écarts types, minimum and maximum des sous-échantillons des CSL des ONG et des ZC révèlent une distribution étendue, en raison de la variété géographique des CSL, en particulier pour le sous-échantillon des ONG. Le sous-échantillon des CSL des ONG inclut des CSL de la capitale, de zone urbaine et de zone rurale et le sous-échantillon des CSL des ZC est composé de trois CSL ruraux et d'un CSL urbain.

Les sous-échantillons des CAL des ONG et ZC ont également une distribution asymétrique reflétant la diversité de populations desservies par ces deux sous-échantillons. La population desservie moyenne par les CAL des ONG est 70% plus élevée que la population

desservie moyenne des CAL des ZC. L'utilisation moyenne des services dans les CAL gérés par des ONG est de 64 388 (ET : 35 893 ; Etendue : 22 750 – 122 840), soit 60% plus élevée que l'utilisation moyenne des CAL des ZC, qui est de 39 746 (ET :12 616 ; Etendue :28 019 – 53 100).

Tableau 7 : Utilisation totale des services du PMS de l'échantillon, 2011

	Moyenne	Médiane	Ecart Type	Min	Max
Dispensaire ONG	**18 255**	18 255	855	17 651	18860
Dispensaire ZC	**24 514**	21421	16 416	9 864	42 256
CSL ONG	**49 843**	51 669	17 851	19 543	72 773
CSL ZC	**35 372**	30 932	13 979	24 222	55 401
CAL ONG	**64 388**	53 916	35 893	22 750	122 840
CAL ZC	**39 746**	38 121	12 616	28 019	53 100

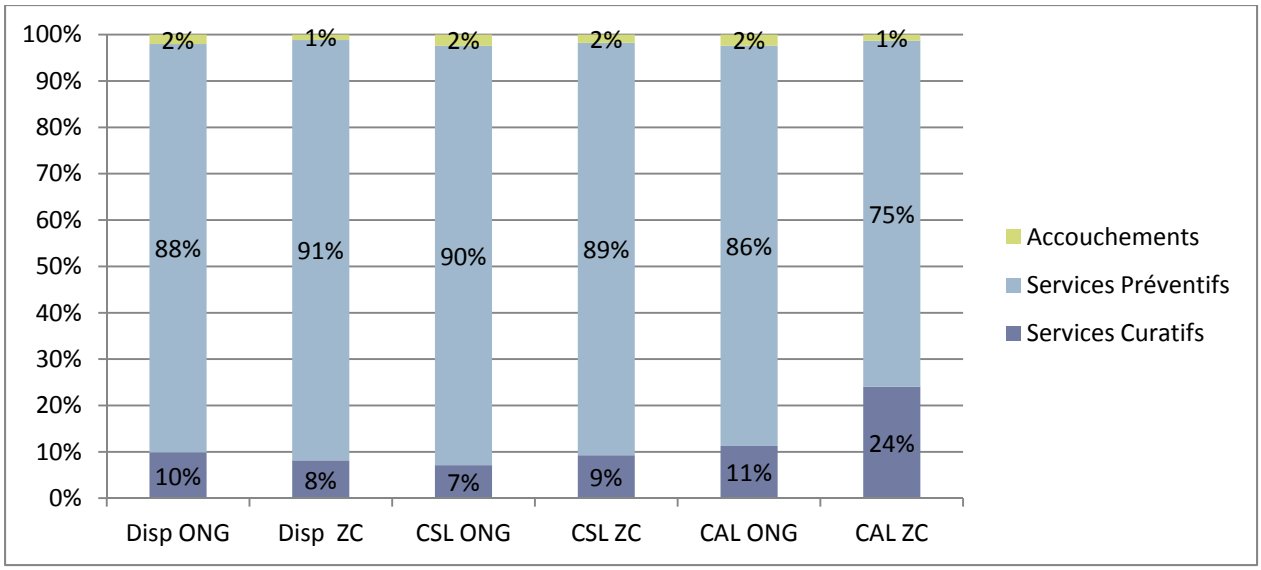
4.3. Utilisation Totale Par Type de Service

Du point de vue de la distribution des services par type (préventif, curatif et accouchement) près de 90% des services offerts dans les sous-echantillons des dispensaires, CSL et CAL des ZC et des ONG sont des services préventifs contre un peu moins de 10% de services curatifs, à l'exception du sous-échantillon des CAL des ZC, où 24% des services sont curatifs. Les CAL des ONG offrent donc proportionnellement plus de services préventifs que les CAL des ZC. Cette tendance pourrait s'expliquer par la nature des contrats des ONG qui reçoivent un paiement basé sur la performance (PBF), récompensant les ONG qui atteignent un nombre cible de services de santé maternelle et infantile offerts. Ces cibles se concentrent pour l'essentiel sur des services de prévention, comme la pesée, les méthodes de planning familial et la vaccination, incitant les ONG à offrir davantage de services préventifs bien définis. Les PPS des ZC ont rejoint le mécanisme basé sur la performance récemment si bien que l'offre des services pourrait etre moins axée sur les services préventifs. Les accouchements communautaires et institutionnels representent entre 1 et 2% de l'utilisation totale des services de santé dans les six sous-echantillons.

Tableau 8 : Utilisation totale de l'échantillon, désagrégée par type de service, 2011

	Services Curatifs	Services Preventifs	Accouchements	Total
Dispensaire ONG	1 802	16 083	370	**18 255**
Dispensaire ZC	2 002	22 228	284	**24 514**
CSL ONG	3 546	45 098	1 198	**49 843**
CSL ZC	3 278	31 477	617	**35 372**
CAL ONG	7 265	55 596	1 526	**64 388**
CAL ZC	9 562	29 669	515	**39 748**

Graphique 1 : Utilisation totale de l'échantillon, par type de service (%), 2011



4.4. Coûts totaux des services du PMS

La comparaison des coûts totaux par niveau montre que les CAL ont des coûts totaux plus élevés que les CSL qui ont des coûts plus élevés que les dispensaires (cf. tableau 9), ce qui est naturel car les CAL offrent plus de services curatifs et couteux que les CSL qui, à leur tour offrent plus de services curatifs et couteux que les dispensaires. Ainsi, les CAL ont des coûts totaux 209% plus élevés que les dispensaires et 62% plus élevés que les CSL.

Le coût total du PMS est 15% plus élevé dans les dispensaires des zones ciblées (Moy: 3 199 007 HTG; ET: 597 180 HTG; Etendue: 2 625 494-3 817 329 HTG) que dans les dispensaires des ONG (Moy: 2 770 620 HTG; ET: 430 902 HTG; Etendue : 2 465 927- 3 075 315).

Les coûts totaux des sous-échantillons des CSL et CAL gérés par les ONG sont systématiquement plus élevés que ceux des sous-échantillons des CSL et CAL des ZC car les sous-échantillons des PPS gérés par les ONG ont une utilisation moyenne plus élevée que celle des sous-échantillons des ZC. Les coûts des services du PMS sont 12% plus élevés dans le sous-échantillon des CSL des ONG (Moy : 5 997 480 HTG ; ET : 5 938 917 HTG ; Etendue : 2 602 143 - 20 588 784 HTG) que dans le sous-échantillon des CSL des ZC (Moy : 5 373 207 HTG ; ET :2 259 838 HTG ; Etendue :3 265 746-7 950 657 HTG). Les coûts moyens totaux des services de santé des CAL des ONG (Moy : 10 425 909 HTG ET : 5 249 873 HTG ; Etendue :4 643 801 - 19 458 839 HTG) sont 30% plus élevés que les coûts totaux des CAL des ZC (Moy :8 036 159 ; ET : 4 627 778 ; Etendue : 4 875 889 - 13 279 304 HTG).

Les coûts totaux des sous-échantillons ont des distributions asymétriques car ils incluent des PPS de population de desserte et d'utilisation variées, ce qui est particulièrement prégnant

pour les sous-échantillons des CSL et CAL gérés par les ONG, car ils incluent des PPS de toute zone géographique, alors que les zones ciblées incluent essentiellement des PPS de milieu rural.

Tableau 9 : Coûts totaux du PMS de l'échantillon, 2011

	Moyenne	Médiane	Ecart Type	Minimum	Maximum
Dispensaire ONG	2 770 620	2 770 620	430 902	2 465 927	3 075 315
Dispensaire ZC	3 199 007	3 154 197	597 180	2 625 494	3 817 329
CSL ONG	5 997 480	4 243 621	5 938 917	2 602 143	20 588 784
CSL ZC	5 373 207	5 144 569	2,259 838	3 265 746	7 950 657
CAL ONG	10 425 908	10 026 503	5 249 873	4 643 801	19 458 839
CAL ZC	8 036 159	5 953 184	4 627 778	4 875 989	13 279 304

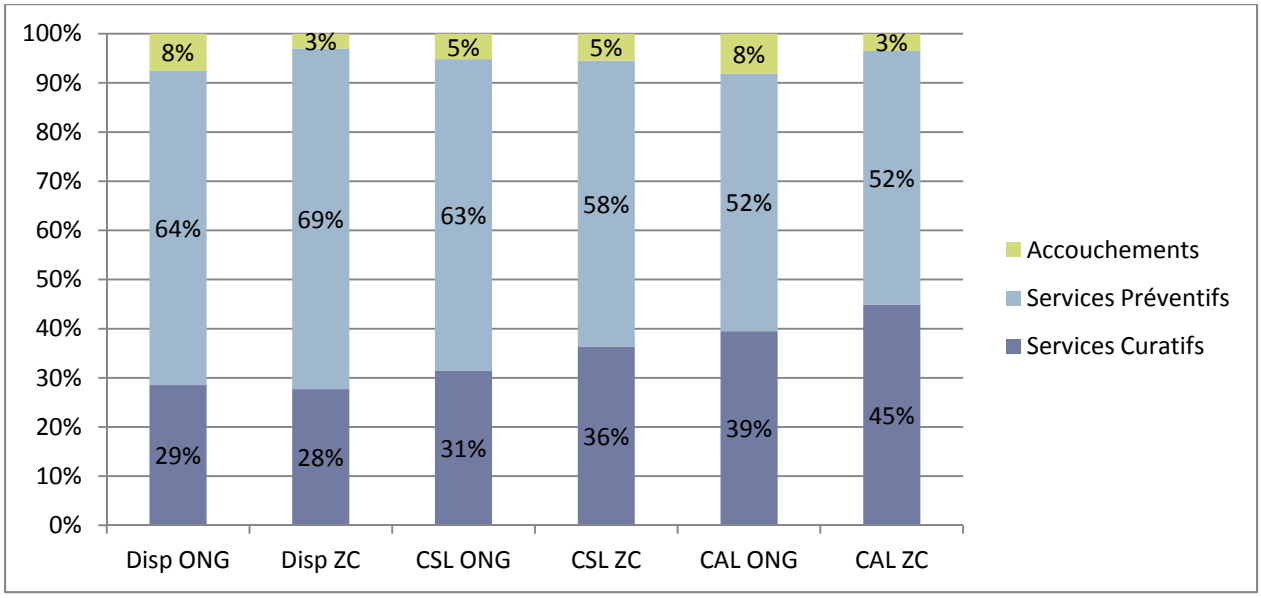
4.5. Coûts Totaux par Type de Service

En moyenne, les dispensaires allouent un peu plus du quart de leurs ressources aux services de santé curatifs et cette proportion augmente dans les CSL et CAL, allouant respectivement 33% et 42% en moyenne aux services curatifs. Il semble que la proportion des dépenses allouées aux services curatifs soit plus élevée dans les sous-échantillons des PPS des ZC aux niveaux des CSL et CAL, certainement, parce qu'ils ont récemment été placés sous PBF au niveau du réseau SDSH, mettant l'accent sur la provision de services curatifs (cf. paragraphe 4.3 Utilisation totale par type de service). La proportion des ressources allouées aux services curatifs augmentant dans les CAL, reflète la prise en charges de pathologies à coûts élevés comme les maladies du VIH/SIDA, PTME et tuberculose. Les dépenses allouées aux accouchements représentent 8% des dépenses totales des sous-échantillons des ONG et 3% dans les sous-échantillons des ZC, à l'exception du sous-échantillon des CSL des ZC et ONG ou la proportion des dépenses allouée aux accouchements représentent 5%.

Tableau 10 : Coûts totaux de l'échantillon, désagrégés par type de service, 2011

	Services Curatifs	Services Préventifs	Accouchement	Totale
Dispensaires ONG	790 514	1 771 184	208 923	2 770 621
Dispensaires ZC	886 749	2 215 556	96 701	3 199 007
CSL ONG	1 9235 296	3 761 387	310 797	5 997 480
CSL ZC	1 947 210	3 161 216	264 781	5 373 207
CAL ONG	4 157 716	5 380 549	887 644	10 425 908
CAL ZC	3 583 214	4 154 324	298 621	8 036 159

Graphique 2 : Coûts totaux de l'échantillon, désagrégés par type de service (%), 2011



4.6. Coûts Totaux par Entrée

En termes absolue, les dépenses allouées aux ressources humaines sont plus importantes dans les dispensaires des ZC (1 932 485 HTG) que dans les dispensaires des ONG (1 169 500 HTG). Les dispensaires des ZC dépensent 65% de plus en RH que les dispensaires des ONG et leur cout total est 15% plus élevé que celui des dispensaires des ONG. Les dépenses allouées aux ressources humaines sont également plus élevés dans les CSL et CAL des ZC (respectivement 3 445 424 HTG et 5 565 438 HTG) que dans les CSL et CAL gérés par les ONG (respectivement 2 611 486 HTG et 5 082 338 HTG) bien que les coûts totaux des CSL et CAL gérés par les ONG soient plus élevés que ceux des CSL et CAL des ZC (cf. tableau 11). Les CSL des ZC dépensent 35% de plus en ressources humaines que les CSL des ONG alors que les CAL des ZC dépensent 6% de plus en ressources humaine que les CAL des ZC. Les coûts de fonctionnement et des médicaments et intrants de laboratoire sont plus élevés dans les PPS des ONG que ceux des ZC. Les coûts des médicaments et intrants de laboratoire sont à peu près similaires aux niveaux des dispensaires.

Tableau 11 : Comparaison des coûts totaux de l'échantillon (HTG), par entrée, 2011

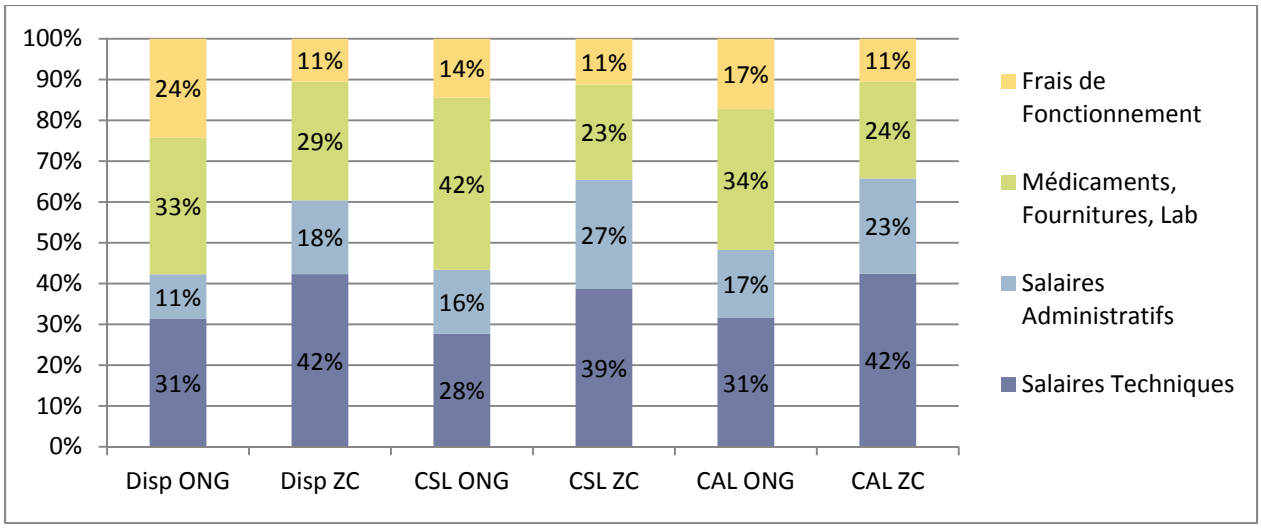
	Salaires Techniques	Salaires Administratifs	Médicaments, Fournitures, Lab	Frais de Fonctionnement	Coûts Totaux
Dispensaires ONG	866 652	302 848	925 814	671 307	2 770 621
Dispensaire ZC	1 353 175	579 310	930 399	336 123	3 199 007
CSL ONG	1 686 244	925 243	2 526 769	859 225	5 997 480
CSL ZC	2 078 234	1 436 408	1 254 119	604 446	5 373 206
CAL ONG	3 271 011	1 811 327	3 572 011	1 771 559	10 425 907
CAL ZC	3 348 575	1 943 247	1 898 003	846 334	8 036 159

Le Graph 3 révèle que les PPS des Zones Ciblées allouent les deux tiers de leurs dépenses totales aux Ressources Humaines alors que les PPS des ONG allouent en moyenne 45% de leurs dépenses totales aux ressources humaines. La même tendance se dégage en terme absolue (Tableau 11).

Sur ces dépenses totales, les dispensaires des ONG et ZC allouent respectivement 42% et 60% aux ressources humaines (cf. Graph 3). Proportionnellement, les dispensaires des ONG ont donc des dépenses courantes en médicaments, intrants de laboratoire et fournitures médicales et autres coût de fonctionnement plus élevés que ceux des dispensaires des ZC. La même tendance est observable auprès des CSL. 65% des dépenses totales des CSL des ZC sont allouées aux ressources humaines contre 43% pour les CSL des ONG. Les CSL des ONG dépensent 80% de plus en médicaments, fournitures médicales, intrants de laboratoire que les CSL des ZC, et les deux sous-échantillons ont des frais de fonctionnement plus ou moins identiques (cf. Graph 3).

Les CAL des ONG allouent presque moitié de leurs dépenses totales aux ressources humaines, contres 65% pour les CAL des ZC. Les CAL des ONG dépensent proportionnellement plus au niveau des médicaments, intrants en laboratoire, fournitures médicales : le tiers de leurs dépenses est alloué aux médicaments, intrants de laboratoire et fournitures médicales, et le cinquième aux frais de fonctionnement alors que les frais de fonctionnement représentent 11% des dépenses totales des CAL des ZC, et les médicaments, intrants de laboratoire et fournitures médicales, le cinquième (cf. Graph 3).

Graphique 3 : Comparaison des coûts totaux de l'échantillon (%), par entrée, 2011



4.7. Personnel

Le personnel des PPS de l'échantillon est composé d'agents communautaires, de personnel communautaire qualifié (Auxiliaire/Infirmière communautaires) et de personnel institutionnel qualifié (Médecin, Sage-Femme, Infirmière, Auxiliaire, Laborantin et travailleur social).

Les Dispensaires des ZC semblent avoir un plus large éventail de nombre d'employés (14-25) que les dispensaires des ONG (17-21). En moyenne, les dispensaires des ONG et des ZC semblent avoir le même nombre d'agents communautaires, mais les dispensaires des ZC disposent d'un éventail plus large (5-23) par rapport aux dispensaires des ONG (10-17). Il faut noter que le MSPP stipule qu'un agent de santé couvre 2000 habitants. Or la plupart des dispensaires sont dans des zones rurales, voire reculées, si bien qu'un agent de santé couvrira moins de 2000 habitants. Cela explique la raison pour laquelle tous les dispensaires, ZC et ONG, semblent avoir plus d'agents de santé que d'après les normes (avec une population desservie moyenne proche de 16 000 habitants, les dispensaires devaient avoir 8 agents de santé). Les dispensaires des ONG et des Zones Ciblées ont entre 1 et 2 personnels institutionnels qualifiés, à l'exception de deux dispensaires des Zones Ciblées qui disposent de 4 personnels institutionnels qualifiés. Les dispensaires des ONG et des ZC ont un nombre similaire de personnel qualifié communautaire, proche de 1.

Dans l'ensemble les CSL des ZC ont tendance à avoir un plus grand nombre d'employés que les CSL des ONG, mais les CSL des ONG ont une variation plus élevée et un nombre d'employés compris entre 10 et 98 alors que les CSL des ZC ont entre 18 et 50 employés. Le CSL avec 98 employés est un PPS qui est le seul CSL dans une zone urbaine du Nord du pays. En moyenne, les CSL des ONG ont un nombre d'employés plus proche de 10 alors que les CSL des ZC sont plus proches de 18. Les CSL des ONG ont moins de 10 Agents de

Santé par PPS sauf 2 PPS qui ont 21 et 23 agents de santé communautaires. Les CSL des ZC ont plus d'agents communautaires avec un nombre compris entre 12 et 30. L'une des raisons pouvant expliquer le nombre plus élevé d'agents communautaires dans les CSL des ZC est que ces CSL couvrent des zones plus reculées, si bien que les agents communautaires couvrent moins de 2000 habitants par personne. A l'opposé, les CSL des ONG semblent avoir peu d'agents communautaires. L'une des raisons serait que certains PPS de l'échantillon des CSL des ONG se trouveraient dans la capitale et il se pourrait qu'un agent communautaire couvre plus de 2000 habitants.

Les CSL gérés par les ONG ont moins de 7 personnels institutionnels qualifiés en moyenne, mais le CSL géré par l'ONG en zone urbaine a 36 personnels institutionnels qualifiés. Les CSL des Zones Ciblées ont moins de personnel institutionnel qualifié que les CSL des ONG, avec une étendue du personnel qualifié institutionnel comprise entre 2 et 8. Les CSL des ONG et des ZC ont un nombre similaire de personnel qualifié communautaire compris entre 1 et 2.

Les CAL des ONG semblent avoir plus d'employés et une variation plus large (23-70) que les CAL des ZC (27-47). Les CAL des ONG et des ZC ont un nombre similaire d'agents communautaires mais les CAL gérés par les ONG ont une étendue plus large avec un PPS ayant 3 agents de santé alors qu'un autre PPS emploie 44 agents de santé. L'étendue du nombre d'agents de santé est plus réduite dans les CAL des ZC et est comprise entre 12 et 24. Les CAL gérées par les ONG ont plus de personnels institutionnels qualifiés que les CAL des ZC. Les CAL gérées par les ONG ont entre 7 et 11 personnels institutionnels qualifiés et les CAL gérés par les ZC entre 7 et 10 personnels qualifiés institutionnels. Un des CAL d'une ONG a 24 personnels institutionnels qualifiés car ce CAL a une population desservie élevée. En moyenne, les CAL des ONG et des ZC ont le même nombre de personnels communautaires qualifiés mais une étendue plus élevée dans l'échantillon des CAL des ONG (1-5) comparé à l'échantillon des CAL des ZC (2-3).

Les coûts salariaux semblent plus élevés en magnitude et pourcentage du coût total dans les échantillons des ZC. Les coûts salariaux varient également par type de gestion et niveau de PPS. Les dispensaires des ZC ont un coût salarial plus élevé que les dispensaires des ONG car deux des dispensaires des ZC ont deux fois plus de personnel qualifiés institutionnels, augmentant leurs coûts en main d'œuvre. En moyenne, les CSL des Zones Ciblées ont un plus grand nombre d'employés que les CSL des ONG ce qui pourrait expliquer un coût en main d'œuvre plus élevé. Les CAL des ONG ont plus de personnel que les CAL des ZC mais le niveau salarial semble plus élevé dans les CAL des ZC que dans les CAL des ONG, ce qui pourrait expliquer un cout en main d'œuvre plus élevé dans les CAL des ZC. Il faut noter que deux des trois CAL des ZC ont une gestion mixte, avec des financements additionnels de ceux de SDSH, ce qui pourrait expliquer le niveau relativement plus élevé des salaires.

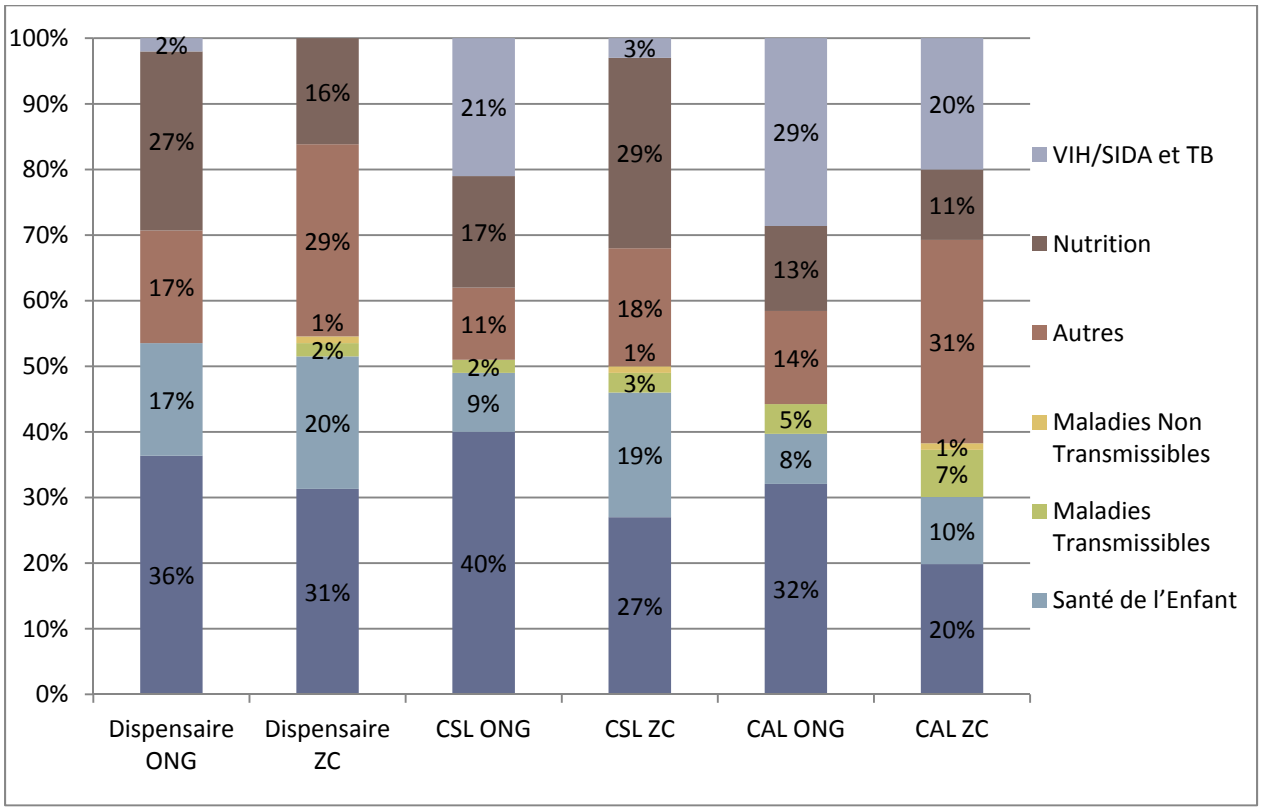
4.8. Coût Par Programme

Dans les PPS des ONG, 83% des ressources sont allouées aux programmes clés du PMS, c.-à-d. : la santé maternelle, la santé de l'enfant, la nutrition (vitamine A, Malnutrition des moins de 5 ans) et le VIH/SIDA/TB contre 69% dans les CSL des ZC.

La proportion de la santé maternelle, la nutrition et la santé de l'enfant représentent près de 80% des dépenses des dispensaires des ONG mais ces 2 proportions diminuent graduellement au profit du programme VIH/SIDA/TB dans les CSL et CAL des ONG, incluant des services comme la prise en charge du VIH/SIDA avec les ARV, les soins palliatifs VIH/SIDA, le dépistage volontaire et le diagnostic et traitement de la TB, dernières activités qui ne sont pas réalisées en dispensaire.

Les PPS des ZC dépensent une proportion moins élevée en santé maternelle et de l'enfant au profit des « autres maladies », dont la proportion moyenne est de 26% contre 14% dans les PPS des ONG. « Autres maladies » ne sont pas directement liées au PMS et comprennent de nombreuses pathologies comme les diarrhées, pneumonie, douleurs abdominale, IRA, et anémie des plus de 5 ans et des adultes. Les taux de prévalences de ces pathologies étant élevés, il n'est pas étonnant de constater une forte allocation de ressources envers ces pathologies. Cependant, dans le cas des PPS des ZC cela pourrait également s'expliquer par la faible provision des services en VIH/SIDA qui viennent de débuter dans les sites des ZC, mais aussi d'une faible utilisation ou sous-reportage des services du PMS.

Graphique 4 : Coûts Totaux du PMS de l'échantillon, par Programme (%), 2011



4.9. Utilisation Projetée et Accès

Ce paragraphe compare l'utilisation réelle et projetée des échantillons de PPS pour évaluer les besoins des PPS (cf. tableau 12). L'utilisation projetée est estimée en appliquant les taux de prévalence des maladies à la population desservie pour déterminer le nombre de cas à traiter si 100% des besoins des populations étaient couverts. La comparaison du ratio utilisation actuelle et utilisation projetée permet d'évaluer l'accès en termes d'utilisation des services de santé.

L'accès est plus élevé dans les PPS des ZC car la différence entre l'utilisation actuelle et projetée est plus faible que celle des CSL et des CAL des ONG. L'une des raisons possibles est que la population desservie par les ONG est plus élevée que celle des ZC, avec davantage de besoins à couvrir.

Deux des dispensaires des ZC ont une utilisation plus élevée due à une population desservie réelle plus élevée que leur population desservie officielle. Cela pourrait expliquer une plus faible différence entre leur utilisation réelle et actuelle et un meilleur accès.

Graphique 5 : Accès aux services de santé dans les PPS de l'échantillon, 2011

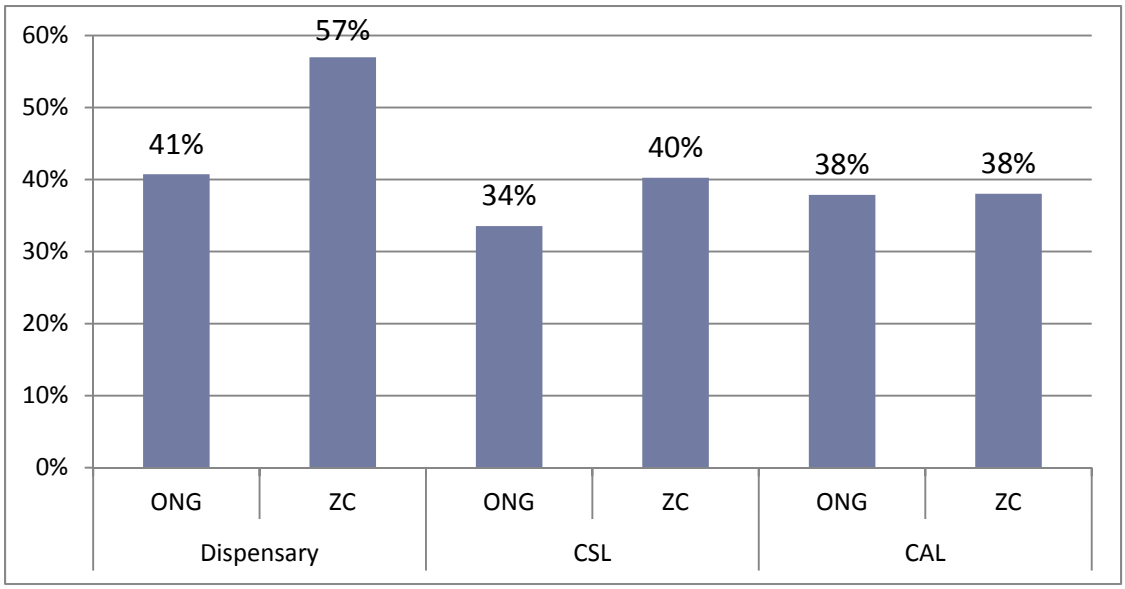


Tableau 12 : Utilisation réelle et projetée des services de santé de l'échantillon

	Disp ONG	Disp ZC	CSL ONG	CSL ZC	CAL ONG	CAL ZC
Utilisation Réelle	18 255	24 513	49 843	35 372	64 388	39 746
Utilisation Projetée	44 823	43 028	148638	87 940	169 968	104 559
Ratio	41%	57%	34%	40%	38%	38%

4.10. Projection des Coûts Totaux

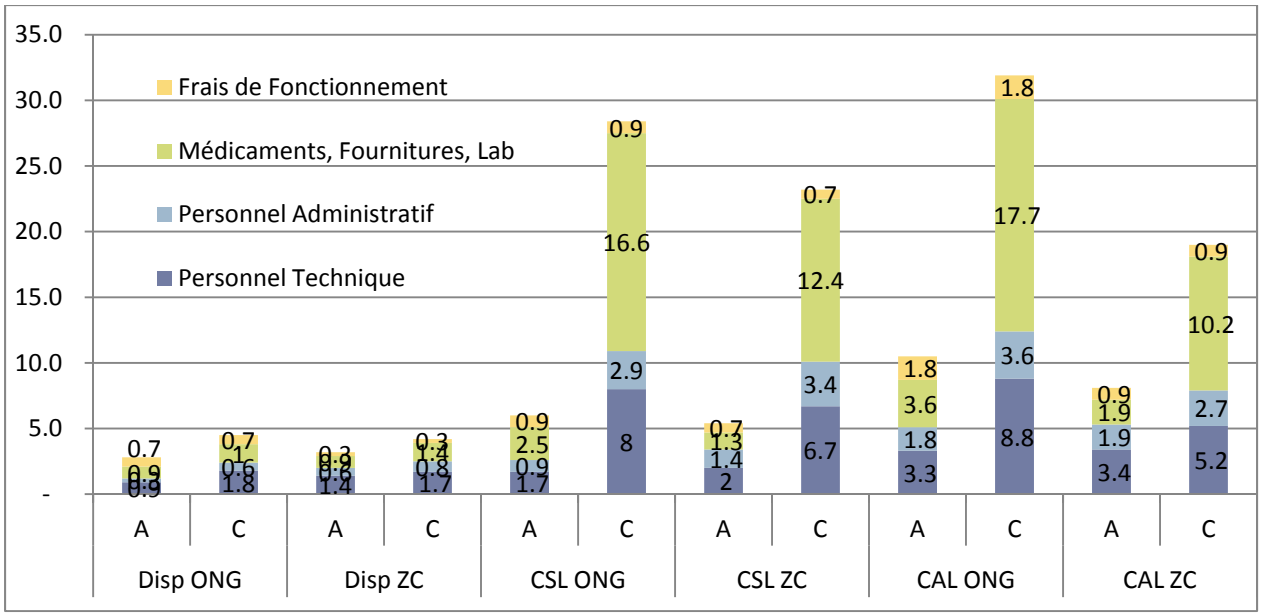
Les coûts des PPS sont présentés en utilisant 2 scénarios de CORE Plus (voir Méthodologie pour des explications détaillées de chaque scenario).

- Scénario A: Coûts Réels et Utilisation Réelle
- Scénario C: Coûts Standards et Utilisation Projetée en multipliant la population desservie par les taux de prévalence de chaque pathologie pour déterminer le nombre de cas à traiter si 100% des besoins étaient couverts.

Les salaires standards du personnel technique et administratif se basent sur la grille des salaires du ministère de la santé et de la population, 2011 pour le scénario C.

Il n'y a pas de standards pour les « autres frais de fonctionnement des PPS » car il est difficile de déterminer le coût standard d'un loyer ou de la consommation d'électricité par niveau. Pour cette raison, un montant similaire pour les coûts de fonctionnement des PPS a été conservé pour les 2 scenarios (A et C). Le PMS ne détermine pas non plus de standard au niveau du nombre de personnel administratif, qui ne varie pas entre les 2 scénarios. Par contre le coût du personnel administratif varie du scénario A à C, car pour le scénario C, les salaires standards sont appliqués au nombre de personnel administratif.

Graphique 6 : Coûts actuels et projetés du PMS, par entrée, 2011



Les CAL ont des besoins en financement plus élevés que les CSL qui ont des besoins en financement plus élevé que les Dispensaires. Cela s'explique par le fait que les CAL ont une population desservie plus importante que les CSL et Dispensaires et une utilisation et des besoins projetés plus important. Les médicaments, les tests de laboratoire et les fournitures médicales représentent un besoin en financement majeur pour tous les niveaux et types de gestion. Le besoins en financement en personnel technique est plus faible dans les PPS des Zones Ciblées car elles ont un cout salarial réel plus élevé que celui des ONG. Les frais de fonctionnement restent constants sous les 2 types de scenarios car il n'y a pas de standard. Le nombre de personnel administratif reste constant sous les deux scénarios mais le salaire standard est appliqué au nombre actuel de personnel administratif pour le scenario C. Les besoins en financement pour le personnel administratif apparaissent plus importants pour l'échantillon des ONG car les salaires du personnel administratif pourraient être moins élevés que les salaires du personnel administratif des ZC.

4.10. Coût Moyen Annuel du PMS par Personne

Ce chapitre présente le coût moyen du PMS par Personne ventilé par niveau (dispensaire, CSL et CAL) ainsi que par type de contrat (ZC, ONG). Le coût moyen du PMS par personne a été calculé en estimant le coût du PMS par personne pour chacun des 28 PPS, base sur laquelle une moyenne du coût du PMS par personne a été estimée par niveau.

Coût Moyen Annuel du PMS par Personne

Le coût moyen annuel du PMS par personne est de 173 HTG (ET : 35 HTG) dans des dispensaires d'ONG et de 294 HTG (ET :172HTG), dans les dispensaires des ZC, soit une différence de 70% qui peut s'attribuer à l'asymétrie de l'échantillon des dispensaires des ZC (ET :171 HTG). En effet, 2 des dispensaires des ZC ont des coûts totaux relativement élevés pour une population desservie inférieure à 10,000 habitants. Il se pourrait que ces deux dispensaires desservent une population plus importante que la population desservie officielle, raison pour laquelle le coût du PMS par personne serait plus élevé dans les dispensaires des ZC que dans les dispensaires des ONG.

Le coût moyen annuel du PMS dans les CSL des ONG est de 101 HTG (ET :49 HTG), soit 92% plus bas que le coût moyen annuel du PMS dans les CSL des ZC, qui est de 194 HTG (ET :52 HTG). Le coût réel du PMS par personne est plus faible dans les CSL des ONG car la population desservie est plus élevée que celle des CSL des ZC.

Le coût moyen annuel du PMS dans les CAL des ONG est de 207 HTG (ET :122), contre 252 HTG (ET :129) dans les CAL des ZC. Le coût du PMS dans les ZC est 22% plus élevé que celui des ONG du fait d'une population desservie moins importante, augmentant les coûts par personne. Il faut noter la valeur élevée de l'écart type pour les CAL des ZC (ET : 122) et des ONG (ET : 129).

Les coûts réels moyens du PMS par personne sont plus élevés en CAL qu'en CSL s'expliquant par une augmentation de la proportion des services curatifs et de la prise en charge du VIH/SIDA, services coûteux en CAL.

Les coûts réels moyens du PMS par personne sont plus élevés en dispensaire qu'en CSL en raison de la faible population desservie moyenne des dispensaires qui accroit le coût moyen par personne.

Tableau 13 : Coût moyen annuel par personne du PMS par niveau et type de contrat, 2011

	Utilisation et Coût Réel		Couverture de 100% et Cout standard	
Moyenne Par Catégorie	**Moyenne**	**Ecart Type** (Etendue)	**Moyenne**	**Ecart Type (Etendue)**
Dispensaire ONG	173	35 (148-197)	284	1 (283-284)
Dispensaire ZC	294	172 (108-445)	298	85 (210-381)
CSL ONG	101	49 (66-242)	498	22 (478-544)
CSL ZC	194	52 (108-245)	521	42 (483-578)
CAL ONG	207	129 (92-453)	532	52 (486-630)
CAL ZC	252	121 (124-366)	539	70 (490-619)

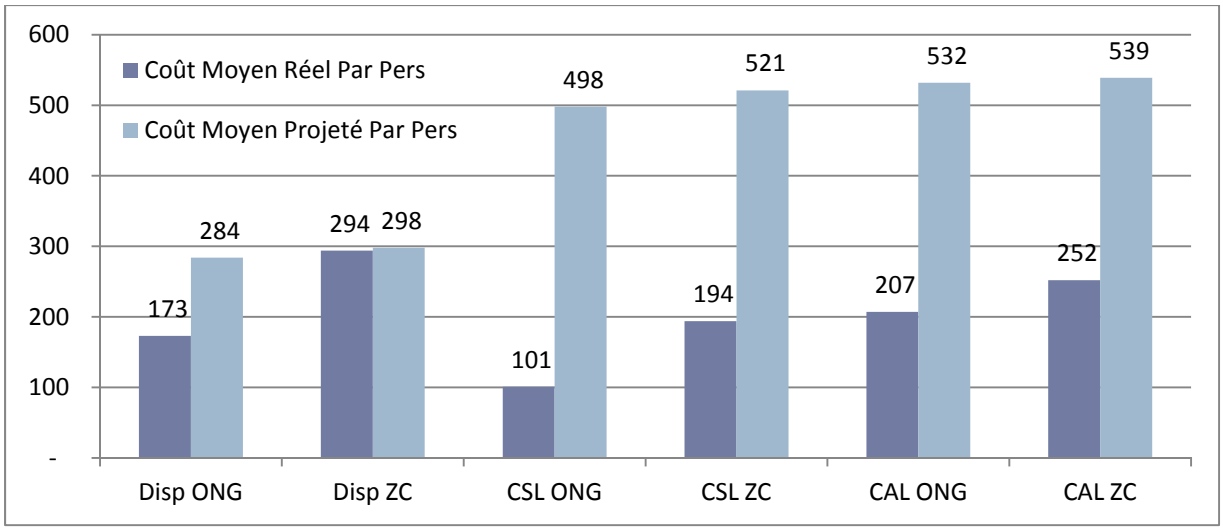
Projections du Coût Moyen Réel par Personne

Les coûts moyens annuels du PMS par personne des scénarios A (utilisation et coûts actuels) et C (100% de la population couverte et coûts standards) montrent qu'il y a un sous-financement pour tous les niveaux et types de contrat. Les coûts projetés du PMS par personne sont tous plus élevés que le coût réel du PMS par personne car les coûts totaux projetés sont plus élevés et la population desservie reste la même. Les coûts projetés du PMS sont légèrement plus importants dans les CSL et CAL des ZC car leur population desservie est plus élevée que celle des CSL et CAL des ONG. De plus, le nombre plus élevé de personnel administratif dans les dispensaires, CSL et CAL des ZC augmente le coût projeté du personnel administratif et donc de leurs coût total et du coût du PMS par personne.

Il n'y a pas d'activité de diagnostique en dispensaire ni de services de VIH/SIDA si bien que les coûts projetés des dispensaires sont moins élevés que ceux des CSL et CAL.

Les coûts du PMS projetés sont proches entre les CSL et CAL, car le modèle CORE Plus des CSL et CAL est le même pour les deux niveaux, mais il y a plus de personnel administratif en CAL qu'en CSL augmentant les coûts projetés des CAL par rapport aux CSL, et donc leur coût par personne.

Graphique 7 : Coût moyen réel et standard du PMS par personne de l'échantillon, 2011



4.11. Coût Moyen De Services du PMS

Le chapitre suivant décrit le coût unitaire moyen du PMS par niveau. Le coût unitaire moyen du PMS a été calculé pour chacun des PPS en divisant le coût total du PPS par le nombre de

services offerts au sein du PPS. Ensuite, une moyenne a été estimée pour chacun des 6 échantillons. Une description détaillée des coûts unitaires de tous les services du PMS est disponible en annexe par niveau. Le chapitre suivant fournit une estimation globale du coût unitaire moyen du PMS. Comparer le coût unitaire réel du PMS entre les six échantillons est difficile parce que les PPS offrent une combinaison variée de services en fonction du niveau et du type de contrat. Par exemple, les CAL gérés par les ONG offrent plus de services liés au VIH que les CAL des ZC parce que les CAL viennent de rejoindre le réseau SDSH. Par conséquent, le coût unitaire des PMS sera plus élevé dans les CAL gérés par les ONG que dans les CAL des ZC parce que les services VIH sont coûteux. Il est donc recommandé de comparer le coût unitaire réel des PMS avec le coût unitaire projeté pour évaluer certains déficits de financement ou de sous-utilisation pour chaque niveau et type de contrat.

Tableau 14 : Coût unitaire moyen du PMS par niveau et type de contrat, 2011

	Utilisation et Coût Réel		Couverture de 100% et Cout standard	
	Coût Unitaire Moyen	Ecart Type (Etendue)	Coût Unitaire Moyen	Ecart Type (Etendue)
Dispensaire ONG	152	47 (131-174)	102	0 (102-102)
Dispensaire ZC	168	90 (90-266)	118	76 (83-150)
CSL ONG	122	88 (63-283)	195	8 (184-208)
CSL ZC	156	62 (108-256)	192	12 (179-195)
CAL ONG	195	129 (93-380)	195	15 (175-218)
CAL ZC	194	50 (154-250)	186	13 (174-199)

Projections

Le coût unitaire projeté du PMS offre un coût fondé sur des normes, assurant un plus haut niveau de qualité.

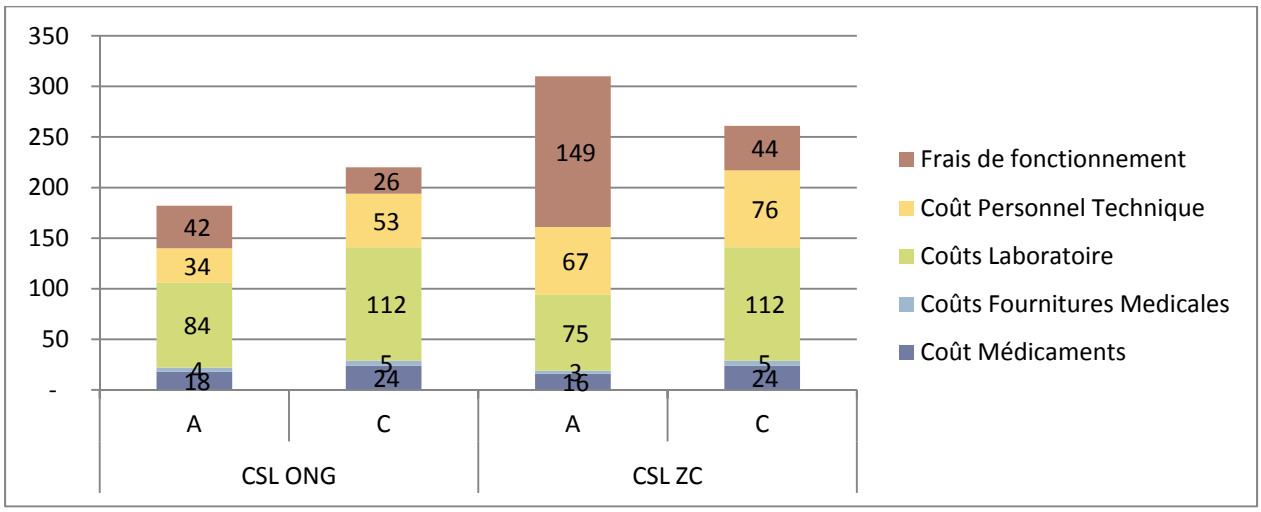
Dans les dispensaires des ONG et des ZC, le coût unitaire réel des PMS (Respectivement 152 HTG et 168 HTG) est plus élevé que le coût unitaire projeté (Respectivement 102 HTG et 118 HTG) en raison de la faible utilisation réelle. Les CSL des ONG et des ZC ont un coût unitaire réel (respectivement 122 HTG et 156 HTG) plus faible que leur coût unitaire projeté (respectivement 195 HTG et 192 HTG) en raison d'un coût total réel plus faible. Il est probable qu'il y ait des besoins de financement en termes de médicaments, intrants de laboratoire et fournitures médicales en situation réelle. Les coûts unitaires projetés et réels du PMS sont les mêmes dans les CAL gérés par les ONG (105 HTG). Les CAL des ZC présentent un coût unitaire projeté du PMS (186 HTG) plus faible que le coût unitaire réel (194 HTG) en raison d'un coût total réel élevé et d'une faible utilisation. Les coûts des entrées des services dans le scénario A ne sont pas standardisées et peuvent refléter une

sous-utilisation et / ou des déficits de financement. Pour cette raison, il est préférable d'utiliser les coûts unitaires projetés de chacun des services (cf. Annexe).

Sélection du coût unitaire de quelques services individuels du PMS

En général, les services du PMS sont plus chers dans les PPS des ONG que les PPS des Zones Ciblées, s'expliquant par une utilisation plus faible et un coût en personnel relativement plus élevé. CORE Plus alloue une portion des coûts de fonctionnement totaux sur chaque service de santé proportionnellement au coût des ressources humaines de chaque service. Comme les CSL des zones ciblées ont un coût réel en ressources humaines plus important de celui des CSL des ONG, la proportion en coûts fixes sera plus élevée. Par exemple, le coût réel en ressources humaines d'une consultation prénatale (Graph 9) est de 34 HTG dans les CSL des ONG et presque 2 fois plus dans les CSL des ZC (67 HTG). Ainsi, le coût unitaire de fonctionnement des CSL des ZC sera proportionnel à son coût en ressources humaines et plus élevé que le coût unitaire de fonctionnement des CSL des ONG (Graph 8). Les frais de fonctionnement incluent également le coût salarial du personnel administratif.

Graphique 8 : Coût unitaire d'une consultation prénatale par entrée dans les CSL d'ONG et des ZC, 2011



Les coûts unitaires suivants des services des programmes principaux du PMS illustrent le fait que les coûts unitaires sont relativement plus élevés dans les PPS des ZC que dans les PPS des ONG. Une consultation prénatale coûte respectivement 156 HTG, 182 HTG et 206 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ONG et 272 HTG, 310 HTG et 279 HTG dans les Dispensaires, CSL et CAL des ZC. Les vaccinations coûtent respectivement 210HTG, 176HTG et 157 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ZC mais 391HTG, 343HTG et 186 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ZC. Les services de planning familial coûtent respectivement 226HTG, 218HTG et 195 HTG en dispensaires, CSL et CAL des ONG, et

228HTG, 218HTG et 203 HTG en dispensaires, CSL et CAL des ZC. Les services de malnutrition coûtent respectivement 1818HTG, 1264HTGet 1168HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ONG et 1501HTG, 1533HTG et 1548 HTG dans les dispensaires, CSL et CAL des ZC. Les services de tuberculose coûtent respectivement 593 HTG, 1676 HTG dans les CSL et CAL des ONG et 4980 HTG et 3030 HTG dans les CSL et CAL des ZC.

De plus, la plupart des coûts unitaires des services de santé sont plus élevés dans les CSL et CAL que dans les dispensaires car les dispensaires n'incluent pas de coût en laboratoire et ont un faible nombre de personnel technique institutionnel. Cependant, certains services de santé sont plus chers en Dispensaire et CSL qu'en CAL comme les services de vaccination et de planning familial car l'utilisation est plus élevée dans les CAL que dans les CSL et les dispensaires. Par exemple il y a en moyenne 1250 visites institutionnelles de planning familial par an dans les CAL des ONG et 975 dans les CSL des ONG. Par ailleurs, le coût unitaire d'une visite de planning familial – courte durée (tableau 17) au niveau communautaire est plus bas qu'au niveau institutionnel car l'auxiliaire passe plus de temps en institution qu'au niveau communautaire, notamment avec l'évaluation des signes vitaux alors qu'il s'agit essentiellement de distribution de méthodes de contraceptions au niveau communautaire. Les vaccinations apparaissent plus cher au niveau communautaire dans les CAL ce qui pourrait venir du fait que les CAL ont plus de personnel communautaire, augmentant le coût unitaire de la vaccination.

Tableau 15 : Comparaison du coût moyen de quelques services, 2011

	Scénario	Dispensaire NGO	Dispensaire ZC	CSL ONG	CSL ZC	CAL ONG	CAL ZC
Consultations Prénatale	A	156	272	182	310	206	279
Consultations Prénatale	C	106	131	219	260	231	218
Consultation Post natale	A	247	423	146	346	183	277
Consultation Post Natale	C	169	207	160	211	173	158
Accouchement	A	0	0	0		1080	1547
Accouchement	C	0	0	0		960	793
Vaccination - Ins	A	201	391	176	343	157	186
Vaccination - Int	C	170	206	136	161	150	151
Vaccination - Comm	A	209	209	112	187	230	300
Vaccination - Comm	C	241	224	165	159	232	241
Malnutrition	A	1188	1371	1264	1486	1168	1239
Malnutrition	C	1501	1540	1533	1561	1548	1551
Diarrhée < 5 ans	A	238	430	297	643	359	489
Diarrhée < 5 ans	C	141	182	244	277	262	269
FP – CD - Institutionnel	A	500	761	461	1022	380	602
FP – CD - Institutionnel	C	396	447	394	440	401	414
FP – CD - Communautaire	A	226	228	218	218	195	203

FP – CD - Communautaire	C	316	305	287	289	292	293
PTME	A	0	0	691	0	515	81
PTME	C	0	0	371	412	402	400
TB	A	0	0	593	4980	1676	3030
TB	C	0	0	2074	2302	2113	2175
Malaria		112	168	125	556	244	429
Malaria		115	153	154	186	173	174

Coûts moyens projetés de quelques services individuels du PMS

Le coût unitaire projeté des services du PMS (scénario C) sont moins élevés que le coût unitaire des services (scénario A) car l'utilisation projetée est plus élevée, et les coûts de fonctionnement sont répartis sur un plus grande nombre de services. Le seul service pour lequel les coûts projetés sont plus élevés que les coûts réels est le service de planning familial-courte durée, au niveau communautaire, pour lequel il faut plus d'intrants comparé à la réalité. Dans les standards, nous avons déterminé que 16 préservatifs sont distribués à chaque demandeur, alors que ce nombre peut être plus bas en réalité en raison de rupture de stocks temporaires, entrainant une réduction des intrants en planning familial, et donc du coût réel. Les coûts unitaires projetés sont en général plus élevés dans les PPS des ZC (tableau 16) en raison d'une utilisation projetée plus faible (la population desservie moyenne des CSL et CAL des ZC étant plus faible que celle des CSL et CAL des ONG), augmentant le coût unitaire en ressources humaines et en frais de fonctionnement des CSL et CAL des ZC (car les coûts totaux en ressources humaines et frais de fonctionnements sont reparties sur un nombre de service moins élevés). Note qu'il semble un peu plus cher d'offrir la vaccination au niveau communautaire. Cela provient du fait qu'il y a plus de personnel offrant la vaccination au niveau communautaire (plusieurs agents de santé et une auxiliaire communautaire) qu'au niveau institutionnel, ou il s'agit essentiellement d'une auxiliaire communautaire.

5. Limitations

Cette étude de coût a présenté plusieurs défis quant à la constitution de l'échantillon et de la collecte des données.

Sélection des PPS de l'échantillon

En raison de la difficulté de collecte des informations financières auprès des ONG, l'étude de coût ne se base pas sur un échantillonnage aléatoire. En effet, les ONG du réseau de SDSH ne sont pas financées à 100% par le projet SDSH et reçoivent des financements de diverses sources et ne rapportent pas ces informations à SDSH. Pour cette raison, les ONG de l'échantillon ont finalement été sélectionnées sur une base volontaire. Les ONG qui ont participé à cette étude de couts sont celles qui ont accepté de partager leurs données d'utilisation et informations financières, ce qui a pu biaiser l'échantillon. En effet, les ONGs qui se sont proposé à participer à cette étude semblaient bénéficier d'un système d'information plus élaboré que celui de la moyenne. Il est donc probable que l'utilisation des PPS des ONG soit mieux reportée que l'utilisation d'un PPS d'une zone ciblée, sous-estimant les coûts unitaires réels des services du PMS des ONG par rapport aux ZC.

De plus, les PPS sélectionnés se concentrent dans trois départements d'Haïti. Même si ces trois départements concentrent l'essentiel de la population, ils ne peuvent représenter les coûts du PMS par niveau des 10 départements d'Haïti (cf. annexe).

L'échantillon des PPS des zones ciblées présentent également des contraintes. Les PPS des ZC choisis se trouvent dans les mêmes départements des ONG. Certains niveaux de PPS des ZC sont sous-représentés. Par exemple, il n'y avait pas de CAL dans l'Ouest et seulement un CAL et deux CAL dans les zones ciblées du Nord et du Nord-Est. De plus, deux des CAL sélectionnés présentait une situation particulièrement différente des CAL des ZC habituelles, avec de nombreux financements verticaux, accroissant le nombre de personnel moyen par CAL de ZC et pouvant biaiser la situation financière réelle moyenne d'un CAL de ZC.

Ces limites ont été adressées par l'utilisation du scenario C de CORE Plus, qui calcule les coûts du PMS sur la base des standards et d'une utilisation projetée. L'utilisation projetée est estimée en assumant que 100% des besoins des populations sont couverts (le taux de prévalence de chaque maladie est multiplié par la population desservie moyenne du sous-échantillon pour déterminer le nombre de cas nécessaires à traiter pour chacun des sous-échantillons). En général, les coûts moyens standards du PMS par personne et les coûts unitaires standards d'un service du PMS sont de même grandeur entre les sous-échantillons de mêmes niveaux (Dispensaires, CSL et CAL) des ZC et des ONG, car les hypothèses utilisées (taux de prévalence et calcul de l'utilisation projetée) sont les mêmes.

Taille des populations de desserte des PPS de l'échantillon

Une autre limitation est la taille des populations desservies des niveaux (dispensaire, CSL, CAL). En fonction de la situation géographique, la population desservie varie et il n'y a pas de population standard définie par niveau. Cela affecte ainsi les moyennes des coûts des services du PMS qui sont le résultat de très grandes variations au sein d'un même niveau. Les résultats sont ventilés par niveau et type de contrat pour donner une estimation globale du coût du PMS pour ces 2 catégories.

Données d'utilisation

Le rapport d'utilisation du MSPP n'est pas systématiquement complété du fait que le personnel des centres de santé a pour tâche de compléter plusieurs types de rapports et qu'ils privilégient les rapports des programmes verticaux, demandant plus de travail. Pour limiter les effets négatifs d'une sous-utilisation éventuelle, nous avons tenu compte des données d'utilisation également reportées auprès de SDSH et validées par le programme SDSH. Les données validées une seconde fois par SDSH sont les données d'utilisation des programmes de santé maternelle et infantile, planning familial et VIH/SIDA et TB, qui restent les grands axes et coûts majeurs du PMS ou PSPI. Les données les moins fiables sont certainement les pathologies qui n'étaient pas reportées dans le rapport SDSH, car non validées une seconde fois. Cependant certaines de ces données ont une utilisation mineure ce qui minimise leur effet en termes de coût.

Données Financières

Les ONG et Zones ciblées n'ont pas de rapport financier consolidé au niveau des PPS ni au niveau central.

Une ONG reçoit plusieurs types de financement: SDSH, Fond Mondial, recette interne, MSPP et dons de diverses organisations (UNICEF, PAM, SCMS, LMS etc…) rendant le retraçage des fonds complexes. Pour cette raison, il n'a pas toujours été possible d'effectuer la réconciliation des données entre le coût salarial annuel du fichier des salaires et des dépenses totales en ressources humaines du rapport financier consolidé car ce dernier n'était pas systématiquement présent. Dans le cadre de l'ONG C, les sources de financement provenaient essentiellement du MSPP, de l'ONG C et de SDSH. Comme les sources de financement étaient limitées au nombre de 3, l'ONG a pu préparer un rapport financier consolidé global. Les dépenses auprès de chaque PPS ont été déterminées en utilisant la population desservie de chaque PPS comme clé de répartition. Pour L'ONG A, nous avons utilisé le rapport d'audit et alloué les dépenses à chaque PPS sur la base de la population desservie par chaque PPS de l'ONG A. Pour l'ONG B, dans l'absence d'audit et de rapport financier consolidé au niveau de l'ONG ou d'un PPS, nous avons dû utiliser l'exercice budgétaire retraçant le montant des lignes budgétaires pour les dépenses récurrentes.

Il faut noter cependant que les données financières pour lesquelles nous avons rencontrées des difficultés sont les coûts de fonctionnement et représentent moins de 25% des

dépenses. Les ONG reportaient les coûts des médicaments, entrants de laboratoire et fournitures médicales achetés séparément et le coût du personnel était disponible dans les fiches de paie des ONG.

Dans les zones ciblées, les responsables financiers du Nord et du Nord-Est ont développé un rapport financier pour les dispensaires, CSL et CAL de l'échantillon, consolidant les données financières SDSH et du MSPP et d'autres organisations soutenant ces PPS, quand applicable.

6. Conclusion

L'utilisation totale du PMS est plus élevée dans les dispensaires des ZC que dans les dispensaires des ONG et a été influencée par un des dispensaires des ZC avec une utilisation élevée due à une forte population de desserte. L'utilisation des services du PMS est plus élevée dans les CSL et CAL des ONG car les échantillons des ONG incluent plus de PPS en zone urbaine et métropolitaine avec une utilisation plus élevée.

Les coûts totaux des dispensaires des ZC sont 15% plus élevés que les coûts totaux des dispensaires des ONG car leurs coûts en ressources humaines sont presque 2 fois plus élevés en raison de deux dispensaires des ZC qui ont 2 fois plus de personnel institutionnel qualifiés. Les CSL et CAL des ONG ont un coût total respectivement 12% et 30% plus élevé que celui des CSL et CAL des ZC, mais le coût en ressources humaines des CSL et CAL des ZC est plus élevé en magnitude et en pourcentage des coûts totaux que celui des CSL et CAL des ONG. Le cout de la main d'œuvre varie par type de PPS et de gestion. En moyenne les CSL des ZC ont plus de personnel que les CSL des ONG conduisant à un coût de la main d'œuvre plus élevé. Les CAL des ONG ont plus de personnel que les CAL des ZC mais le niveau de salaire semble plus élevé dans les CAL des ZC, augmentant le coût de la main-d'œuvre des CAL des ZC par rapport à celui des CAL des ONG. En comparaison avec l'échantillon des ZC, Il semble que les PPS des ONG gèrent leurs ressources humaines de manière plus efficace, ce qui pourrait résulter de la nature des mécanismes de contractualisation. Alors que les ONG de l'échantillon participent au mécanisme basé sur la performance depuis 1998 et sont incités à gérer leurs ressources de manière efficace pour atteindre les cibles des services de santé, les PPS des ZC ont récemment rejoint le système PBF et sont moins familiers avec quelques-uns des principes de base du PBF: une gestion efficace; l'innovation et garantir l'imputabilité des prestataires aux résultats attendus.

Le coût moyen du PMS par habitant est plus élevé dans les PPS des ZC car les dispensaires des ZC ont des coûts totaux plus élevés et une population desservie similaire à celle des dispensaires des ONG. Bien que les CSL et CAL des ZC aient une population desservie plus faible que celle des ONG, leur coût total est relativement plus élevé. Les coûts projetés du PMS sont plus élevés que les coûts réels du PMS par personne car les coûts totaux projetés sont plus élevés que les coûts totaux réels.

Le coût unitaire réel du PMS n'est pas comparable d'un PPS et type de contrat à un autre car chacun des PPS et type de contrats offrent une combinaison de services différente. Globalement le coût moyen des services du PMS apparait plus cher dans les échantillons des ZC que dans les ONG. Le coût de la main d'œuvre plus élevé et une utilisation plus faible concourent à augmenter le coût unitaire des services du PMS des échantillons des ZC. Certains services sont plus chers dans les CSL que dans les CAL en raison d'une utilisation plus élevée en CAL. Il est préférable d'utiliser les coûts unitaires projetés de chacun des services (cf. Annexe 3), qui se base sur une utilisation projetée et des coûts standards. La comparaison des coûts unitaires standards entre les échantillons des ZC et des ONG révèle

de faibles variations car les entrées sont standardisées. Les quelques variations restantes proviennent des frais de fonctionnement et du coût de la main d'œuvre administrative qui sont différents entre les PPS des ONG et de ZC et non standardisés.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence car les ONG ont été sélectionnées sur une base volontaire, représentant un biais, car il est probable que ces ONG, disposant des données nécessaires pour cette étude de coût, aient des systèmes de gestion relativement bons comparé à la moyenne des PPS, augmentant leur utilisation par rapport à celle des PPS des ZC. De plus la taille de certains sous-échantillons est faible, limitant la généralisation des résultats. Par ailleurs, deux des trois CAL des ZC sont appuyés par d'autres organisations que SDSH et le MSPP et ont une gestion mixte, biaisant les résultats des coûts réels de cet sous-échantillon. De plus la distribution des coûts est étendue car l'échantillon inclus des PPS de zones géographiques diverses. Un autre défi concernait le sous reportage de certaines données d'utilisation et l'absence de rapport financier par PPS. Pour pallier à cette limitation, les rapports d'utilisation du MSPP et de SDSH ont été collectés pour valider certaines données. Dans le cas des informations financières sur les dépenses courantes non-ressources humaines, les rapports d'audit, les rapports financiers consolidés, et dans d'autres cas, les budgets soumis à SDSH ont été utilisés. Pour allouer une portion des dépenses financières à chaque PPS, la population desservie par chaque PPS a été utilisée comme clé de répartition.

7. Recommandations

Sur la base des conclusions et des limitations de cette étude, il est recommandé d'augmenter la taille de l'échantillon pour déterminer les coûts unitaires des services individuels du PMS par niveau et type de gestion de tous les départements et aires géographiques. Cette étude offre un aperçu des coûts unitaires des services du PMS mais les résultats ne peuvent pas être généralisés. Dans le futur, il recommandé d'utiliser les coûts unitaires des services basés sur les coûts standards et d'une utilisation projetée afin de guider la politique de tarification du PMS et le calcul de la prime d'assurance maladie. Les coûts unitaires standards permettraient que les services du PMS soient fournis en respectant la qualité aux niveaux du personnel technique, des médicaments, des fournitures médicales et des tests laboratoire nécessaires.

Le MSPP et certains bailleurs de fonds explorent la mise en place d'un système de remboursement des ONG et Zones Ciblées sur la base d'un coût moyen du PMS par personne pour stimuler la production et l'offre de services du PMS à la population. Les résultats révélant que le coût du PMS varie par zone géographique et département, il est recommandé d'agrandir l'échantillonnage de cette étude de coût pour estimer le coût du PMS par personne par zone géographique et département. Bien que les mécanismes de remboursement doivent se fonder sur le coût moyen standard du PMS par habitant, assurant des services de santé de qualité, il semble difficile de mettre cela en pratique dans un avenir proche en raison de la rareté des ressources financières du pays. En outre, les ONG et ZC n'ont pas de système de gestion financière par PPS si bien qu'augmenter les financements au niveau des ONG risque de ne pas être absorbé et de ne pas avoir d'impact sur les résultats et l'utilisation des services de santé. Dans le future, pour obtenir un coût moyen du PMS par habitant, il est suggéré que chaque PPS développe et utilise un rapport financier consolidé. Cela faciliterait la conduite d'études de coût et servirait de référence pour améliorer les estimations du coût moyen du PMS par habitant.

Cette étude est l'une des premières tentatives examinant le coût et l'utilisation des points de prestation des ONG et du MSPP sous contrat PBF. Des travaux supplémentaires se penchant sur les déterminants de l'efficacité technique des deux modes de contrats permettront de d'apporter des informations supplémentaires au MSPP sur ces deux mécanismes et ses orientations futures en matière de politiques de financement et d'offre du PMS.

8. Bibliographie

Afghanistan Ministry of Public Health (2007). The Basic Package of Health Services

CIA, The World Fact Book, Central America and Caribbean: Haiti. Retrieved on April 15 from: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html

Haitian Ministry of Public Health and Population (2006). Le Paquet Minimum d'Activités

Gouvernement de la République d'Haïti (2007). Programme National de Lutte contre le Sida. Plan stratégique National Multisectoriel 2008-2012. Téléchargé le 7 mars 2012 à partir de : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACO465.pdf

Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatiques (2007). Projections de population totale, urbaine, rurale et économiquement active. Téléchargé le 9 Février 2012 à partir de : http://www.ihsi.ht/pdf/projection/ProjectionsPopulation_Haiti_2007.pdf)

Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatiques (2009). Population totale, Population de 18 ans et plus, ménages et densités estimés en 2009

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Enquête Mortalité, Morbidité et utilisation des Services, (EMMUS-IV). Haïti, 2005-2006

Ministère de la Santé Publique et de la Population. Guide pour la Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH et de la Syphilis. Juillet 2010

Ministère de la Santé Publique et de la Population, Management Sciences for Health, USAID . Projet HS-2004 (2004). Protocole des Visites Domiciliaires.

Ministère de la Santé Publique et de la Population, Management Sciences for Health, USAID projet HS-2004 (2004). Protocole d'Organisation des Postes de Rassemblement.

Ministère de la Santé Publique et de la Population, Management Sciences for Health, USAID projet HS-2004 (2004). Protocole de Prise en Charge Pré et Post-Natale.

Ministère de la Santé Publique et de la Population, Grille Indiciaire des Salaires, 2011

Organisation Mondiale de la Santé (1996). Analyse de la situation Sanitaire en Haïti. Téléchargé le 7 mars 2012 à partir de : http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/OPS_OMS_AM_HAI_HST_96.01_%28part1%29.pdf et http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/OPS_OMS_AM_HAI_HST_98.01_%28part2%29.pdf

PNLS. Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des adolescents et adulte vivant avec le VIH/SIDA. Décembre 2010.

UNICEF Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (2009). Note de Synthèse, Politique Sociale, Santé maternelle et infantile: les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre

USAID-SDSH (2007). Le Paquet de Services Prioritaires Intégrés.

World Health Organization (2011). World Health Statistics 2011. Récupéré le 8 Février 2012 à partir de : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf

WHO, Haiti (2011). Health Status

World Ban, Inflation, consumer prices (annual %), retrieved on April 1 from: http://data.worldbank.org/indicator/FP.CPI.TOTL.ZG

9. Annexes

Annexe.1. Population des PPS de l'échantillon

#	ONG/Zone Ciblée (ZC)	Niveau	Département	Accès	Population Desservie
1	C	Dispensaire 1	Ouest	Rural	16 646
2	C	Dispensaire 2	Ouest	Rural	15 611
3	ZC	Dispensaire 3	Nord	Urbain	5 894
4	ZC	Dispensaire 4	Nord-Est	Urbain	9 604
5	ZC	Dispensaire 5	Nord	Rural	35 459
6	B	CSL 1	Ouest	Capital	30 814
7	B	CSL 2	Ouest	Capital	49 301
8	B	CSL 3	Ouest	Capital	55 464
9	B	CSL 4	Ouest	Capital	67 790
10	B	CSL 5	Ouest	Capital	49 301
11	B	CSL 6	Ouest	Capital	49 301
12	A	CSL 7	Nord	Urbain	133 849
13	C	CSL 8	Ouest	Rural	23 524
14	ZC	CSL 9	Nord	Rural	30 302
15	ZC	CSL 10	Nord-Est	Rural	19 363
16	ZC	CSL 11	Nord-Est	Rural	13 339
X	ZC	CSL 12	Ouest	Urbain-Insécurité	70 917
X	ZC	CSL 13	Ouest	Urbain-Insécurité	70 917
17	ZC	CSL 14	Ouest	Urbain	63 939
20	B	CAL 1	Ouest	Capital	49 300
21	B	CAL 2	Ouest	Capital	123 254
22	B	CAL 3	Ouest	Capital	30 814
23	C	CAL 4	Ouest	Rural	56 310
24	A	CAL 5	Nord-Est	Rural	19 092
25	A	CAL 6	Nord-Est	Urbain	96 793
26	ZC	CAL 7	Nord	Urbain	50 255
27	ZC	CAL 8	Nord-Est	Urbain	47 072
28	ZC	CAL 9	Nord-Est	Urbain	13 574
Total (sans les 2 PPS enlevés)					1 155 965

Note: Les croix indiquent les deux PPS des ZC qui ont été enlevés de l'échantillon. Ces deux PPS se situaient dans des zones à haut risque, créant des conditions exceptionnelles aux niveaux de leurs coûts.

Annexe 2. Résultats des 2 PPS des Zones Ciblées en zone de non-droit

Tableau 1. Utilisation et Coût Total des 2 PPS dans les Zones Ciblées à tension

	Moyenne	Médiane	Ecart Type	Minimum	Maximum
Utilisation Réelle	57 337	57 337	4 309	54 290	60 384
Utilisation Projetée	196 595	196 595	699	196 100	197 089
Coûts Réels	11 357 487	11 357 487	5 783 174	7 268 165	15 446 808
Coûts Projetés	33 296 242	33 296 242	2 077 282	31 827 382	34 765 102

Note : Les coûts réels sont basés sur une utilisation réelle. L'utilisation projetée est estimée en multipliant les taux des prévalences des services à la population desservie pour déterminer le nombre de cas à traiter si 100% de la population était couverte. Le coût standard est déterminé à partir des feuilles de calcul ventilée par le temps et le coût du personnel technique, la quantité et coût des médicaments, tests laboratoire et fournitures médicales pour chaque service.

Tableau 2. Utilisation et Coût Total ventilé par type de service

	Accouchements	Services Préventifs	Services Curatifs	Total
Utilisation Réelle	1 078	51 628	4 632	57 337
Utilisation Projetée	769 540	5 853 912	4 734 035	11 357 487
Coûts Projetés	1 050 142	11 479 740	20 766 361	33 296 242
Coûts Réels	2 279	138 994	55 323	196 595

Tableau 3. Coût Total ventilé par entrée

	Coûts Réels	%	Coûts Projetés	%
Salaires Techniques	4 878 627	43	8 794 550	26
Salaires Administratifs	4 132 076	36	5 054 551	15
Médicaments, Tests Laboratoire, Fournitures Médicales	1 774 989	16	18 875 346	57
Frais de Fonctionnement	571 796	5	571 796	2
Total	11 357 488	100	33 296 242	100

Annexe 3. Coûts Unitaires Réels et Standards des Services du PMS

Tableau 1: Coûts Unitaires des Services de Santé - Dispensaires ONG

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	TOTAL		2,770,621	18,255	0	0	0	0	0	0		4,573,425	44,823	0	-	-	-	-	-
1	Consultation Prénatale	Visite	135,754	879	156	17	3	0	41	94		123,010	1,166	106	24	5	-	37	40
2	Accouchement	Cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	104	0	-	-	-	-	-
3	Consultation Postnatale	Visite	33,805	136	247	33	6	0	64	144		65,726	389	169	47	9	-	54	60
4	PF - Méthode de Courte Durée	Cas	174,983	351	500	178	0	0	105	217		109,133	275	396	253	-	-	69	74
5	PF - Méthode de Longue Durée	Cas	2,001	14	161	0	2	0	46	108		3,267	32	102	-	3	-	43	48
6	PF - Méthode Permanente	Cas	138	1	69	0	1	0	16	52		11,641	124	94	-	3	-	43	48
7	Syphillis	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		20,088	84	240	92	44	-	49	54
8	Autres IST	visite	66,239	219	311	33	17	0	80	182		18,068	84	215	46	24	-	69	76
9	Conjonctivite néonatale	visite	4,590	18	128	27	0	0	36	64		831	4	189	86	0	-	49	54
10	Vitamine A < 5 ans	cas	13,798	239	58	0	0	0	18	39		14,102	494	29	0	-	-	13	15
11	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	37,544	351	107	0	0	0	34	73		15,648	297	53	-	-	-	25	28
12	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	17,374	182	48	4	4	0	14	25		19,866	297	67	13	14	-	19	21
13	Vacc < 5 ans - Polio	cas	28,935	311	93	16	1	0	24	52		31,417	494	64	22	1	-	19	21

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
14	Vacc < 5 ans - BCG	visite	3,038	102	30	2	2	0	8	17		9,635	494	19	3	4	-	6	7
15	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	15,022	500	30	5	0	0	8	17		10,034	494	20	6	1	-	6	7
16	IRA <5 ans	visite	571	3	187	6	1	0	56	125		18,618	174	107	9	1	-	46	51
17	IRA>5 ans	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		30,900	300	103	5	1	-	46	51
18	Pneumonie <5 ans	visite	4,189	23	185	4	1	0	56	125		451	4	104	5	1	-	46	51
19	Pneumonie >5 ans	visite	89	1	89	3	0	0	21	64		1,744	16	107	9	1	-	46	51
20	Malaria <5 ans	visite	781	4	112	1	0	0	41	71		11,357	99	115	2	0	-	54	59
21	Malaria >5 ans	visite	706	4	101	1	0	0	36	64		75,408	720	105	2	0	-	49	54
22	Typhoïd <5 ans	visite	3,990	20	102	2	0	0	36	64		1,126	10	109	7	0	-	49	54
23	Typhoïd >5 ans	visite	2,200	11	105	5	0	0	36	64		51,754	441	117	15	0	-	49	54
24	Diarrhée < 5 ans	visite	104,917	439	238	12	0	0	69	156		66,203	469	141	17	0	-	59	65
25	Diarrhéee >5 ans	visite	1,137	5	251	26	0	0	69	156		37,623	234	160	36	0	-	59	65
26	Malnutrition	cas	455,906	373	1,188	974	1	0	65	148		474,971	316	1,501	1,384	1	-	55	61
27	Suspect de TB pulmonaire	visite	103	1	103	3	0	0	36	64		24,954	221	113	10	0	-	49	54
28	Traitement TB	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	-	-	-	-	-
29	Anémie <5 ans	visite	3,783	14	135	43	0	0	34	59		274,533	1,198	229	134	0	-	45	50

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
30	Anémie >5 ans	visite	30,090	157	96	4	0	0	34	59		517,307	4,880	106	11	0	-	45	50
31	Perte Vaginale	visite	54,456	242	224	27	16	0	56	125		105,202	663	159	38	23	-	46	51
32	Ecoulement Urétral	visite	109	1	109	14	0	0	35	61		516	4	142	44	0	-	46	51
33	Asthme	visite	186	1	93	0	0	0	34	59		1,532	16	96	1	0	-	45	50
34	Autres Conjonctivites	visite	939	4	117	27	0	0	33	57		5,369	30	178	86	0	-	44	48
35	Douleurs Abdominales Basses	visite	1,231	31	20	20	0	0	0	0		15,412	140	111	63	0	-	24	25
36	Douleurs, Brulures d'Estomac	visite	12,206	64	95	0	0	0	35	61		12,118	123	98	-	1	-	46	51
37	Hypertension artérielle (HTA)	visite	2,853	15	95	0	0	0	35	61		113,158	1,162	97	-	0	-	46	51
38	Kwashiorkor / marasme	visite	9,405	15	324	229	0	0	35	61		10,730	13	821	724	0	-	46	51
39	Parasitose Intestinale	visite	9,299	47	201	21	0	0	56	125		80,828	637	127	29	0	-	46	51
40	Sarcoptose	visite	2,054	13	172	0	0	0	53	118		18,361	199	92	0	0	-	44	48
41	Diabète	visite	30	1	30	0	0	0	11	19		52,451	1,710	31	-	-	-	15	16
42	VCT	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1,411	0	-	-	-	-	-
43	PTME	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	93	0	-	-	-	-	-
44	Traitement ARV	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	962	0	-	-	-	-	-
45	Soins Cliniques VIH/SIDA	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	160	0	-	-	-	-	-

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
46	PTME (Enfant)	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	2	0	-	-	-	-	-
47	Traitement ARV - Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	21	0	-	-	-	-	-
48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	21	0	-	-	-	-	-
49	Ictère Fébrile	visite	124	1	124	29	0	0	35	61		549	3	189	91	1	-	46	51
50	Varicelle	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		1,102	12	95	3	-	-	44	48
51	Infection Bucco-Dentaire	visite	92	1	92	2	0	0	33	57		143	1	98	6	1	-	44	48
52	Intoxication alimentaire	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		730	7	101	0	3	-	46	51
53	Syndrome d'Eruption Fébrile	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		15,929	152	105	7	0	-	46	51
54	Autres Maladies	visite	17,052	83	103	6	1	0	35	61		0	0	0	-	-	-	-	-
55	Vitamine A < 5 ans	cas	65,613	1,354	48	0	0	0	33	15		87,649	1,681	52	0	-	-	39	13
56	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	177,062	1,990	89	0	0	0	61	27		161,517	1,681	96	-	-	-	72	24
57	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	151,276	1,897	80	9	10	0	42	19		139,063	1,483	94	13	14	-	50	17
58	Vacc < 5 ans - Polio	cas	133,828	1,748	78	16	1	0	42	19		133,987	1,483	90	22	1	-	50	17
59	Vacc < 5 ans - BCG	visite	32,387	1,381	25	2	2	0	14	6		42,150	1,483	28	3	4	-	17	6
60	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	7,817	323	25	5	0	0	14	6		43,348	1,483	29	6	1	-	17	6
61	Séance d'IEC (IEC)	visite	215,927	691	313	12	28	0	188	84		175,215	497	352	17	40	-	221	74

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
62	Journées Patronales et d'Information	visite	51,174	8	6,397	0	3,945	0	1,691	760		47,592	6	8,262	-	5,606	-	1,986	670
63	Mobile Clinique (visite generale)	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	-	-	-	-	-
64	Accouchement par matrone	visite	211,452	370	577	0	62	0	0	515		224,483	415	542	0	88	-	-	454
65	Visite Domiciliaire - Postnatal 3 j	visite	43,245	221	196	18	1	0	132	46		108,555	518	209	25	1	-	143	41
66	Visite Domiciliaire - Postnatal 4-7 j	visite	8,306	42	196	18	1	0	132	46		108,555	518	209	25	1	-	143	41
67	PF - Méthode de Courte Durée	cas	237,157	1,052	226	178	15	0	21	13		258,468	826	313	253	21	-	27	11
68	Consultation Prénatale	visite	27,235	293	91	5	2	0	52	32		42,070	389	108	7	3	-	70	29
69	Consultation Postnatale	visite	6,541	45	148	10	5	0	82	51		22,779	130	175	14	7	-	109	45
70	Groupe de Support des PVVIH	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	-	-	-	-	-
71	Visites Domiciliaires VIH/SIDA	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	183	0	-	-	-	-	-
72	Autres Visites Domiciliaire	visite	83,896	1,944	43	1	1	0	30	11		472,312	10,575	45	1	2	-	32	9
73	Rencontres Com. Périodiques	visite	21,152	27	783	0	0	0	572	211		9,057	11	815	-	-	-	629	186
74	Formation/Recyclage des groupes com	visite	44,831	4	5,604	0	5,031	0	395	178		23,078	2	7,008	-	6,497	-	336	175

Tableau 2: Coûts Unitaires des Services de Santé - Zones Ciblées

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	TOTAL		3,199,007	24,513								4,210,518	43,028						
1	Consultation Prénatale	Visite	15,774	70	272	17	4	0	106	146		114,447	1,091	131	24	5	-	40	62
2	Accouchement	Cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	97	0	-	-	-	-	-
3	Consultation Postnatale	Visite	47,772	77	423	33	6	0	163	221		61,403	364	207	47	9	-	60	91
4	PF - Méthode de Courte Durée	Cas	315,487	487	761	179	0	0	259	324		103,245	258	447	253	-	-	80	114
5	PF - Méthode de Longue Durée	Cas	0	0	0	0	0	0	0	0		3,168	30	134	-	3	-	47	73
6	PF - Méthode Permanente	Cas	0	0	0	0	0	0	0	0		10,754	116	123	-	3	-	47	73
7	Syphillis	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		18,790	78	274	92	44	-	54	83
8	Autres IST	visite	1,333	6	70	10	5	0	14	40		16,852	78	263	46	24	-	76	117
9	Conjonctivite néonatale	visite	4,397	11	411	61	0	0	149	201		777	4	223	86	0	-	54	83
10	Vitamine A < 5 ans	cas	46,276	494	105	0	0	0	46	59		13,371	463	38	0	-	-	15	23
11	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	21,983	170	195	0	0	0	85	111		14,824	278	71	-	-	-	29	42
12	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	48,421	570	159	9	10	0	60	80		18,634	278	80	13	14	-	21	32
13	Vacc < 5 ans - Polio	cas	45,678	541	157	16	1	0	60	80		29,473	463	77	22	1	-	21	32
14	Vacc < 5 ans - BCG	visite	5,595	163	23	1	2	0	8	12		9,040	463	24	3	4	-	7	11

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
15	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	2,651	102	52	5	0	0	20	27		9,414	463	25	6	1	-	7	11
16	IRA <5 ans	visite	42,883	146	340	6	1	0	142	191		17,409	163	139	9	1	-	51	78
17	IRA>5 ans	visite	29,437	101	337	3	1	0	142	191		28,891	281	135	5	1	-	51	78
18	Pneumonie <5 ans	visite	183	1	142	3	0	0	51	88		422	4	136	5	1	-	51	78
19	Pneumonie >5 ans	visite	83	1	41	2	0	0	10	29		1,631	15	139	9	1	-	51	78
20	Malaria <5 ans	visite	3,302	9	168	1	0	0	63	104		10,642	93	153	2	0	-	60	91
21	Malaria >5 ans	visite	6,355	27	146	1	0	0	53	92		70,458	674	139	2	0	-	54	83
22	Typhoïd <5 ans	visite	636	2	106	2	0	0	43	61		1,052	10	144	7	0	-	54	83
23	Typhoïd >5 ans	visite	3,508	9	316	7	0	0	138	171		48,367	413	151	15	0	-	54	83
24	Diarrhée < 5 ans	visite	97,145	440	430	12	0	0	177	241		61,761	439	182	17	0	-	65	100
25	Diarrhéee >5 ans	visite	9,199	19	443	26	0	0	177	241		35,112	219	201	36	0	-	65	100
26	Malnutrition	cas	338,395	254	1,371	977	1	0	167	227		444,522	296	1,540	1,384	1	-	61	94
27	Suspect de TB pulmonaire	visite	14,373	27	357	7	0	0	149	201		23,319	207	147	10	0	-	54	83
28	Traitement TB	cas	0	12	0	0	0	0	0	0		0	0	0	-	-	-	-	-
29	Anémie <5 ans	visite	6,885	15	420	95	0	0	138	186		256,900	1,122	261	134	0	-	50	76
30	Anémie >5 ans	visite	26,340	67	333	8	0	0	138	186		483,860	4,568	137	11	0	-	50	76

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
31	Perte Vaginale	visite	37,883	79	377	27	16	0	142	191		98,597	621	191	38	23	-	51	78
32	Ecoulement Urétral	visite	160	1	160	21	0	0	51	88		483	3	174	44	0	-	51	78
33	Asthme	visite	3,135	6	287	1	0	0	128	158		1,433	15	127	1	0	-	50	76
34	Autres Conjonctivites	visite	8,589	22	377	61	0	0	135	182		5,025	28	209	86	0	-	49	74
35	Douleurs Abdominales Basses	visite	28,956	52	324	30	0	0	132	162		21,001	131	192	63	0	-	51	78
36	Douleurs, Brulures d'Estomac	visite	32,858	104	334	0	1	0	142	191		11,330	116	131	-	1	-	51	78
37	Hypertension artérielle (HTA)	visite	23,422	58	333	0	0	0	142	191		105,794	1,088	130	-	0	-	51	78
38	Kwashiorkor / marasme	visite	2,882	4	559	326	0	0	100	133		10,043	12	854	724	0	-	51	78
39	Parasitose Intestinale	visite	55,024	146	354	21	0	0	142	191		75,591	597	159	29	0	-	51	78
40	Sarcoptose	visite	26,175	79	316	0	0	0	135	182		17,178	187	123	0	0	-	49	74
41	Diabète	visite	32	0	32	0	0	0	13	18		49,073	1,601	41	-	-	-	16	25
42	VCT	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1,321	0	-	-	-	-	-
43	PTME	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	87	0	-	-	-	-	-
44	Traitement ARV	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	901	0	-	-	-	-	-
45	Soins Cliniques VIH/SIDA	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	150	0	-	-	-	-	-
46	PTME (Enfant)	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	2	0	-	-	-	-	-

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
47	Traitement ARV - Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	19	0	-	-	-	-	-
48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		0	19	0	-	-	-	-	-
49	Ictère Fébrile	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		514	3	222	91	1	-	51	78
50	Varicelle	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		1,031	11	126	3	-	-	49	74
51	Infection Bucco-Dentaire	visite	2,136	8	136	3	0	0	50	83		134	1	129	6	1	-	49	74
52	Intoxication alimentaire	visite	403	1	101	0	1	0	41	58		683	7	133	0	3	-	51	78
53	Syndrome d'Eruption Fébrile	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		14,893	143	137	7	0	-	51	78
54	Autres Maladies	visite	73,594	244	350	14	3	0	142	191		0	0	0	-	-	-	-	-
55	Nutrition + Vitamine A < 5 ans	cas	50,478	1,248	48	0	0	0	36	11		58,182	1,574	47	0	-	-	31	16
56	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	67,256	963	88	0	0	0	67	21		106,872	1,574	87	-	-	-	57	29
57	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	229,794	3,865	80	9	10	0	47	15		103,102	1,388	87	13	14	-	40	20
58	Vacc < 5 ans - Polio	cas	143,529	2,736	78	16	1	0	47	15		98,351	1,388	84	22	1	-	40	20
59	Vacc < 5 ans - BCG	visite	10,869	705	25	2	2	0	16	5		30,432	1,388	26	3	4	-	13	7
60	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	13,928	826	25	5	0	0	16	5		31,553	1,388	27	6	1	-	13	7
61	Séance d'IEC (IEC)	visite	579,983	2,852	312	12	29	0	207	65		450,583	1,825	324	17	40	-	177	90
62	Journées Patronales et d'Information	visite	2,841	0	2,841	0	1,433	0	1,004	404		1,836	0	2,868	-	1,869	-	598	402

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
63	Mobile Clinique (visite generale)	visite	6,535	49	60	4	9	0	32	15		4,474	39	59	5	12	-	26	16
64	Accouchement par matrone	visite	98,845	284	456	0	62	0	0	394		150,958	388	637	0	88	-	-	549
65	Visite Domiciliaire - Postnatal 3 j	visite	37,556	268	191	18	1	0	137	36		86,968	485	206	25	1	-	131	50
66	Visite Domiciliaire - Postnatal 4-7 j	visite	15,515	131	152	12	0	0	106	33		86,968	485	206	25	1	-	131	50
67	PF - Méthode de Courte Durée	cas	317,433	1,462	228	179	15	0	25	10		228,227	773	305	253	21	-	17	14
68	Consultation Prénatale	visite	50,439	466	95	5	2	0	63	25		22,865	364	88	7	3	-	44	35
69	Consultation Postnatale	visite	14,441	74	153	10	5	0	99	39		12,706	121	145	14	7	-	69	54
70	Groupe de Support des PVVIH	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	-	-	-	-	-
71	Visites Domiciliaires VIH/SIDA	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		23,109	139	390	10	10	-	319	50
72	Autres Visites Domiciliaire	visite	90,957	3,871	16	0	1	0	12	2		362,781	9,585	44	1	2	-	30	11
73	Rencontres Com. Périodiques	visite	39,271	89	147	0	0	0	108	39		29,213	33	298	-	-	-	198	100
74	Formation/Recyclage des groupes com	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	-	-	-	-	-

Tableau 3: Coûts Unitaires des Services de Santé - CSL ONG

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	TOTAL		5,997,480	49,842								28,495,425	148,638						
1	Consultation Prénatale	Visite	593,897	2,620	182	18	4	84	34	42		908,789	4,151	219	24	5	112	53	26
2	Accouchement	Cas	0	0	0	0	0	0	0	0		325,887	369	886	132	34	53	461	206
3	Consultation Postnatale	Visite	55,599	370	146	36	6	6	39	59		222,213	1,384	160	47	9	8	65	32
4	PF - Méthode de Courte Durée	Cas	448,480	975	461	192	0	0	94	175		485,725	1,229	394	253	0	0	90	50
5	PF - Méthode de Longue Durée	Cas	27,167	25	464	213	12	7	112	120		135,665	167	808	556	31	18	128	75
6	PF - Méthode Permanente	Cas	394	1	197	12	44	3	58	80		354,774	553	640	62	232	18	219	109
7	Syphillis	visite	24,507	84	292	70	34	0	98	90		88,500	374	235	92	44	0	62	36
8	Autres IST	visite	102,115	380	241	35	18	0	98	90		63,478	374	168	46	24	0	62	36
9	Conjonctivite néonatale	visite	8,819	37	148	49	0	0	51	47		2,559	16	163	86	0	0	48	28
10	Vitamine A < 5 ans	cas	24,912	857	36	0	0	0	13	22		24,133	1,196	20	0	0	0	12	7
11	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	128,859	2,274	66	0	0	0	25	41		44,273	1,196	36	0	0	0	23	13
12	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	28,581	444	68	10	11	0	19	29		65,358	1,196	54	13	14	0	17	10
13	Vacc < 5 ans - Polio	cas	28,497	494	66	17	1	0	19	29		61,266	1,196	51	22	1	0	17	10
14	Vacc < 5 ans - BCG	visite	10,087	571	21	2	3	0	6	10		18,396	1,196	15	3	4	0	6	3
15	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	8,432	437	21	5	0	0	6	10		19,362	1,196	16	6.49	0.57	-	5.67	3.31
16	IRA <5 ans	visite	50,257	158	150	6	1	19	65	60		55,593	421	131	9	1	28	59	34

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
17	IRA>5 ans	visite	11,116	54	147	3	1	19	65	60		143,675	1,121	127	5	1	28	59	34
18	Pneumonie <5 ans	visite	59,828	174	198	4	1	19	84	91		1,564	11	147	5	1	28	71	41
19	Pneumonie >5 ans	visite	396	3	95	2	0	8	43	42		9,263	61	150	9	1	28	71	41
20	Malaria <5 ans	visite	5,717	13	125	1	0	27	48	49		37,220	239	154	2	0	59	59	34
21	Malaria >5 ans	visite	19,064	57	225	2	0	45	93	85		419,893	2,692	155	2	0	59	59	34
22	Typhoïd <5 ans	visite	2,097	7	179	4	0	48	62	65		5,143	25	205	7	0	86	71	41
23	Typhoïd >5 ans	visite	28,107	91	294	11	0	65	114	104		354,159	1,651	213	15	0	86	71	41
24	Diarrhée < 5 ans	visite	139,483	383	297	13	0	97	94	93		277,998	1,134	244	17	0	128	62	36
25	Diarrhéee >5 ans	visite	26,350	105	322	27	0	97	100	98		236,230	877	268	36	0	128	65	38
26	Malnutrition	cas	571,693	456	1,264	1,046	1	49	84	85		1,174,459	765	1,533	1,384	1	65	53	31
27	Suspect de TB pulmonaire	visite	5,304	14	133	4	0	67	28	34		201,413	785	255	10	0	174	45	26
28	Traitement TB	cas	39,507	16	593	177	0	81	216	119		3,290	2	2,074	950	0	438	441	245
29	Anémie <5 ans	visite	18,009	43	266	87	0	18	84	76		730,110	2,899	251	134	0	28	56	32
30	Anémie >5 ans	visite	47,493	213	198	9	0	21	87	81		2,350,553	18,251	127	11	0	28	56	32
31	Perte Vaginale	visite	67,306	204	276	29	17	62	87	81		605,005	2,606	231	38	23	81	56	32
32	Ecoulement Urétral	visite	999	3	150	17	0	36	52	45		3,684	16	225	44	0	93	56	32
33	Asthme	visite	289	3	87	0	0	0	50	36		4,462	57	77	1	0	0	48	28
34	Autres Conjonctivites	visite	2,941	9	137	33	0	0	49	55		17,859	113	158	86	0	0	45	26
35	Douleurs Abdominales Basses	visite	56,415	146	287	47	0	62	93	85		138,377	580	237	63	0	81	59	34

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
36	Douleurs, Brulures d'Estomac	visite	8,499	35	118	0	0	0	63	55		34,309	439	77	0	1	0	48	28
37	Hypertension artérielle (HTA)	visite	16,445	94	154	0	0	0	79	75		384,775	4,978	76	0	0	0	48	28
38	Kwashiorkor / marasme	visite	642	1	160	63	0	13	45	39		47,504	47	1,019	724	0	146	95	55
39	Parasitose Intestinale	visite	65,959	193	276	22	0	76	93	85		509,228	2,269	223	29	0	100	59	34
40	Sarcoptose	visite	5,851	20	164	0	0	0	87	77		6,730	80	11	0	0	0	7	3
41	Diabète	visite	1,051	9	142	0	0	0	70	71		31,166	262	15	0	0	0	10	5
42	VCT	cas	581,305	1,036	331	17	0	155	72	87		2,682,008	6,045	441	31	0	275	85	51
43	PTME	cas	9,441	15	691	96	2	46	469	77		123,997	332	371	171	4	82	72	43
44	Traitement ARV	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		7,436,975	716	10,364	7,687	21	1,086	992	578
45	Soins Cliniques VIH/SIDA	cas	425,203	74	718	48	2	90	234	344		2,142,858	716	2,973	482	21	900	992	578
46	PTME (Enfant)	cas	10,341	11	578	84	0	362	67	64		5,221	6	899	150	1	643	67	39
47	Traitement ARV - Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		75,901	53	1,422	530	21	542	207	122
48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		46,994	53	878	8	0	542	207	122
49	Ictère Fébrile	visite	1,133	2	168	16	0	20	79	52		3,515	10	338	91	1	114	84	49
50	Varicelle	visite	288	1	32	0	0	0	14	17		3,108	41	74	3	0	0	45	26
51	Infection Bucco-Dentaire	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		407	5	78	6	1	0	45	26
52	Intoxication alimentaire	visite	503	3	42	0	1	13	12	16		4,211	26	162	0	3	65	59	34
53	Syndrome d'Eruption	visite	189	1	68	2	0	8	28	30		60,929	543	111	7	0	28	48	28

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	Fébrile																		
54	Autres Maladies	visite	111,720	292	208	13	3	21	89	82		0	0	0	0	0	0	0	0
55	Vitamine A < 5 ans	cas	63,593	4,040	20	0	0	0	13	6		103,751	3,588	30	0	0	0	24	5
56	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	198,201	6,959	36	0	0	0	24	12		189,989	3,588	54	0	0	0	45	9
57	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	84,837	1,785	46	10	11	0	17	8		229,252	3,588	65	13	14	0	31	6
58	Vacc < 5 ans - Polio	cas	81,643	1,817	43	17	1	0	17	8		216,974	3,588	61	22	1	0	31	6
59	Vacc < 5 ans - BCG	visite	11,324	517	10	1	2	0	5	2		66,248	3,588	19	3	4	0	10	2
60	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	23,708	2,022	14	5	0	0	6	3		69,144	3,588	20	6	1	0	10	2
61	Séance d'IEC (IEC)	visite	174,929	1,264	155	13	31	0	75	37		251,917	1,137	225	17	40	0	140	28
62	Journées Patronales et d'Information	visite	87,058	18	5,241	0	4,237	0	673	331		113,373	16	7,113	0	5,606	0	1,257	251
63	Mobile Clinique (visite generale)	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
64	Accouchement par matrone	visite	310,797	1,198	291	0	67	0	0	224		341,985	1,476	258	0	88	0	0	170
65	Visite Domiciliaire - Postnatal 3 j	visite	104,315	1,064	102	19	1	0	62	20		305,812	1,845	164	25	1	0	123	15
66	Visite Domiciliaire - Postnatal 4-7 j	visite	29,357	296	102	19	1	0	62	20		305,812	1,845	164	25	1	0	123	15
67	PF - Méthode de Courte Durée	cas	546,402	2,544	218	192	16	0	6	6		1,051,190	3,687	287	253	21	0	8	4
68	Consultation Prénatale	visite	57,758	1,225	36	5	2	0	14	14		51,147	1,384	42	7	3	0	22	11
69	Consultation Postnatale	visite	20,394	253	61	11	6	0	22	22		29,638	461	72	14	7	0	34	17
70	Groupe de Support des PVVIH	visite	21,332	2	2,097	100	1,370	0	527	99		2,704	0	8,270	534	7,299	0	269	167

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
71	Visites Domiciliaires VIH/SIDA	visite	27,157	84	389	17	17	0	322	32		140	1	98	23	24	0	28	24
72	Autres Visites Domiciliaire	visite	143,827	10,903	21	1	2	0	14	5		1,669,865	48,106	34	1	2	0	28	3
73	Rencontres Com. Périodiques	visite	67,834	340	354	0	0	0	262	92		253,320	433	586	0	0	0	516	70
74	Formation/Recyclage des groupes com	visite	61,724	6	8,893	0	8,687	0	98	109		52,997	4	13,371	0	12,994	0	253	125

Table 4: Coûts Unitaires des Services de Santé - CSL ZC

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	TOTAL		5,373,207	35,372								16,080,248	87,940						
1	Consultation Prénatale	Visite	228,158	661	310	16	3	75	67	149		567,131	2,294	260	24	5	112	76	44
2	Accouchement	Cas	26,782	40	768	66	17	26	201	458		237,235	204	1,303	132	34	53	739	346
3	Consultation Postnatale	Visite	23,292	62	346	32	6	6	84	219		149,317	765	211	47	9	8	94	53
4	PF - Méthode de Courte Durée	Cas	333,039	382	1,022	170	0	0	218	634		235,874	553	440	253	0	0	104	83
5	PF - Méthode de Longue Durée	Cas	105,456	62	1,023	282	16	9	253	463		57,278	67	876	556	31	18	144	127
6	PF - Méthode Permanente	Cas	2,074	3	207	8	29	2	89	80		186,408	249	800	62	232	18	308	181
7	Syphillis	visite	497	1	99	16	8	0	18	58		43,789	168	268	92	44	0	70	61
8	Autres IST	visite	83,672	219	95	6	3	0	38	49		32,534	168	201	46	24	0	70	61
9	Conjonctivite néonatale	visite	1,645	4	443	47	0	0	172	224		1,571	9	188	86	0	0	54	47
10	Vitamine A < 5 ans	cas	119,917	1,231	122	0	0	0	33	89		23,134	928	27	0	0	0	14	12
11	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	235,210	1,606	228	0	0	0	61	166		42,642	928	49	0	0	0	26	23
12	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	26,510	283	130	7	7	0	35	82		57,079	928	64	13	14	0	19	17
13	Vacc < 5 ans - Polio	cas	26,716	291	129	11	1	0	35	82		53,902	928	60	22	1	0	19	17
14	Vacc < 5 ans - BCG	visite	2,827	87	42	1	2	0	12	27		16,395	928	18	3	4	0	6	6
15	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	2,444	86	42	3	0	0	12	27		17,145	928	19	6	1	0	6	6
16	IRA <5 ans	visite	50,451	111	540	6	1	19	226	289		50,460	327	162	9	1	28	67	57

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
17	IRA>5 ans	visite	16,525	40	537	3	1	19	226	289		89,468	594	158	5	1	28	67	57
18	Pneumonie <5 ans	visite	7,311	15	658	4	1	19	283	352		1,435	8	185	5	1	28	81	70
19	Pneumonie >5 ans	visite	2,372	3	660	6	1	19	283	352		5,786	32	188	9	1	28	81	70
20	Malaria <5 ans	visite	17,038	41	556	1	0	40	226	289		33,043	186	186	2	0	59	67	57
21	Malaria >5 ans	visite	30,416	51	556	1	0	40	226	289		254,528	1,426	186	2	0	59	67	57
22	Typhoïd <5 ans	visite	10,290	15	697	5	0	57	283	352		4,515	19	243	7	0	86	81	70
23	Typhoïd >5 ans	visite	26,058	36	702	10	0	57	283	352		211,424	875	251	15	0	86	81	70
24	Diarrhée < 5 ans	visite	295,863	718	643	12	0	86	227	318		236,438	880	277	17	0	128	71	60
25	Diarrhéee >5 ans	visite	29,759	53	686	24	0	86	241	334		136,660	465	303	36	0	128	74	63
26	Malnutrition	cas	732,318	511	1,486	929	1	44	216	297		923,413	594	1,561	1,384	1	65	59	52
27	Suspect de TB pulmonaire	visite	9,084	22	561	7	0	117	190	248		118,670	434	279	10	0	174	50	44
28	Traitement TB	cas	71,378	17	4,980	638	0	294	1,056	2,992		1,954	1	2,302	950	0	438	509	406
29	Anémie <5 ans	visite	12,745	27	594	90	0	19	212	273		614,419	2,250	280	134	0	28	64	54
30	Anémie >5 ans	visite	116,606	268	511	8	0	19	212	273		1,451,336	9,671	157	11	0	28	64	54
31	Perte Vaginale	visite	33,856	89	391	17	11	37	152	174		338,727	1,336	261	38	23	81	64	54
32	Ecoulement Urétral	visite	3,898	10	373	22	0	47	109	195		1,813	7	255	44	0	93	64	54

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
33	Asthme	visite	406	1	203	0	0	0	62	141		3,035	31	102	1	0	0	54	47
34	Autres Conjonctivites	visite	3,660	8	495	58	0	0	190	248		10,473	60	181	86	0	0	50	44
35	Douleurs Abdominales Basses	visite	21,868	45	611	42	0	55	226	289		74,539	285	269	63	0	81	67	57
36	Douleurs, Brulures d'Estomac	visite	51,483	136	468	0	1	0	204	264		23,356	243	102	0	1	0	54	47
37	Hypertension artérielle (HTA)	visite	29,060	76	468	0	0	0	204	264		222,050	2,328	101	0	0	0	54	47
38	Kwashiorkor / marasme	visite	14,387	15	240	89	0	18	58	74		27,187	26	1,070	724	0	146	108	92
39	Parasitose Intestinale	visite	59,111	124	602	20	0	67	226	289		309,593	1,254	254	29	0	100.44	67	57
40	Sarcoptose	visite	24,010	72	321	0	0	0	115	206		0	0	0	0	0	0	0	0
41	Diabète	visite	4,322	5	339	0	0	0	111	228		0	0	0	0	0	0	0	0
42	VCT	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		1,357,559	2,826	490	31	0	275	96	88
43	PTME	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		74,235	184	412	171	4	82	81	74
44	Traitement ARV	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		3,467,881	322	10,877	7,687	21	1,086	1,116	968
45	Soins Cliniques VIH/SIDA	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		1,086,620	322	3,486	482	21	900	1,116	968
46	PTME (Enfant)	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		2,969	3	935	150	1	643	76	66
47	Traitement ARV - Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		59,530	39	1,535	530	21	542	234	208
48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant	cas	0	0	0	0	0	0	0	0		38,122	39	992	8	0	542	234	208
49	Ictère Fébrile	visite	418	1	418	35	0	44	11	228		2,125	6	382	91	1	114	94	82

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
									1										
50	Varicelle	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		2,105	23	98	3	0	0	50	44
51	Infection Bucco-Dentaire	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		273	3	101	6	1	0	50	44
52	Intoxication alimentaire	visite	167	1	84	0	1	11	17	55		2,648	14	193	0	3	65	67	57
53	Syndrome d'Eruption Fébrile	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		39,103	300	136	7	0	28	54	47
54	Autres Maladies	visite	154,418	386	552	13	3	21	226	289		0	0	0	0	0	0	0	0
55	Vitamine A < 5 ans	cas	136,610	2,862	42	0	0	0	33	9		84,892	2,785	28	0	0	0	20	8
56	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	326,855	4,087	78	0	0	0	61	17		155,569	2,785	51	0	0	0	36	15
57	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	286,815	3,506	72	9	10	0	42	12		183,556	2,785	63	13	14	0	25	10
58	Vacc < 5 ans - Polio	cas	267,550	3,422	70	15	1	0	42	12		174,025	2,785	59	22	1	0	25	10
59	Vacc < 5 ans - BCG	visite	25,466	983	22	2	2	0	14	4		53,291	2,785	18	3	4	0	8	3
60	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	24,356	976	23	4	0	0	14	4		55,540	2,785	19	6	1	0	8	3
61	Séance d'IEC (IEC)	visite	247,770	1,010	278	11	27	0	187	52		176,601	909	215	17	40	0	112	45
62	Journées Patronales et d'Information	visite	6,009	1	2,003	0	1,198	0	652	153		4,453	1	1,649	0	1,401	0	134	113
63	Mobile Clinique (visite generale)	visite	32,116	160	95	0	4	0	53	12		0	0	0	0	0	0	0	0
64	Accouchement par matrone	visite	237,999	578	377	0	59	0	0	318		288,457	816	365	0	88	0	0	277
65	Visite Domiciliaire - Postnatal 3 j	visite	128,866	552	221	17	1	0	175	29		152,529	1,020	137	25	1	0	86	25
66	Visite Domiciliaire - Postnatal 4-7 j	visite	17,746	119	161	14	0	0	127	20		152,529	1,020	137	25	1	0	86	25

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
67	PF - Méthode de Courte Durée	cas	217,050	1,146	201	170	14	0	9	8		483,324	1,658	291	253	21	0	10	7
68	Consultation Prénatale	visite	53,895	1,130	48	4	2	0	22	20		40,478	765	52	7	3	0	26	17
69	Consultation Postnatale	visite	13,361	178	80	9	5	0	34	31		22,751	255	89	14	7	0	40	27
70	Groupe de Support des PVVIH	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		2,332	0	8,422	534	7,299	0	315	273
71	Visites Domiciliaires VIH/SIDA	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
72	Autres Visites Domiciliaire	visite	229,796	6,611	48	1	1	0	40	7		830,354	26,957	28	1	2	0	20	6
73	Rencontres Com. Périodiques	visite	73,426	143	248	0	0	0	201	47		175,336	366	484	0	0	0	370	114
74	Formation/Recyclage des groupes com	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		45,303	3	13,498	0	12,994	0	300	205

Tableau 5: Coûts Unitaires des Services de Santé - CAL ONG

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	TOTAL		10,425,908	64,388								31,919,910	169,968						
1	Consultation Prénatale	Visite	716,653	3,876	206	15	3	71	50	67		980,658	4,525	231	24	5	112	51	39
2	Accouchement	Cas	445,172	468	1,080	83	21	33	411	531		328,225	402	960	132	34	53	440	302
3	Consultation Postnatale	Visite	98,354	608	183	30	5	5	58	85		236,217	1,508	173	47	9	8	62	47
4	PF - Méthode de Courte Durée	Cas	419,597	1,250	380	160	-	-	93	127		516,196	1,305	401	254	-	-	78	69
5	PF - Méthode de Longue Durée	Cas	37,482	37	897	288	16	9	238	346		131,953	160	850	556	31	18	124	121
6	PF - Méthode Permanente	Cas	6,119	8	621	17	64	5	222	313		346,746	554	679	62	232	18	204	162
7	Syphillis	visite	23,962	75	338	47	22	-	112	157		90,938	374	255	92	44	-	60	58
8	Autres IST	visite	129,928	402	330	29	15	-	119	166		65,913	374	188	46	24	-	60	58
9	Conjonctivite néonatale	visite	8,161	37	295	55	0	-	96	144		2,887	17	177	86	0	-	46	45
10	Vitamine A < 5 ans	cas	29,281	932	31	0	-	-	12	20		32,898	1,531	23	0	-	-	11	11
11	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	116,895	2,792	58	-	-	-	22	37		60,626	1,531	42	-	-	-	22	20
12	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	33,459	551	61	8	9	-	15	29		87,765	1,531	59	13	14	-	16	16
13	Vacc < 5 ans - Polio	cas	28,493	516	59	14	1	-	15	29		82,527	1,531	56	22	1	-	16	16
14	Vacc < 5 ans - BCG	visite	8,253	494	19	2	2	-	5	10		24,917	1,531	17	3	4	-	5	5
15	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	5,716	321	19	4	0	-	5	10		26,153	1,531	18	6	1	-	5	5
16	IRA <5 ans	visite	141,832	532	292	6	1	18	112	156		76,064	539	149	9	1	28	57	55

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
17	IRA>5 ans	visite	70,843	254	257	2	0	14	102	138		162,172	1,200	146	5	1	28	57	55
18	Pneumonie <5 ans	visite	49,428	167	228	2	0	8	87	132		2,154	13	170	5	1	28	69	66
19	Pneumonie >5 ans	visite	5,379	16	188	1	0	4	74	109		10,481	65	173	9	1	28	69	66
20	Malaria <5 ans	visite	56,482	290	244	1	0	31	88	125		50,427	306	173	2	0	59	57	55
21	Malaria >5 ans	visite	234,790	1,034	307	1	0	38	112	156		469,614	2,882	173	2	0	59	57	55
22	Typhoïd <5 ans	visite	14,578	61	395	4	0	54	139	197		6,942	32	228	7	0	86	69	66
23	Typhoïd >5 ans	visite	124,016	425	399	9	0	54	139	197		394,447	1,767	236	15	0	86	69	66
24	Diarrhée < 5 ans	visite	93,203	294	359	11	0	81	112	155		368,468	1,451	262	17	0	128	60	57
25	Diarrhéee >5 ans	visite	37,512	107	388	23	0	81	119	165		259,511	939	287	36	0	128	63	60
26	Malnutrition	cas	652,275	561	1,168	874	1	41	101	150		1,510,315	980	1,548	1,384	1	65	50	49
27	Suspect de TB pulmonaire	visite	62,803	233	184	3	0	48	52	82		224,064	856	269	10	0	174	43	42
28	Traitement TB	cas	75,462	44	1,676	492	0	227	412	545		3,598	2	2,113	950	0	438	384	341
29	Anémie <5 ans	visite	15,798	45	319	68	0	14	99	138		966,245	3,710	268	134	0	28	54	52
30	Anémie >5 ans	visite	110,228	409	276	7	0	18	106	146		2,644,370	19,543	145	11	0	28	54	52
31	Perte Vaginale	visite	54,543	234	226	21	13	44	66	82		657,480	2,757	249	38	23	81	54	52
32	Ecoulement Urétral	visite	653	2	112	11	0	22	33	46		3,778	16	243	44	0	93	54	52
33	Asthme	visite	3,711	9	130	0	0	-	50	80		5,217	62	92	1	0	-	46	45
34	Autres Conjonctivites	visite	5,624	17	161	23	0	-	54	85		19,735	121	171	86	0	-	43	42
35	Douleurs Abdominales Basses	visite	15,519	52	279	24	0	31	95	129		147,944	604	256	63	0	81	57	55

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
36	Douleurs, Brulures d'Estomac	visite	4,915	22	101	-	0	-	47	54		40,122	479	92	-	1	-	46	45
37	Hypertension artérielle (HTA)	visite	24,509	121	215	-	0	-	88	127		416,093	5,058	91	-	0	-	46	45
38	Kwashiorkor / marasme	visite	6,054	4	443	146	0	29	108	159		52,401	51	1,051	724	0	146	93	88
39	Parasitose Intestinale	visite	100,184	217	319	15	0	51	106	148		572,876	2,473	242	29	0	100	57	55
40	Sarcoptose	visite	20,756	139	268	0	0	-	112	156		81,091	798	112	0	0	-	57	55
41	Diabète	visite	7,105	23	370	-	-	-	152	218		356,479	2,482	160	-	-	-	81	78
42	VCT	cas	919,191	2,396	418	19	-	174	72	152		2,823,864	6,141	479	31	-	275	89	85
43	PTME	cas	11,915	29	515	108	3	52	176	177		140,279	362	402	171	4	82	74	71
44	Traitement ARV	cas	1,000,365	108	6,859	1,134	3	160	3,395	2,167		7,510,642	716	10,680	7,687	21	1,086	951	935
45	Soins Cliniques VIH/SIDA	cas	707,467	152	7,994	249	11	465	4,076	3,193		2,215,948	716	3,289	482	21	900	951	935
46	PTME (Enfant)	cas	10,890	16	782	95	1	406	114	166		5,750	6	922	150	1	643	66	63
47	Traitement ARV - Enfant	cas	-	-	-	-	-	-	-	-		97,814	67	1,501	530	21	542	208	201
48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant	cas	13,663	12	994	2	-	149	455	388		61,568	67	958	8	-	542	208	201
49	Ictère Fébrile	visite	-	-	-	-	-	-	-	-		3,952	11	365	91	1	114	81	78
50	Varicelle	visite	2,122	13	28	0	-	-	15	14		3,625	45	88	3	-	-	43	42
51	Infection Bucco-Dentaire	visite	374	1	93	0	0	-	32	61		473	6	91	6	1	-	43	42
52	Intoxication alimentaire	visite	764	1	148	0	1	13	52	83		4,792	28	180	0	3	65	57	55

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
53	Syndrome d'Eruption Fébrile	visite	45,616	233	159	2	0	7	58	91		69,782	592	126	7	0	28	46	45
54	Autres Maladies	visite	226,829	864	268	10	2	16	102	138		-	-	-	-	-	-	-	-
55	Vitamine A < 5 ans	cas	135,670	4,702	37	0	-	-	24	12		150,324	4,592	34	0	-	-	25	8
56	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	369,449	8,388	68	-	-	-	44	23		275,729	4,592	62	-	-	-	46	15
57	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	167,609	2,847	64	8	9	-	31	16		315,954	4,592	70	13	14	-	32	11
58	Vacc < 5 ans - Polio	cas	147,295	2,696	62	14	1	-	31	16		300,241	4,592	67	22	1	-	32	11
59	Vacc < 5 ans - BCG	visite	16,750	605	16	1	1	-	9	5		92,303	4,592	21	3	4	-	11	4
60	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	25,293	1,807	17	4	0	-	8	5		96,010	4,592	21	6	1	-	11	4
61	Séance d'IEC (IEC)	visite	399,816	1,662	244	11	26	-	137	71		368,431	1,496	248	17	40	-	143	47
62	Journées Patronales et d'Information	visite	194,221	42	5,414	-	3,543	-	1,232	639		269,552	38	7,319	-	5,606	-	1,288	426
63	Mobile Clinique (visite generale)	visite	10,266	60	29	1	2	4	11	10		9,740	72	23	1	3	5	7	6
64	Accouchement par matrone	visite	442,471	1,058	489	0	56	-	-	433		519,867	1,609	376	0	88	-	-	288
65	Visite Domiciliaire - Postnatal 3 j	visite	124,681	992	165	16	0	-	110	39		345,678	2,011	172	25	1	-	121	26
66	Visite Domiciliaire - Postnatal 4-7 j	visite	21,139	185	165	16	0	-	110	39		345,678	2,011	172	25	1	-	121	26
67	PF - Méthode de Courte Durée	cas	700,735	3,449	195	160	13	-	11	11		1,046,832	3,611	292	254	21	-	10	7
68	Consultation Prénatale	visite	72,853	1,185	61	4	2	-	28	27		74,869	1,508	53	7	3	-	26	18
69	Consultation Postnatale	visite	14,664	154	100	9	5	-	44	43		42,281	503	90	14	7	-	40	28
70	Groupe de Support des PVVIH	visite	70,710	12	6,346	276	3,775	-	1,905	389		2,544	0	8,409	534	7,299	-	292	284

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
71	Visites Domiciliaires VIH/SIDA	visite	52,287	153	809	19	20	-	690	80		258	2	149	31	31	-	34	53
72	Autres Visites Domiciliaire	visite	292,068	12,602	36	1	1	-	25	9		1,907,659	52,808	36	1	2	-	27	6
73	Rencontres Com. Périodiques	visite	81,298	286	646	-	-	-	469	178		251,206	400	628	-	-	-	510	118
74	Formation/Recyclage des groupes com	visite	51,716	5	8,862	-	8,211	-	332	320		49,560	4	13,508	-	12,994	-	301	213

Tableau 6: Coûts Unitaires des Services de Santé - CAL Zones Ciblées

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
	TOTAL		8,036,159	39,747								18,992,393	104,559						
1	Consultation Prénatale	Visite	344,441	1,383	279	14	3	67	92	102		581,744	2,672	218	24	5	112	41	36
2	Accouchement	Cas	146,227	91	1,547	80	20	32	737	679		197,959	238	793	132	34	53	331	244
3	Consultation Postnatale	Visite	33,767	123	277	28	5	5	105	133		141,664	891	158	47	9	8	50	44
4	PF - Méthode de Courte Durée	Cas	305,329	502	602	153	0	0	143	306		277,038	685	414	254	-	-	77	84
5	PF - Méthode de Longue Durée	Cas	3,830	5	718	219	12	7	279	200		76,308	92	852	556	31	18	120	127
6	PF - Méthode Permanente	Cas	0	0	0	0	0	0	0	0		196,814	309	640	62	232	18	175	153
7	Syphillis	visite	78,938	264	498	56	27	0	216	199		51,204	209	255	92	44	-	58	61
8	Autres IST	visite	28,387	125	76	6	3	0	29	38		37,248	209	189	46	24	-	58	61
9	Conjonctivite néonatale	visite	2,980	9	391	52	0	0	175	164		1,723	10	179	86	0	-	45	48
10	Vitamine A < 5 ans	cas	45,860	773	62	0	0	0	20	41		20,009	916	24	0	-	-	11	12
11	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	50,282	425	115	0	0	0	38	77		36,814	916	43	-	-	-	21	23
12	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	17,251	166	67	4	5	0	20	37		52,503	916	60	13	14	-	15	17
13	Vacc < 5 ans - Polio	cas	22,137	230	65	8	0	0	20	37		49,368	916	56	22	1	-	15	17
14	Vacc < 5 ans - BCG	visite	2,603	91	21	1	1	0	7	12		14,905	916	17	3	4	-	5	6

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
15	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	1,078	29	32	4	0	0	10	19		15,644	916	18	6	1	-	5	6
16	IRA <5 ans	visite	84,061	331	415	5	1	17	203	189		45,261	322	150	9	1	28	55	58
17	IRA>5 ans	visite	88,424	390	412	3	1	17	203	189		96,602	708	146	5	1	28	55	58
18	Pneumonie <5 ans	visite	13,977	33	505	3	1	17	253	231		1,282	8	171	5	1	28	66	70
19	Pneumonie >5 ans	visite	6,857	23	507	5	1	17	253	231		6,248	38	174	9	1	28	66	70
20	Malaria <5 ans	visite	18,607	39	429	1	0	36	203	189		30,031	183	174	2	0	59	55	58
21	Malaria >5 ans	visite	99,722	232	429	1	0	36	203	189		279,253	1,699	174	2	0	59	55	58
22	Typhoïd <5 ans	visite	15,867	43	540	4	0	52	253	231		4,137	19	229	7	0	86	66	70
23	Typhoïd >5 ans	visite	115,404	273	544	9	0	52	253	231		234,415	1,042	237	15	0	86	66	70
24	Diarrhée < 5 ans	visite	48,245	131	489	10	0	77	201	200		220,254	868	264	17	0	128	57	61
25	Diarrhéee >5 ans	visite	131,768	416	524	22	0	77	214	211		154,111	554	289	36	0	128	60	64
26	Malnutrition	cas	517,625	396	1,239	835	1	39	183	180		904,163	586	1,551	1,384	1	65	49	52
27	Suspect de TB pulmonaire	visite	34,264	119	427	6	0	105	163	153		133,187	506	271	10	0	174	42	45
28	Traitement TB	cas	43,729	17	3,030	574	0	264	721	1,471		2,162	1	2,175	950	0	438	378	409
29	Anémie <5 ans	visite	14,936	54	467	81	0	17	191	178		576,527	2,220	269	134	0	28	52	55
30	Anémie >5 ans	visite	87,627	329	393	7	0	17	191	178		1,574,074	11,523	146	11	0	28	52	55

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
31	Perte Vaginale	visite	46,749	140	455	23	14	49	191	178		401,093	1,671	249	38	23	81	52	55
32	Ecoulement Urétral	visite	1,654	5	250	17	0	37	110	86		2,126	9	243	44	0	93	52	55
33	Asthme	visite	4,070	20	340	1	0	0	175	164		3,146	37	94	1	0	-	45	48
34	Autres Conjonctivites	visite	10,790	48	368	52	0	0	163	153		11,769	71	173	86	0	-	42	45
35	Douleurs Abdominales Basses	visite	2,296	6	479	38	0	49	203	189		90,798	368	257	63	0	81	55	58
36	Douleurs, Brulures d'Estomac	visite	89,538	462	340	0	1	0	175	164		24,198	283	93	-	1	-	45	48
37	Hypertension artérielle (HTA)	visite	73,647	320	339	0	0	0	175	164		242,883	2,866	92	-	0	-	45	48
38	Kwashiorkor / marasme	visite	67,388	105	673	286	0	58	191	139		30,982	30	1,050	724	0	146	88	93
39	Parasitose Intestinale	visite	241,182	877	470	18	0	61	203	189		340,009	1,461	242	29	0	100	55	58
40	Sarcoptose	visite	43,327	178	392	0	0	0	203	189		48,466	471	113	0	0	-	55	58
41	Diabète	visite	1,973	6	360	0	0	0	165	195		206,307	1,406	161	-	-	-	78	83
42	VCT	cas	673,422	1,537	387	10	0	93	99	184		1,598,271	3,480	474	31	-	275	80	89
43	PTME	cas	1,299	5	81	22	1	11	16	32		82,784	214	400	171	4	82	68	75
44	Traitement ARV	cas	47,692	8	2,074	1,002	3	142	429	498		4,213,260	399	10,715	7,687	21	1,086	947	975
45	Soins Cliniques VIH/SIDA	cas	619,446	186	1,110	63	3	117	429	498		1,260,589	399	3,324	482	21	900	947	975
46	PTME (Enfant)	cas	2,741	5	171	20	0	84	29	39		3,399	4	922	150	1	643	62	66

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
47	Traitement ARV - Enfant	cas	313	0	313	69	3	71	71	99		61,779	42	1,498	530	21	542	196	209
48	Soins Cliniques VIH/SIDA-Enfant	cas	3,387	5	242	1	0	71	71	99		38,822	42	955	8	-	542	196	209
49	Ictère Fébrile	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		2,346	7	366	91	1	114	78	83
50	Varicelle	visite	1,693	11	51	0	0	0	21	30		2,186	27	89	3	-	-	42	45
51	Infection Bucco-Dentaire	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		285	3	93	6	1	-	42	45
52	Intoxication alimentaire	visite	362	2	72	0	0	8	28	36		2,849	17	181	0	3	65	55	58
53	Syndrome d'Eruption Fébrile	visite	726	4	197	3	0	11	104	79		41,833	349	127	7	0	28	45	48
54	Autres Maladies	visite	648,903	2,362	426	12	3	19	203	189		0	0	0	-	-	-	-	-
55	Vitamine A < 5 ans	cas	79,630	1,806	50	0	0	0	37	13		86,652	2,748	35	0	-	-	25	10
56	Contrôle de la Croissance < 5 ans	cas	198,789	2,411	92	0	0	0	68	24		158,865	2,748	65	-	-	-	46	19
57	Vacc < 5 ans - Diphtérie	cas	317,572	4,404	80	8	9	0	47	16		184,827	2,748	72	13	14	-	32	13
58	Vacc < 5 ans - Polio	cas	254,001	3,263	78	14	1	0	47	16		175,423	2,748	69	22	1	-	32	13
59	Vacc < 5 ans - BCG	visite	13,049	724	22	2	2	0	14	4		49,550	2,748	17	3	4	-	8	3
60	Vacc < 5 ans - rougeole	visite	20,414	860	25	4	0	0	16	5		56,039	2,748	22	6	1	-	11	4
61	Séance d'IEC (IEC)	visite	875,661	3,108	317	10	24	0	210	73		596,346	2,797	256	17	40	-	141	58
62	Journées Patronales et d'Information	visite	24,500	4	4,147	0	2,213	0	1,512	423		25,381	4	4,724	-	3,737	-	780	207

		Scénario A - Coûts Réels et Utilisation Réelle										Scénario C - Coûts Standards et Utilisation Projetée (100% de la population desservie)							
	Service	Description du Service par an	Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service		Coûts Totaux	Nombre de Services	Coûts Par Service	Coût Médicaments par Service	Coût fournitures par Service	Coûts Laboratoire par Service	Coût Personnel Technique par Service	Coûts Fixes par Service
63	Mobile Clinique (visite generale)	visite	246,661	1,583	52	1	2	7	26	15		19,780	144	46	3	6	19	13	6
64	Accouchement par matrone	visite	152,394	424	497	0	53	0	0	444		335,473	950	442	0	88	-	-	354
65	Visite Domiciliaire - Postnatal 3 j	visite	64,230	387	188	15	0	0	133	40		199,128	1,188	178	25	1	-	120	32
66	Visite Domiciliaire - Postnatal 4-7 j	visite	47,479	268	188	15	0	0	133	40		199,128	1,188	178	25	1	-	120	32
67	PF - Méthode de Courte Durée	cas	319,382	1,505	203	153	13	0	27	11		594,459	2,056	293	254	21	-	10	9
68	Consultation Prénatale	visite	39,082	434	102	4	2	0	69	28		41,975	891	56	7	3	-	25	22
69	Consultation Postnatale	visite	17,867	88	164	8	4	0	108	44		23,801	297	95	14	7	-	38	35
70	Groupe de Support des PVVIH	visite	81,341	17	1,627	70	951	0	362	244		2,478	0	8,477	534	7,299	-	295	348
71	Visites Domiciliaires VIH/SIDA	visite	4,952	31	54	4	4	0	0	46		35,940	247	166	31	31	-	38	65
72	Autres Visites Domiciliaire	visite	226,157	4,982	41	1	1	0	30	9		1,184,153	33,178	37	1	2	-	27	7
73	Rencontres Com. Périodiques	visite	66,180	115	192	0	0	0	128	65		252,168	387	652	-	-	-	507	145
74	Formation/Recyclage des groupes com	visite	0	0	0	0	0	0	0	0		47,997	4	13,543	-	12,994	-	289	261

Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: 617.250.9500
www.msh.org