PN-ABF-999

PROCEEDINGS FROM THE WORKSHOP ON HEALTH CARE FINANCING IN THE CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

Bangui, Central African Republic

April 24 - 28, 1989

Resources for Child Health Project

REACH

JSI
John Snow, Inc.
1100 Wilson Boulevard, 9th Floor
Arlington, VA
22209 USA
Telex: 272896 JSIW UR
Telephone: (703) 528-7474

PN-ABE-929
ISN 69955

Proceedings from the Workshop on Health Care Financing in the Central African Republic

April 24 - 28, 1989

Bangui, Central African Republic

Marty Makinen, Ph.D.
REACH Consultant

Donald Graybill, Ed.D.
REACH Consultant

Allison Percy, M.I.A.
REACH Project

with assistance from:

Munkatu Mpese
Chef de Division Etudes et Recherche Operationnelle
SANRU Project, Zaire

Birama N'Diaye
President, Association pour la Promotion de la Santé
Pikine, Senegal

Emile Jeannée, M.D.
Médecin Chef, Projet Pikine
Pikine, Senegal

Prepared by the JSI Health Care Financing Group for the Resources for Child Health (REACH) Project, USAID Contract No. DPE-5927-C-00-5068-00.

TABLE OF CONTENTS

Acknowledgements.....i

Acronyms.....ii

Executive Summary.....iii

I. Scope of Work and Objectives.....1

II. Background.....1

III. Workshop Topics and Rationale for Sequence.....2

IV. Results, Conclusions, and Recommendations.....3

V. Follow-up Action Required.....6

APPENDICES

A. Places Visited and Persons Contacted

B. Workshop Program

C. Workshop Participants

D. Workshop Conclusions

E. Cost Recovery Legislation

F. Workshop Handouts

G. Case Study Presentations

H. Bibliography

ACKNOWLEDGMENTS

The team would like to thank the many individuals in the Central African Republic whose assistance made the workshop a success. In particular, we would like to thank Mr. Jean Willybiro-Sacko, formerly the Minister of Public Health and Social Affairs and now the Minister of Justice; Dr. Limbassa, who at the time of the workshop was the Director General of Public Health and is now the Minister of Public Health and Social Affairs; Dr. Roungou, the Director of Preventive Medicine; Hugh Smith, the A.I.D. Liaison Officer; and his assistant Philippe Makendebou. Joe Naimoli, the CCCD Technical Officer, was of great assistance in laying the groundwork for a successful workshop, and Gail Naimoli's help and friendship made our stay in Bangui a pleasure.

Most of all, we would like to thank the workshop participants for their frank and open discussions, without which the workshop would not have been able to achieve its objectives.

ACRONYMS

A.I.D.	U.S. Agency for International Development
ALO	A.I.D. Liaison Office/Officer
CAR	Central African Republic
CCCD	Combatting Childhood Communicable Diseases Project
CRED	Center for Research on Economic Development
DEPS	Directorate of Studies, Planning, and Statistics
FCFA	Monetary unit (Franc) of the Communauté Financière Africaine
GNP	Gross National Product
GOCAR	Government of the Central African Republic
HFU	Health Financing Unit
MSPAS	Ministry of Public Health and Social Affairs
REACH	Resources for Child Health Project
SED	Seminar on the Economics of Development
WHO	World Health Organization

EXECUTIVE SUMMARY

The Resources for Child Health (REACH) Project was requested by the Combatting Childhood Communicable Diseases (CCCD) Project to undertake a workshop for government officials in the Central African Republic (CAR) on health care financing issues in order to facilitate the development of a proposed cost recovery program for health. This workshop took place in Bangui from April 24-28, 1989. The objective of the workshop was to bring together officials from the Ministry of Public Health and Social Affairs (MSPAS), the Ministry of Finance, the Ministry of Planning, deputies from the National Assembly, and other key actors to learn about options for the financing of health care and make plans for the implementation of a cost recovery program aimed at increasing the level of resources devoted for health services and improving the quality and quantity of services available to the population.

The public health system in CAR suffers from both insufficient funding and poor distribution of resources. The total level of resources allocated to health in 1988 (including government funds and international assistance, but not including private expenditures) was 3,731 million FCFA (US$ 11.8 million), or approximately 2,382 FCFA (US$ 4.39) per capita (US$1.00 = approx. 315 FCFA). However, despite the fact that only approximately 14 percent of the population lives in the capital, Bangui, 85 percent of the curative care expenditures were in Bangui. This reflects a misallocation of resources across the health system, with little funds remaining to provide care for the vast majority of Central Africans living outside Bangui.

To accomplish the goal and objectives, the workshop began its substantive sessions with a presentation and discussion of the current state of health financing in CAR. Subsequent sessions covered the criteria for evaluation of alternative methods of financing the sector and the range of possible methods of community participation through cost recovery. The presentation and discussion of the two case studies, Health Zones in Zaire and Projet Pikine in Senegal, followed. The last presentation of the workshop was on administrative and management aspects of cost recovery systems. Plenary discussion was held on the types of conclusions the workshop wanted to produce, then a sub-group drafted preliminary conclusions. These conclusions were presented to and debated by the plenary before being accepted.

The conclusions adopted by the participants (see Appendix D) indicate that the goal and objectives of the workshop were largely accomplished. Conclusions were listed under eight headings, and a process for design of a health financing system based on community participation was agreed to.

The participants noted that the experiences presented from Pikine and the Health Zones in Zaire helped them to formulate their own ideas. Because the workshop topics had to be treated somewhat theoretically during earlier sessions, the presentation of actual cases was important to bringing these topics to life.

Regarding the current state of health financing in CAR, the participants noted that the absolute amount of government funds allocated to health is insufficient; the building of two new hospitals will only increase the demand for resources in the urban curative sector; and the MSPAS needs additional financial information and financial planning capability.

The participants agreed that CAR should move in the direction of a system of shared responsibility for paying for health services. The responsibility will be shared among GOCAR budgetary allocations, community participation, cooperation with the private sector, and external assistance. The next step will be to define the roles of each of the partners.

The participants elaborated a process for development of the CAR health sector financing system which involved three decisions to be made and noted the supporting analyses and information necessary for making these decisions. The three important decisions that must be made are:

1) what roles will be played by each of the partners in the shared responsibility for financing health services;

2) what kind of community participation system to use; and

3) how to implement the system.

Responsibility was assigned for the conduct of the analyses and data gathering and resource needs were sketched.

The analyses were all assigned to the MSPAS Directorate of Studies, Planning, and Statistics (DEPS), with some other participation. Currently, DEPS does not have the capacity to carry out such analyses. Thus, any plan to assist the MSPAS should include provision for strengthening DEPS over the medium to long term, while providing short-term technical assistance. The MSPAS should identify an individual with standing in the organization to be in charge of health financing and to take leadership responsibility on all of the steps that must be taken. Once the MSPAS has named its lead person on health financing, a consultant should be sent to work with the health financing leader to draw up scopes of work, budgets, time schedules, and workplans for the analyses.

I. SCOPE OF WORK AND OBJECTIVES

The Resources for Child Health (REACH) Project was requested by the Combatting Childhood Communicable Diseases (CCCD) Project to undertake a workshop for government officials in the Central African Republic (CAR) on health care financing issues in order to facilitate the development of a proposed cost recovery program for health. The objective of the workshop was to bring together officials from the Ministry of Public Health and Social Affairs (MSPAS), the Ministry of Financing, the Ministry of Planning, deputies from the National Assembly, and other key actors to learn about options for the financing of health care and make plans for the implementation of a cost recovery program aimed at increasing the level of resources devoted for health services and improving the quality and quantity of services available to the population. Specific workshop objectives are listed in Section IV, Workshop Topics and Rationale for Sequence.

REACH sent a team of six facilitators to conduct the workshop from April 24 - April 28, 1989. Dr. Marty Makinen, a health economist with extensive African experience, acted as the principal technical trainer. Dr. Donald Graybill, an adult education expert, had primary responsibility for workshop facilitation and the pedagogical aspects of the workshop. Birama N'Diaye and Dr. Emile Jeannée of Projet Pikine in Senegal presented a case study of the cost recovery system in Pikine, Senegal. Citoyen Munkatu Mpese, head of Studies and Operations Research at the SANRU Project in Zaire, made presentations on the health zones financing system in Zaire and the administrative and management aspects of cost recovery. Ms. Allison Percy, Technical Associate for Health Care Financing at REACH, opened the technical portion of the workshop with a presentation on the current health care financing system in the CAR and was responsible for the logistical aspects of the workshop.

II. BACKGROUND

The Central African Republic, a landlocked country in equatorial Africa, is one of the world's least developed countries, with a gross national product (GNP) per capita of $283 in 1988. With under three million people inhabiting an area over 622,000 sq. km. (241,000 sq. miles), it is also one of the world's most sparsely populated countries.

The country's difficult economic situation is highlighted by its social indicators: an infant mortality rate of 133 per 1,000 live births, and an average life expectancy of 46 years at birth. These statistics reflect a low health status resulting in part from inadequate access to health services.

The public health system in CAR suffers from both insufficient funding and poor distribution of resources. The total level of resources allocated to health in 1988 (including government funds and international assistance, but not including private expenditures) was 3,731 million FCFA

(US$ 11.8 million), or approximately 2,382 FCFA (US$ 4.39) per capita (US$1.00 = approx. 315 FCFA). However, despite the fact that only approximately 14 percent of the population lives in the capital, Bangui, 85 percent of the curative care expenditures were in Bangui. This reflects a misallocation of resources across the health system, with little funds remaining to provide care for the vast majority of Central Africans living outside Bangui.

As part of an effort to improve the provision of health services to the population, the Central African government began to explore options for increasing the level of resources available for health. A preliminary feasibility study of a system of household contribution to health financing was conducted through A.I.D. and the REACH Project in 1986. In 1987, another REACH team conducted two surveys and several interviews to determine the range of private expenditures on health care and assess people's willingness to pay for health services. However, they noted that further studies would be necessary to assess the population's ability to pay for health services.

The next step was to begin planning for a workshop for government officials to learn about the health care financing experiences of other African countries and begin to make decisions on the design and implementation of a cost recovery program for health. A planning visit was conducted by REACH in August 1988 to establish an agenda for the workshop, but the workshop itself could not be held until key legislation was passed which would allow cost recovery in public health facilities. This legislation was promulgated in March, 1989, and the workshop was conducted at the end of April, 1989.

III. WORKSHOP TOPICS AND RATIONALE FOR SEQUENCE

The goal of the workshop was to reach a consensus on the process to follow to establish a national system of health financing based on community participation. The objectives for the workshop that followed from this goal were:

- Frank and open discussion and exchange of ideas
- Analysis of all aspects of the health financing problem for the health sector
- Identification, analysis and classification of questions to resolve during the process of defining the system
- Formation of a consensus on the criteria to use in evaluating proposed systems
- Appreciation of the trade-offs involved in making choices among systems
- Acquisition of knowledge about alternative methods of approaching the health financing problem and about the experiences of Zaire and Senegal

- Acquisition of an understanding of the importance of management and administrative systems to the success of any system chosen

- Development of a consistent plan, including concrete actions, information and resource needs, and decisions to be made, to be submitted to the GOCAR.

To accomplish the goal and objectives, the workshop began its substantive sessions with a presentation and discussion of the current state of health financing in CAR. Subsequent sessions covered the criteria for evaluation of alternative methods of financing the sector and the range of possible methods of community participation through cost recovery. The presentation and discussion of the two case studies, Health Zones in Zaire and Projet Pikine in Senegal, followed. The last presentation of the workshop was on administrative and management aspects of cost recovery systems. Plenary discussion was held on the types of conclusions the workshop wanted to produce, then a sub-group drafted preliminary conclusions. These conclusions were presented to and debated by the plenary before being adopted.

The sequence of topics was intended to take the participants through a learning process which would bring the participants:

1) to an agreed upon starting point (the current situation);

2) through a process of deciding what outcomes are (or are not) desired from a reformed health financing system based on community participation (evaluation criteria);

3) to an appreciation of the range and complexity of choices to be made;

4) to cases illustrating actual cost recovery programs;

5) to an appreciation of the "nuts and bolts" of operating a cost recovery system; and,

6) finally, to a plan of how to go forward in CAR.

IV. RESULTS, CONCLUSIONS, AND RECOMMENDATIONS

The conclusions adopted by the participants (see Appendix D) indicate that the goal and objectives of the workshop were largely accomplished. Conclusions were listed under eight headings, and a process for design of a health financing system based on community participation was agreed to.

The participants noted that the experiences presented from Pikine and the health zones in Zaire helped them to formulate their own ideas. Because the workshop topics had to be treated somewhat theoretically during earlier sessions, the presentation of actual cases was important to bringing these topics to life.

The conclusions regarding the current state of health financing in CAR included two on actual financial problems and three on changes needed.

1) The participants concluded that the absolute amount of government funds allocated to the sector is insufficient for the operation of all services (both curative and preventive).

2) Moreover, the operating expenditures needed for the two new hospitals in Bangui will make it difficult to achieve the objective of strengthening services offered in rural areas.

3) To improve the performance of the Ministry of Public Health and Social Affairs (MSPAS) with regard to financing of the health sector, the participants concluded that:

   a) the MSPAS and the Ministry of Finance need to work together better before the annual budget allocation is set;

   b) the MSPAS needs more financial information for decision making; and

   c) MSPAS's current capacity in financial planning is weak.

A long discussion was needed before the desirability of setting out criteria for evaluation of potential systems of community participation was appreciated. The participants concluded that the possible systems should be evaluated against the following criteria:

- Equity
- Physical and functional (services and drugs are actually made available) access to health services
- Sufficient resources to allow improvements in quality of services
- Administrative feasibility
- Efficiency

The participants agreed that there is a need to weight each of the criteria, but time limitations did not permit the assignment of weights during the workshop.

The participants agreed that CAR should move in the direction of a system of shared responsibility for paying for health services. The responsibility will be shared among GOCAR budgetary allocations, community participation, cooperation with the private sector, and external assistance. The next step will be to define the roles of each of the partners (see below).

The extensive discussion planned on alternative methods of community participation had to be cut short in order to adhere to the agenda. The participants recommended that more in-depth analysis of the alternatives be carried out, measuring them against the evaluation criteria. The methods discussed included payment for consultations, drugs, hospitalizations, diagnostic procedures, curative, and preventive services; prepayment

systems; and third party payments. Finally, the participants concluded that it is important to involve the population in decisions to set and change prices to be charged.

The new health financing law (Loi 89.003) states that holders of social assistance (assistés sociaux) cards will be exempted from paying for health services. The participants recognized that clause of the law in their conclusions. However, the definition of who should qualify for such a card engendered lively discussion. No consensus was reached on a definition during the workshop. The participants recommended that a definition be devised, taking into account the loss of revenue to the health sector that would result from too broad a definition. The participants also concluded that the system of exoneration from payment should consider reduced prices as well as total exoneration and reduction in charges for costly services (such as chronic illnesses). An issue that arose in these discussions, but was not settled, was whether or not prices should be set in relation to costs.

Citoyen Munkatu's presentation on administrative and management aspects of community participation systems was reflected in the participants' conclusions. They concluded that whatever system might be chosen will need:

- To have a planning capacity and a financial management information system
- To provide administrative capacity at the facility level
- To have a regular system of financial control
- To define the role and job description of the community management committees

The last conclusion of the workshop was that all externally-funded projects (e.g. World Bank, UNICEF, and bilateral assistance projects) should be adapted to and integrated into the GOCAR's program of development of the health sector.

The process for development of the CAR health sector financing system was laid out by the participants in table form (Appendix C). The process involves three decisions to be made and the supporting analyses and information necessary to make these decisions. Responsibility was assigned for conducting the analyses, and data gathering and resource needs were sketched.

Each of the three decisions requires one or more analyses. The first decision to be made is what roles will be played by each of the partners in the shared responsibility for financing health services. The supporting analyses for this decision are studies of the costs of priority health services and the capacities of each of the partners to meet financing needs.

The second decision to be made is the type of community participation system to use. The analyses to support this decision were called socioeconomic analyses by the participants. They are to include a study of

the income of the population (ability to pay) and the advantages and disadvantages of various cost-recovery systems (against the evaluation criteria).

The third decision to be made is how to implement the system. Analyses recommended by the participants to support this decision include how far to decentralize, the role of the community management committees, what administrative systems to set up, and what evaluation mechanisms to put into place.

V. FOLLOW-UP ACTION REQUIRED

The workshop on health care financing in the Central African Republic sets the stage for the next steps toward an operational financing program based on shared responsibility among the State, beneficiaries, external aid, and the private sector.

The workshop conclusions laid out the next set of decisions that must be made in this area, the analyses that are needed to support those decisions, who will undertake the analyses, and a sketch of the resources needed.

To decide on the appropriate roles of each of the (state, community, external aid, and private sector) in financing the health sector, a number of supporting analyses need to be completed. These include:

1) Costs of meeting health priorities: This study should follow the assessment of health needs at the prefectoral level already planned. It would estimate the costs of providing the desired services. It would start by estimating the costs of the existing program, then project the costs of a fully-operational program to meet the priority needs. (This will put price tags on the wish list that is likely to result from the assessment of health needs.)

2) Capacity of each actor to meet health priorities: The study should examine past performance and likely future abilities of the actors. In addition, it should consider the advantages that each actor has in different areas (e.g., external assistance in investments and spending requiring foreign exchange, community in paying for low-cost curative services, State in providing technical guidance and correcting imbalances in the distribution of income and spreading risks, and the private sector in providing high-quality services to selected populations). In examining the abilities of the actors, this study should examine current, recent past, and likely future spending by the State and external aid. The analysis should separate out investment and operating expenditures. It should seek to determine what actual spending was, as opposed to budgeted amounts, in the past. The financial abilities of the State and external aid should be matched up against the costs estimated by the first study. The remainder of the costs would be borne by the community and the private sector. It is likely that the first projections of

future needs will show an impossibly-high burden on the community. This should lead to a re-assessment of the services to be provided, until the burden on each actor is reasonable.

The results of the two analyses should be presented to and discussed by the same group that met in the workshop. The analysts should propose alternative ways the actors could share responsibilities that are consistent with realistic projections of their financial abilities and relative advantages.

To carry out the analyses, several steps must first be taken:

1) **Strengthen DEPS:** MSPAS/DEPS is to be put in charge of each of the analyses. This is a logical choice. However, DEPS does not have the technical capacity to handle the studies, let alone the major tasks of setting up, operating, and monitoring a national cost recovery system. Any plan to assist the MSPAS should include provision for strengthening DEPS over the medium to long term, while providing short-term technical assistance. A first step should be to begin to strengthen DEPS' technical capacity by creating a Health Financing Unit within the Directorate. This may be done by hiring one or more people from outside the Ministry (including transfers from other Ministries like Plan, Finance, or Treasury) to take the lead on health financing.

2) **Point Person for Health Financing:** The person put in charge of health financing should have enough standing to command respect within and outside the Ministry. The person should have university or higher training in economics (or finance), five to ten years of work experience using the economics training, experience in public service, and, preferably, some experience in the social sector (e.g., health, welfare, nutrition, education).

3) **Health Financing Staff:** The lead person should be complemented by one or more junior analysts. These analysts should have university or higher training in economics, business, or finance and two to three years of experience using their professional training. University economics professors might be considered for a role as consultants to the Health Financing Unit (HFU), as well.

4) **Short-term Training for Health Financing Personnel:** One or more of the people chosen to staff the Health Financing Unit within DEPS should be sent for short-term training in health financing. There are two courses offered in French in the United States. At the University of Michigan Center for Research on Economic Development (CRED) there is a seven-week Séminaire sur l'Economie de Développement (SED) offered every summer. In 1989 SED included a course on the economics of health and family planning, in addition to courses on micro-economics and use of microcomputers. Boston University is offering a month-long course in French on health financing in developing countries in the summer. Both courses are accessible for non-economists.

5) **REACH Consultant:** Once a lead person is named by the MSPAS for health financing, a REACH consultant should come to work with the point person to draw up scopes of work for the analyses. This would include making an estimated budget, setting up a time schedule, and developing a workplan. The budget should include technical assistance time, documents to begin building the HFU library (WHO, World Bank, A.I.D., and UNICEF all have health financing documents to offer in French), equipment (including microcomputers and peripherals, software, photocopier, and one or more vehicles), long-term training in health economics in the U.S. for one or more Central Africans, and money to support data collection, entry, and analysis.

APPENDICES

APPENDIX A
PLACES VISITED & PERSONS CONTACTED

PLACES VISITED & PERSONS CONTACTED

Ministry of Public Health and Social Affairs

M. Jean Willybiro-Sacko, Minister of Public Health and Social Affairs
Dr. Jean Limbassa, Director General of Public Health
Dr. Jean-Baptiste Roungou, Director of Preventive Medicine
Mr. Antoine Balikouzou, Director of Studies, Planning, and Statistics

U.S. Embassy

Mr. David C. Fields, U.S. Ambassador
Ms. Mary Marshall, Deputy Chief of Mission
Mr. Hugh I. Smith, A.I.D. Liaison Officer
Mr. Willem Brakel, Economic Officer
Mr. Philippe Makendebou

CCCD Project

Mr. Joseph Naimoli, Technical Officer

APPENDIX B
WORKSHOP PROGRAM

WORKSHOP PROGRAM

Day 1

S.1.1 Opening Session
(Speeches by the Minister of Health, J. Willybiro-Sacko, and the A.I.D. Liaison Officer, Hugh Smith)

S.1.2 Presentations, Structure, Goals, and Objectives of the Workshop
(D. Graybill and M. Makinen)

COFFEE BREAK

S.1.3 Health Care Financing Situation in the Central African Republic
(A. Percy)

S.1.4 Elements of the Health Sector Financing Problem
(M. Makinen, Discussion)

Day 2

S.2.1 Criteria for the Evaluation of Proposed Solutions
(Small Group Discussion)

COFFEE BREAK

S.2.2 Alternative Solutions to the Financing Problem of the Sector
(M. Makinen)

Day 3

S.3.1 Alternative Solutions to the Financing Problem of the Sector
(Continued)

S.3.2 Presentation of the Case Studies (Zairian Health Zones and Projet Pikine)
(Munkatu Mpese, Birama N'Daiye, and Emile Jeannée)

COFFEE BREAK

S.3.3 Administrative Aspects of the Implementation of Cost Recovery Systems
(Cit. Munkatu)

Day 4

S.4.1 Plenary Discussion of Workshop Conclusions

COFFEE BREAK

S.4.2 Working Group Meeting on Conclusions

Day 5

S.5.1 Global Evaluation of the Workshop
(D. Graybill)

S.5.2 Presentation by the Working Group to the Plenary of the Workshop Conclusions
(Discussion, Adoption)

S.5.3 Closing Session
- Formal presentation of the conclusions by Mr. Addy Koulnani Gotilogue representative of the Rassemblement Démocratique Centrafricain
- Speeches by J. Willybiro-Sacko and H. Smith

APPENDIX C
WORKSHOP PARTICIPANTS

WORKSHOP PARTICIPANTS

Mr. Marc KODEGUE
Secretary General of Public Health and Social Affairs

Dr. Jean LIMBASSA
Director General of Public Health

Mr. Antoine BALIKOUZOU
Director of Studies, Planning and Statistics (DEPS)

Commander Armand YAMALA
Director of Administrative and Financial Services (DSAF)

Dr. Jean Baptiste ROUNGOU
Director of Preventive Medicine and of the Fight Against Large Epidemics

Dr. Eugene SERDOUMA
Director of Maternal and Child Health and Family Planning

Dr. Denis SOUROUNGBA
Director of Curative Medicine

Mr. Marc YAMANDE
Director of Sanitation, Salubrity and the Environment

Ms. Nanette KOHO
Director of Community Development

Dr. Eugene KPIZINGUI
Chief, Primary Health Care Execution Unit

Mr. Jacques SENWARA-DEFIOBONA
Director of the National Hospital-University Center of Bangui

Ms. Lucienne GABA
Director of the Friendship Hospital

Mr. Cherubin BEOROFE
Director of the Community Hospital

Ms. Jeanne VOHITO
Director of the National Laboratory

Dr. Gilbert NZIL'KQUE DIMANCHE
Chief of Health Region No. 3

Dr. Antoine BANGA-BINGUI
Chief of Health Region No. 5

Commander RAVON
Technical Advisor,
Directorate of Studies, Planning and Statistics (DEPS)

Commander AITELLI
Technical Advisor,
Directorate of Administrative and Financial Services (DSAF)

Mr. Emmanuel NAKOE
Directorate of the Budget, Ministry of Finance

Mr. Alexis ZOUNIMBIAT
Representative of the Ministry of the Interior

The Honorable Mahamat Salleh Amadeu
Deputy Rapporteur, National Assembly

The Honorable Fabien RECKIAN
Deputy, National Assembly

Mr. Jean Marie WALLOT
Member of the Economic and Regional Council

Mr. Addy Koulnani GOTILOGUE
National Secretary of Federations,
Central African Democratic Rally (RDC)

APPENDIX D
WORKSHOP CONCLUSIONS

CONCLUSIONS DE L'ATELIER SUR LE RECOUVREMENT DES COUTS DE SANTE

LES ACQUIS DE L'ATELIER

1. **Etudes de cas**

   - Les expériences des pays frères, le Zaire et le Sénégal, ont permis à l'atelier de formuler les orientations adaptées au contexte Centrafricain

2. **Situation actuelle de financement du secteur sanitaire en RCA**

   - Besoins en information financière pour la prise de décisions
   - Necessité d'une concertation ameliorée entre les Ministères des Finances et Santé avant l'élaboration du budget
   - Les charges recurrentes des nouveaux hôpitaux auront des effets negatifs sur le renforcement de soins a l'intérieur du pays
   - Le montant budgetaire absolu alloué au secteur sanitaire est insuffisant
   - Il y a une faible capacité de programmation et de planification financière

3. **Critères d'évaluation (objectifs) de systèmes de recouvrement des coûts**

   - Equité
   - Accès physique et fonctionnel aux soins de santé
   - Ressources suffisantes pour l'amélioration de la qualité de soins
   - Faisabilité administrative
   - Efficacité

4. **Méthodes de financement du secteur sanitaire**

   - Partage de responsabilités:
     - Allocations budgetaires
     - Participation communautaire
     - Cooperation du secteur privé
     - Aide internationale

5. **Possibilites de participation communautaire**

- Recensement de possibilités, dont:

  - Consultations
  - Médicaments
  - Hospitalisations
  - Procédures diagnostiques
  - Soins curatifs
  - Soins preventifs
  - Pre-paiements
  - Paiement par les tiers

- Recommandation d'analyse plus approfondie des possibilités recensées

- Importance de l'engagement de la population en la fixation des tarifs

6. **Les exonérés de paiement**

- Cadre juridique existant (Loi 89.003)

- Définir les critères d'identification des exonérés

- Déterminer le pourcentage de la population a exonérer (risque de manque à gagner pour le secteur)

- Possibilité de réduction de tarifs au lieu d'exonération

- Exonération/réduction de tarifs pour certains services coûteux (par exemple, les maladies chroniques)

7. **Aspects administratifs de systèmes de recouvrement des coûts**

- Il faut prévoir:

  - Une capacité de planification et un système d'information financière

  - Une capacité de gestion au niveau de la formation sanitaire

  - Le contrôle financier regulier

  - Précision du rôle et des attributions de comités de gestion communautaires

8. **Global**

- Les projets devraient être adaptés et intégrés au programme de développement du secteur sanitaire

PROCESSUS D'ELABORATION D'UN SYSTEME DE FINANCEMENT DU SECTEUR SANITAIRE FONDE SUR LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Décisions à Prendre	Besoins en Analyses et Informations	Responsabilité	Besoins en Ressources
Rôles des partenaires de financement - Etat - Communauté - Aide Externe - Secteur Privé	Coûts des priorités sanitaires	MSPAS/DEPS	Formation (a), Assistance Technique, Documents, Crédits, Equipements
	Capacité des partenaires à répondre aux besoins sanitaires	MSPAS, Finances, Plan, Bailleurs de Fonds, Elus	Crédits, Documents, Assistance Technique, Recrutement de Personnel Supplémentaire, Equipement
Système de participation communautaire (modes de recouvrement des coûts)	Analyses socio-économiques (revenu de la population, coûts de services, avantages et inconvenients des possibilités)	MSPAS/DEPS (concours de Finances, Plan, Fonction Publique, Développement Rural, RDC)	Crédits, Documents, Assistance Technique, Recrutement de Personnel Supplémentaire, Equipement
Modalités d'application	Décentralisation, rôles de comités de gestion, aspects administratifs, évaluation autonomie de gestion	MSP	Documents, Formation, Recrutement de Personnel Supplémentaire, Crédits, Equipement, Assistance Technique

(a) Il s'agit de formation par participation et de formation à long terme en économie de la santé, gestion, comptabilité, technique (santé)

APPENDIX E
COST RECOVERY LEGISLATION

The attached law fixing general principles relating to public health in the Central African Republic was promulgated on March 23, 1989. It affirms that all citizens have the right to health and to a free choice of health practitioners, but states that these rights are subject to the financial participation of citizens for the different services offered in public health facilities. It delineates the role of the government in the policies, organization, and operation of public and private health services. It authorizes partial decentralization of financial management of public sector establishments, and places responsibility for setting fees in the public health sector with the Finance Law.

Third party payment of health expenditures for private sector and parastatal employees is authorized by select organizations. The law also states that government workers will participate in health expenditures according to a proportion that will be defined by a Decree of the Council of Ministers.

The law states that the State will take charge of health care expenditures for ill individuals recognized to be "socially assisted." Only ill persons holding social assistance cards will be able to benefit from this aid.

A share of the receipts from consultations, medical services, and complementary exams performed in public facilities may be turned over to the practitioners and their assistants. The conditions of apportionment are to be fixed by a Decree of the Council of Ministers.

The law also addresses other issues that are not directly related to the health financing system in the Central African Republic.

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

LOI Nº 89.003

FIXANT LES PRINCIPES GENERAUX RELATIFS A LA SANTE PUBLIQUE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

L'ASSEMBLEE NATIONALE A DELIBERE ET ADOPTE,

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DE L'ETAT PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT :

Art. Ier : Tout Citoyen a droit à la Santé.

Art. 2 : Il dispose du libre choix du praticien.

Art. 3 : Les droits visés aux articles I et 2 ci-dessus sont assujettis à la participation financière du Citoyen pour les différentes prestations de santé qui lui sont proposées par l'ensemble des formations sanitaires publiques.

Art. 4 : Le Gouvernement définit la politique générale, fixe l'organisation et le fonctionnement des services publics et privés de santé et veille à la mise en application des mesures destinées à assurer la protection, le rétablissement, l'amélioration de la santé des populations, ainsi que la promotion sociale des individus et des groupes sociaux composant la Communauté Nationale.

Art. 5 : Afin de garantir le fonctionnement régulier des établissements du secteur public, leur gestion sera assurée soit dans le cadre normal du régime financier du secteur public soit en autonomie partielle de gestion.

Art. 6 : Les tarifs appliqués pour l'ensemble des prestations pratiquées dans les établissements du secteur public sont fixés dans le cadre de la Loi des Finances.

Art. 7 : Pour le paiement des dépenses de santé, la pratique du tiers payant est autorisée.

A cet effet, des Conventions pour la prise en charge des frais de santé des salariés du secteur privé ou parapublic pourront être passées entre d'une part :

- le département chargé de la Santé Publique,

et d'autre part :

- les Sociétés et Entreprises privées
- les Sociétés Para-Publiques
- les Groupements de Sociétés
- les Associations de protection sociale à vocation mutualiste.

.../...

24

Art. 8 : Les Fonctionnaires et Agents de l'Etat, leurs familles et les autres catégories socio-professionnelles participent aux dépenses de santé selon une proportion qui sera définie par Décret pris en Conseil des Ministres.

Art. 9 : L'Etat prend en charge les dépenses de santé des malades reconnus assistés sociaux. Seul le malade titulaire d'une carte d'assisté social pourra bénéficier de la prise en charge ;

La délivrance de cette carte étant de la compétence de l'Etat ou des Collectivités locales suivant la règlementation en vigueur.

L'Etat définit le montant de la contrepartie à la charge des Collectivités locales.

Art. 10 : Les recettes perçues au titre des consultations, des actes médicaux, des actes chirurgicaux et des examens complémentaires pratiqués dans les établissements publics donnent droit au versement d'une quote-part au profit des praticiens et leurs assistants.

Les conditions de répartition et d'attribution sont fixées par Décret pris en Conseil des Ministres.

Art. 11 : L'exercice de la Médecine à titre privé peut être autorisé aux Médecins et Chirurgiens-Dentistes Fonctionnaires en dehors des heures normales de service ou de permanence.

Art. 12 : Est formellement interdit le cumul de la fonction de Pharmacien dans un établissement public avec la qualité de propriétaire ou gérant d'officine ou laboratoire privé.

Art. 13 : Un délai d'un an est accordé aux Pharmaciens des établissements publics qui sont en même temps propriétaires ou gérants d'officine ou laboratoire privé en vue d'opter pour la fonction publique ou le secteur privé.

Art. 14 : Des Décrets pris en Conseil des Ministres fixeront les modalités d'application de la présente Loi.

Art. 15 : La présente Loi qui abroge toutes dispositions antérieures contraires sera enregistrée et publiée au Journal Officiel de la République Centrafricaine./-

Fait à Bangui, le 23 Mars 1989

André K O L I N G B A.-

APPENDIX F
WORKSHOP HANDOUTS

HEALTH CARE FINANCING POLICY AND PRACTICE IN THE CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

I. Structure of the Health System

The health care system in the Central African Republic includes a number of hospitals, health centers, and health posts, as summarized in the table below:

Table 1:

Public Health Facilities in the CAR

Type	Number
Hospitals in Bangui	3
Regional Hospital	4
Prefectural Hospitals	11
Health Centers	55
Health Sub-centers	71
Health Posts	175
Dietetic Center	1
Leproseries	5
Private Facilities	27

Currently, "cases de santé" supported by village communities are being implemented on an experimental basis.

In 1982, there were 99 physicians in the Central African Republic, or one physician for every 22,434 inhabitants.

II. Health Expenditures and Sources of Financing

A. Sources of Financing

1. Government health expenditures

The amount of government expenditure for health since 1975 has grown at a variable rate. In 1988, the total public health budget (including capital and operating allocations) approached four billion FCFA, or nine percent of the total government budget excluding debt payments. The table below summarizes the public health budget from 1975 to 1988.

Table 2:

Public Health Budget
1975-1988
(Millions of FCFA)

Year	Amount	Deflator	Real Amount	Real Growth
1975	1,329			
1976	1,524			
1977	1,618			
1978	1,670			
1979	1,711			
1980	2,197			
1981	2,066			
1982	2,343			
1983	2,482	89	2,784	
1984	2,483	91	2,727	-2.0%
1985	2,721	100	2,734	0.3%
1986	3,254	103	3,172	16.0%
1987	3,453	99	3,488	10.0%
1988	3,731	100	3,731	7.0%
Real Growth 1983-1988:				34.0%
Annual Real Growth 1983-1988:				6.0%

Source: Adapted from World Bank, Analyse des contraintes sectorielles et des sources de financement du secteur santé en République Centrafricaine, Rapport No. 7492-CAR, 1989.

Table 3:

Public Health Budget (operating and investment) 1984-1988
as a fraction of the Total Government Budget
(Millions of FCFA)

Year	Health Budget	Government Budget*	Percent Health
1984	2,483	37,706	6.6%
1985	2,721	36,662	7.4%
1986	3,254	39,531	8.2%
1987	3,453	40,150	8.6%
1988	3,731	41,288	9.0%

*Excluding debt payments.

Source: Adapted from World Bank, Analyse des contraintes sectorielles et des sources de financement du secteur santé en République Centrafricaine, Rapport No. 7492-CAR, 1989.

In per capita terms, annual government expenditures on health totaled 1,318 FCFA per person in 1988.

2. International assistance

International assistance accounts for a large proportion of expenditures in the health sector, as well. During the period from 1984 to 1988, external aid for health totaled over 14.5 billion FCFA, excluding technical assistance and scholarships. This amount is nearly as much as that spent by the Central African government and, if one were to include technical assistance and scholarships, it would undoubtedly exceed the government health expenditures. The following table summarizes the amount and origin of international health assistance.

Table 4:

International Assistance to the Health Sector
1984-1988
(Millions of FCFA)

	Amount	Percentage
Bilateral:		
France	3,485	24.0%
China	3,531	24.3%
Japan	1,000	6.9%
USA	248	1.7%
Switzerland	200	1.4%
Multilateral:		
African Development Bank	2,212	15.2%
World Health Organization	1,486	10.2%
UNICEF	1,376	9.5%
European Development Fund	438	3.0%
UNFPA	301	2.1%
United Nations Development Program	230	1.6%
Total	14,507	100.0%

Source: World Bank, Analyse des contraintes sectorielles et des sources de financement du secteur santé en République Centrafricaine, Rapport No. 7492-CAR, 1989.

3. Private Expenditures

The level of private expenditures in the health sector is much more difficult to ascertain. No studies have yet been done to determine how much people pay to receive health care and medicine from the private and public sectors. However, hospitals and health centers currently charge fees for some services. The national hospital in Bangui (CNHU) charges

fees to patients ranging from zero to 5,000 FCFA per day. While collections are lower than one would expect from the official fee schedule, approximately 19 million FCFA were collected in 1985.

A survey of health care facility users conducted by REACH in 1987 revealed that the average expenditures of the respondents at the four facilities studied were as follows:

Table 5:

Patient Expenditures at Four Health Facilities

Yaloke Hospital	10,848 FCFA	consultations, pharmaceuticals, surgery, and hospitalization
Castor's Maternity	1,178 FCFA + 9,196 FCFA	prenatal and maternity care drugs purchased at pharmacies
Foyer of Charity	493 FCFA	consultations and pharmaceuticals
Mamadou M'Baiki	0 FCFA + 2,687 FCFA	 drugs purchased at pharmacies

Source: Ann Levin and Marcia Weaver, Cost Recovery in Central African Republic: Results from Two Preliminary Surveys and Selected Interviews. REACH, October, 1987.

Thus even where services were provided free of charge as at Mamadou M'Baiki, patients had to pay for drugs purchased at private pharmacies. In fact, it is estimated that the population annually spends between 50 and 200 million FCFA for purchase of pharmaceuticals at private pharmacies throughout the country.[1]

The survey of health facility users cited above also found that 75 percent of respondents stated that they would be prepared to pay for health care at a government facility. The same percentage responded favorably when asked whether they would pay for pharmaceuticals in government facilities, but only if they were assured of a sufficient supply. However, if health facilities lack the medicine, supplies, and medical personnel to assure treatment, the population will lose faith in the public health system and will not be likely to agree to pay for visits to those facilities.

---

[1] Florence Pasnick, "Feasibility Study for the Implementation of a System of Household Contribution to Health Financing--Central African Republic." REACH Project, September 1986.

The current system of fees in the Central African Republic is inadequate to provide significant revenues to the health system. If a systematic and fair system were instituted, it would provide health facilities with the revenue they need to cover operating costs and thus assure the population of receiving treatment.

B. Allocation of Expenditures

1. Government Health Expenditures

Currently, over 90 percent of government health expenditures are for operating costs rather than investment. Salaries make up over 80 percent of the operating budget. Expenditures on curative care (2,039 million FCFA) greatly exceeded expenditures on preventive care (321 million FCFA) from 1984-1988. Moreover, the vast majority of government expenditures on curative care were in Bangui, with less than 10 percent being expended in the rest of the country.

2. International Assistance

In contrast to government health expenditures, over 80 percent of international health assistance went to investment rather than operating costs. Nearly 70 percent was spent on curative rather than preventive care. Less than 20 percent of international health assistance went to areas outside Bangui.

3. Private Expenditures

No reliable information is available on how private individuals spent money on health in the CAR. However, experience elsewhere indicates that the vast majority of private expenditures are for curative rather than preventive care. Most of the private expenditures are for the purchase of medicines.

C. Health Budget Compared with Total Government Expenditures

In 1988, nine percent of the total national budget (excluding debt payments) was spent on health. This percentage has been rising over the past few years and currently is within the range recommended by the World Health Organization (8 to 12 percent).

31

METHODS OF PAYMENT[1]

Within the context of cost recovery a variety of options exist with regard to specific payment structures. These options include:

(a) payment for each visit to the health center (including re-visits for a single episode of illness);

(b) payment per episode of illness (with no additional charge for re-visits for the same episode of illness);

(c) payments for consultation alone (with medicine either included in the consultation charge or purchase by patients separately);

(d) payments for medicine alone (with consultation and other fixed costs covered by a margin charged on medicines); and,

(e) pre-payment of a fixed amount for health coverage in case of illness.

Figure 1 displays these various options in the form of a "decision tree." Tracing the tree's branches from left to right shows how these options relate to one another and illustrates the sequence of decisions necessary to choose among these options.

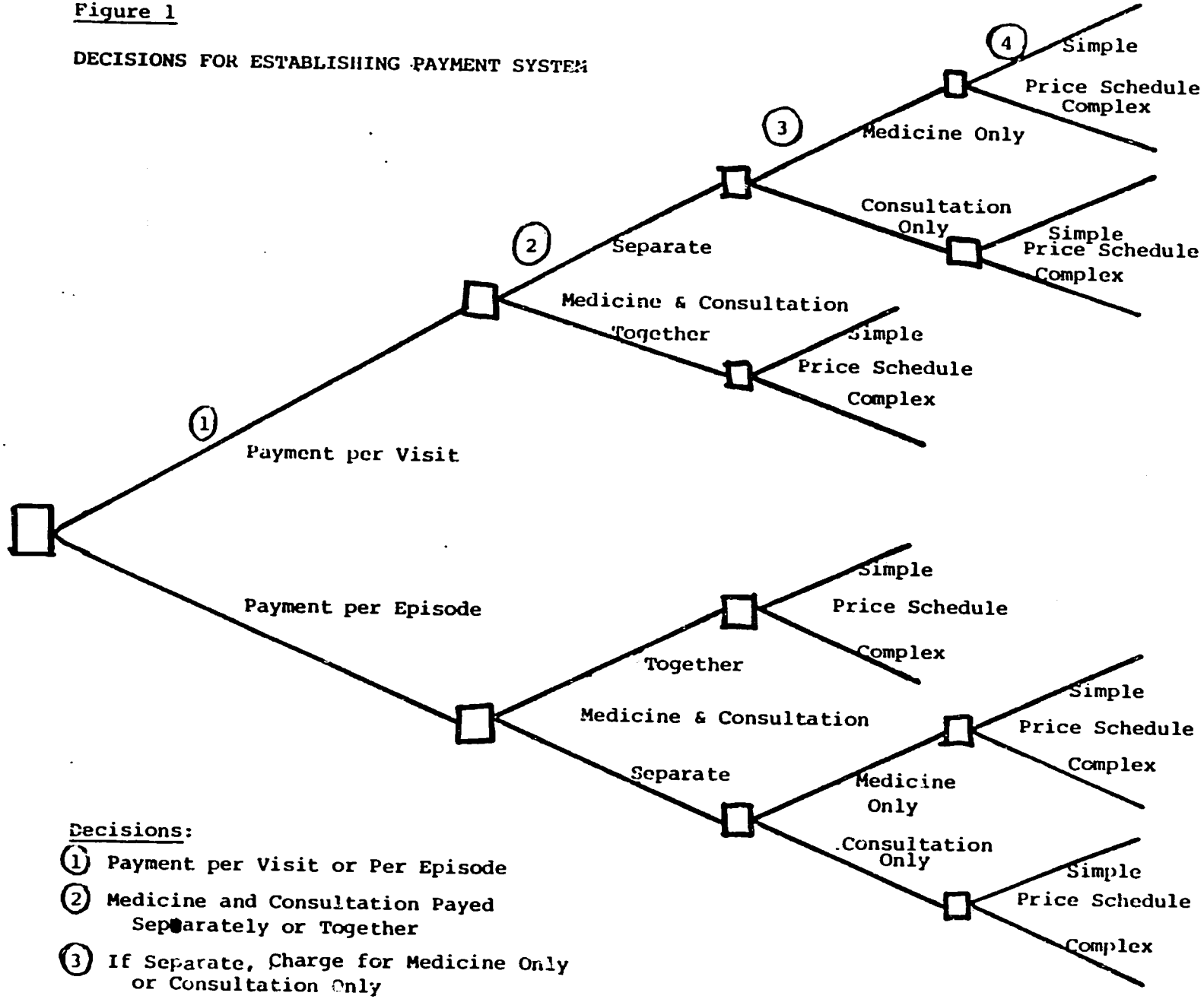
These various payment systems each carry certain advantages and disadvantages. They differ in the incentives they convey regarding use of health facilities, the ways in which they distribute the burden of fixed costs among the population, their effect on the financial risks facing beneficiaries, the financial risks to the system as a whole, and the administrative requirements necessary to operate the various systems of payments.

---

[1] Taken from Marty Makinen and Steven Block, Pricing for Cost Recovery in Primary Health Care in Guinea (Arlington, VA: REACH Project, 1986).

Figure 1

DECISIONS FOR ESTABLISHING PAYMENT SYSTEM



Decisions:

1. Payment per Visit or Per Episode
2. Medicine and Consultation Payed Separately or Together
3. If Separate, Charge for Medicine Only or Consultation Only
4. Simple or Complex Price Schedule

Figure 1

If some services are offered free or at less than full cost then there will be some tendency for them to be "overused," reducing the efficiency of the system and raising costs. Since the whole population benefits from the availability of health services, whether or not they have to use them, financing mechanisms that lead to the costs being more equally shared among the whole population are more "equitable." Similarly, systems that lower the probability of some individuals having to make large payments for a costly treatment would be considered more fair, since it is largely by chance that illness or accidents befall individuals.

The more that a system requires that each specific service is paid for by users, the lower is the financial risk to the system as a whole. When a system attempts to determine an average cost of a variety of services and sets prices according to the expected average cost, there is financial risk in guessing incorrectly about what mix of services will actually be consumed. If the consumed mix is more expensive than expected, the system will make a loss; if it is less expensive, a surplus will be made.

The more complicated a system is, the more difficult it is to administer and manage. More staff time has to be devoted to record keeping and the chances for mistakes and mishandling grow.

It is important to note that whichever of the variety of payment structures is chosen, the underlying costs of operating the health system remain essentially the same (though the administrative costs associated with different payment systems may vary slightly). The prices set for the system of payments chosen must be adequate to cover the same total expenditure for the system as a whole.

APPENDIX G
CASE STUDY PRESENTATIONS

DISCOURS

PAR
EL-HADJ BIRAMA N'DIAYE

Président
Association pour la Promotion de la Santé
Pikine, SENEGAL

Bangui, le 26 Avril 1989

ATELIER SUR LE FINANCEMENT

DES SIONS DE SANTE EN

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE A BANGUI

MESDAMES, MESSIEURS ET CHERS CONCITOYENS

Comme vous le savez bien, avant l'historique de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaire de l'O.M.S. en Septembre 1978 à Alma-Ata, je vous assure que notre ville de Pikine avait déjà commencé son expérience du développement communautaire pour atteindre l'objectif social de Santé pour Tous avant l'an 2000.

Nous, populations de Pikine, notre objectif essentiel, comme défini, par la suite, par Alma-Ata, a tout temps était de protéger et de promouvoir la santé de toute la population de Pikine et des villages environnants.

Notre philosophie et notre principe majeur de travail ne répond qu'à une seule et unique définition que tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés sans attendre, ni son Etat, ni sa Commune, ni un Cooérant d'aucun pays du monde; c'est ainsi que nous n'acceptons aucune contrainte, aucune limitation et nous ne subissons aucune influence, sans exploitation de l'homme par l'homme, sans aucune discrimination raciale et aucune considération de race, de castes, de couleur, de réligion ou d'éthnie.

Nous travaillons pour l'homme par l'homme et tous les hommes.

Monsieur le Ministre et Chers Frères

Je voudrais vous assurer qu'à Pikine, que notre tâche quotidienne est de promouvoir une seule recherche assidue pour mieux assoir le développement communautaire dans tout le Département de Pikine en croissant la prise de conscience de toutes les populations et en multipliant les facultés de mobilisation sociales dans toutes les couches de notre société.

Notre souci constant, nous populations de Pikine est de collaborer solidairement avec les instances et autorités techniques et administratives afin d'assurer un appui ferme et permanent au développement des services de santé publique (S.S.P.).

C'est ainsi qu'à Pikine, l'Etat, la Communauté, la Municipalité tous travaillent en comun accord la main dans la main, afin de pouvoir rèpondre en choeur et bonne santé "présent au Rendez-Vous de l'an 2000" que notre programme de développement des services de santé de base repose essentiellement sur 3 poutrelles qui sont:

1. L'encouragement de l'autofinancement au niveau de toute la communauté qui se présente dans toutes les structures sanitaires misent en place par l'Etat et la Municipalité et aussi avec nos coopérants, en effet la population doit assurer le fonctionnement de ces structures en développant le système de participation financière des personnes pour bénéficier des prestations de soins avec une petite participation très faible qu'aucun père de famille ne la sentirera à sa dépense quotidienne de sa famille.

2. La promotion de l'autogestion des structures de santé et surtout dans les domaines de la planification et de la gesiton de la participation communautaire à l'effort de santé, effectivement, les populations se sont organisées en comités de santé autour de chaque structure sanitaire quelque soit sa nature et ils ont fait leurs activités quotidiennes.

3. Le renforcement de l'autoresponsabilité. Sur ce plan, l'Etat et la Municipalité veillent sur l'engagement total du personnel de santé en mettant à la disposition de la populaiton des techniciens médicaux compétants, dynamiques, sérieux et disponibles pour augmenter le courage des patients qui apportent leurs modiques participations pour pouvoir bénéficier des soins de qualité.

Donc le développement de ces 3 points essentiels peuvent nous conduire surement et rapidement au perfectionnement et à l'amélioration progressive des Soins de Santé Primaire.

En résumé, notre Commune de Pikine est socialement et techniquement bien préparé pour répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité, dans un esprit de solidarité, de loyauté et surtout en utilisant rationnellement et efficacement les ressources naturelles disponibles tant au niveau départemental, régional et national de notre pays.

Je ne terminerai pas aussi sans vous parler des grands axes de nos organisations et de la participation communautaire à l'effort de santé.

Pour toute consultation et tout soin y compris les populations consentent volontairement une participation symbolique de:

1. Soins d'accouchement y compris certificat de naissance pour le père pour la déclaration de son bébé sans aucune ordonnance, tous les nécessaires sont en place pour la maman et pour la bonne et recevoir aucun cadeau du père ou de la femme. Prix = 3000.

2. Consulation prénatale ou P.F. en voie d'un changement, docteur Jeannée vous expliquera la nouvelle formule mais actuellement. Prix 300 F.

3. Carnet de santé élaboré par l'APS sur l'autorisation de la caisse AF seule habilité de les distribuer aux femmes. Prix 300 F.

4. Vaccination VAT pour les femmes enceintes pour 3 séances dont chaque dose prix 100 F.

5. Consultation et soins adulte au delà de 14 ans le prix 200 F.

6. Consultation enfant moins de 14 ans, nourrissons et RVO prix 100 F.

7. Examen de laboratoire quelle que soit sa nature un prix unique 300 F.

8. Soins dentaire pour enfant et élève 150 et adulte 500 F.

9. Ticket hospitalisation pour homme et femme 500 F par jour soit 3000 F par semain.

10. Carnet de vaccination VAT pour les écoles publiques, privées et arabes 50 F.

11. Carte de vaccination pour nourrisson 50 F.

12. Vaccination de P.E.V. 50 F par vaccination.

Toutes ces ressources ainsi collectées par les populations par le biais des comités de santé, se chiffrent, au minimum de 120 Millions par an depuis plus de dix ans de la naissance de notre association. Ces ressources sont ensuite reparties en dépenses mensuelles selon les rubriques voir les 2 tableaux de planning de dépenses.

Actuellement nous travaillons sans relache à la réalisation de la médecine préventive.

P.E.V. pour les enfants et R.V.O. sans laisser passez les femmes en état de grossesse.

D'autre part un central d'approvisionnement de toutes les structures sanitaires se ravitaillent en médicament chaque mois qui se chiffre actuellement de 40 à 50 Millions pour permettre à chaque poste de recevoir ses médicaments sans se déplacer.

Après toutes nos réalisations
Médecine traditionnelle
Technologie appropriée
Canari à robinet
Bouilloir pour laver les mains
L'hygiène et la propreté
Charette pour ramasser les ordures
Une centre communautaire dentaire
Pour le 3 âges surtout

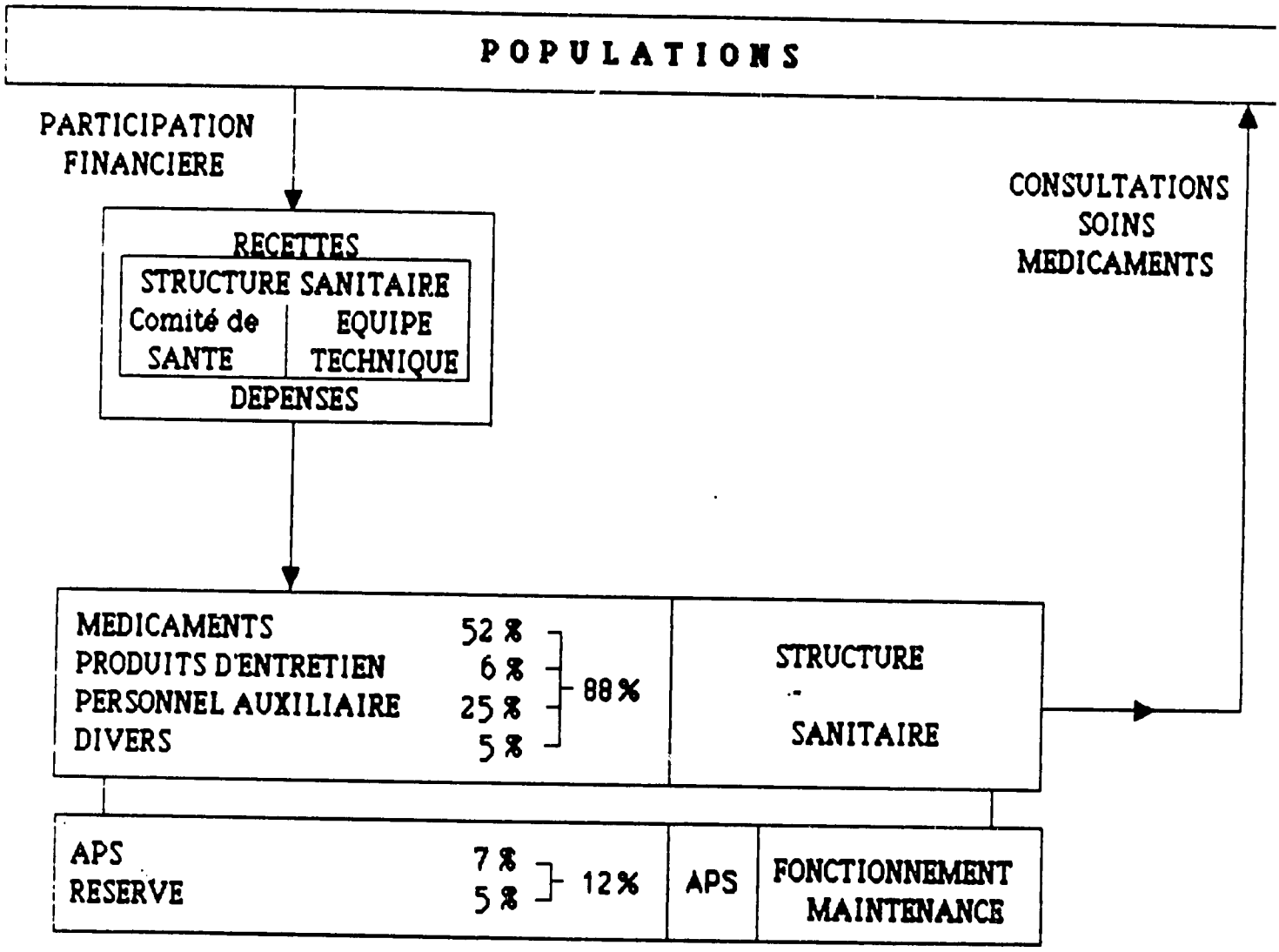
Tarification des soins *, département de Pikine, de 1975 à 1989

	de 75 à mars 85	avril 85	avril 89
consultation "adultes"	100	150	200
consultation "enfants"	50	75	100
consultation prénatale	100	200	300
accouchement	1 500	2 000	3 000
vaccination	50	100	50
analyse laboratoire	50	100	300
hospitalisation		Journée 500	Semaine 3 000
carnet de santé	100	200	300
carte de vaccinations	50	100	50

* A titre de comparaison :

	1985	1989
prix d'1 kg de riz	150 F CFA	130 F CFA
prix d'1 trajet intra-urbain (transports publics)	80 F CFA	90 F CFA

Schéma de la participation financière des populations du département de Pikine



Circulation de l'argent : les Comités de santé et la Centrale

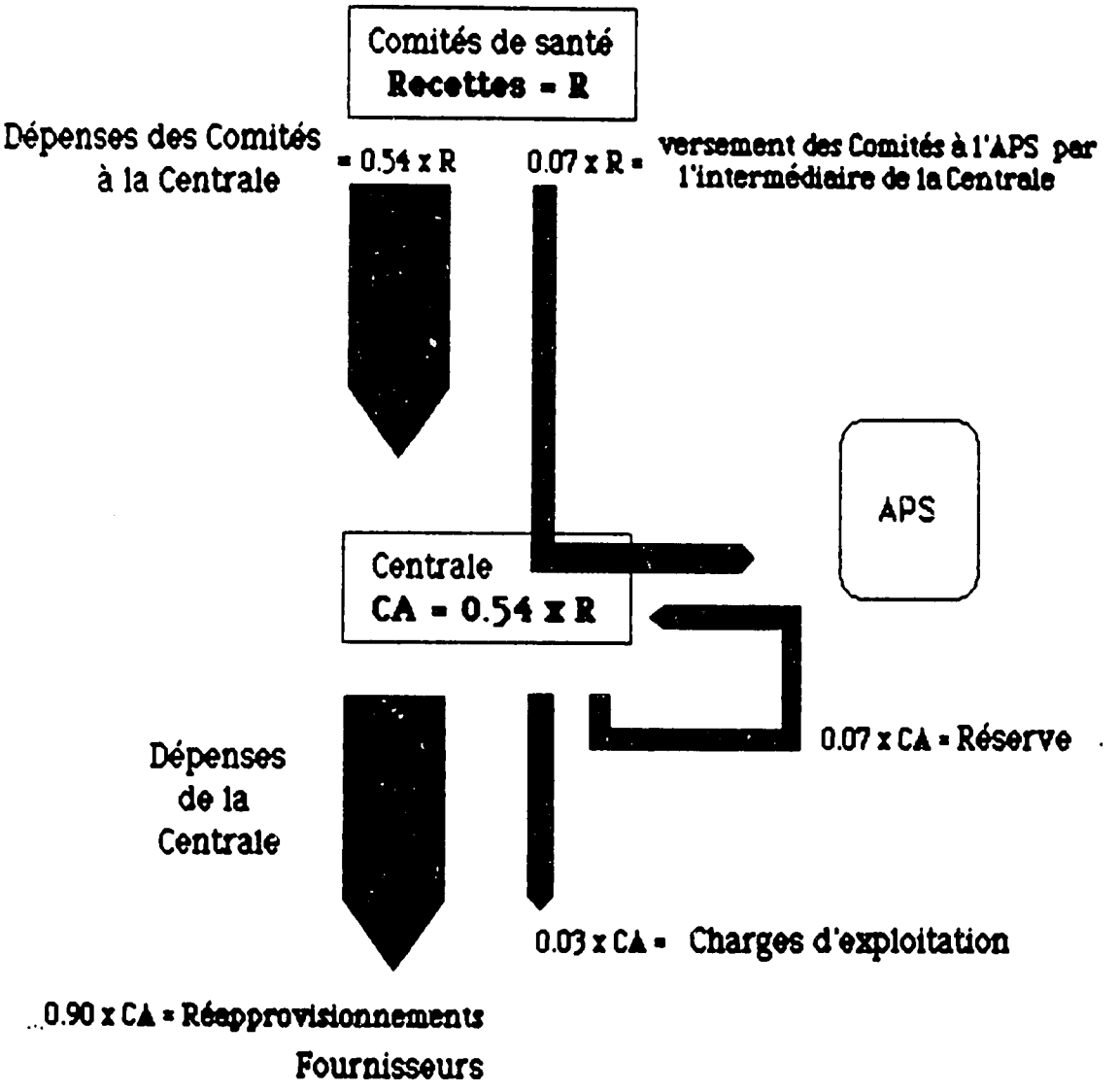


TABLEAU ANNEXE DE RESSOURCES FONDAMENTALES DE A.P.S. DE PIKINE
Revision Générale de Répartition des DEPENSES des Recettes Mensuelles
Applicable à compter du 1er août 1986

N°	SERVICES	R 1 %	R 2 %	R 3 %	R 4 %	R 5 %	R 6 %	R 7 %	R 8 %	R 9 %	TOT %	STRUCTURES INTERESSEES
1	Postes de Santé	48	6	2	2	8	17	7	5	5	100	Tous les postes de santé y compris leurs PMI + P.F et Centres dentaires
2	Cases de Santé	48	3	3	4	10	15	7	5	5	100	Maternités et Soins de Santé de Bases
3	PMI y compris P.F.	35	8	5	2	5	20	7	13	5	100	Dominique - Roi Baudouin - Yeumbeul Diamaguène - PMI 2 - Touba Diaksao
4	Maternités	30	8	3	2	10	20	7	15	5	100	Dominique - Roi Baudouin - Yeumbeul - Deggo Guédiawaye - Gd MBao - Diamaguène Th
5	Centre de Santé	40	7	2	4	5	20	7	10	5	100	Dominique - Roi Baudouin - Yeumbeul
6	Centre Hospitalisation	40	10	5	4	5	10	7	14	5	100	" " "
7	C.C Dentaires	20	6	20	4	5	17	7	16	5	100	Wakhinane Ecole 8 (Thiam)
8	Centrale d'Achats	50	15	20	3	3	4	0	3	2	100	Centrale d'Approvisionnement à Wakhinane

Définition des Rubriques de Dépenses

R 1 Achats de médicaments et vaccins à la Centrale d'Approvisionnement de l'APS
R 2 Achats de produits d'entretien, fournitures, gaze et divers à la Centrale d'Approvisionnement de l'APS
R 3 Achats des produits de la RVO et des médicaments autres pharmacies en ville
R 4 Dépenses courantes (déplacements du comité, chefs de poste et diverse petites réparations (lampes et robinets)
R 5 Primes aux vendeurs de tickets et gardiens
R 6 Primes au ASC et matrones
R 7 Caisse de solidarité de l'APS
R 8 Caisse de réserves pour les réparations, les réfections, les édifications des postes et d'autres
R 9 Disponibles de réserves aux comités de santé, agios, investissement et restauration aux divers besoins.

Recettes et dépenses des structures

Recettes des structures		(millions de F CFA)				
		1983	1984	1985	1986	1987
Centres de Santé		6,0	8,8	13,0	15,5	18,0
Postes de Santé		41,0	42,0	45,5	50,9	51,3
Maternites		27,0	35,5	40,0	49,4	38,0
SMI		2,5	4,5	7,5	6,5	7,0
	Total	76,5	90,8	106,0	122,3	114,3

Depenses des structures en medicaments a la centrale						
		1983	1984	1985	1986	1987
Centres de Sante		3,7	3,5	6,5	7,1	6,2
Postes de Santé		18,5	18,6	20,3	18,4	17,7
Maternites		4,5	4,6	7,0	9,6	9,9
SMI		0,7	1,0	1,5	1,5	1,6
	Total	27,4	27,7	35,3	36,6	35,4

Ventilation des frais de fonctionnement suivant l'origine des fonds (*) Evolution 1975 - 1987

	PROJET		ETAT		POPULATIONS		TOTAL
1975-77		0 %	23 889 000	100 %		0 %	23 889 000
1978	1 810 792	19 %	7 963 000	81 %		0 %	9 773 792
1979	3 139 436	28 %	7 963 000	72 %		0 %	11 102 436
1980	3 759 138	7 %	7 963 000	14 %	44 984 947	79 %	56 707 085
1981	1 643 883	3 %	7 963 000	14 %	49 340 220	84 %	58 947 103
1982	2 981 379	5 %	7 963 000	14 %	45 308 557	81 %	56 252 936
1983	6 334 994	8 %	7 963 000	11 %	60 840 451	81 %	75 138 445
1984	4 257 110	5 %	23 963 000	26 %	64 356 706	70 %	92 576 816
1985	6 821 144	7 %	23 962 000	22 %	74 400 931	71 %	104 185 075
1986	9 796 370	8 %	19 963 000	16 %	97 197 366	76 %	126 956 736
1987	11 228 112	9 %	19 963 000	15 %	100 307 596	76 %	131 498 708
TOTAL	51 772 358	7 %	159 519 000	21 %	536 736 774	72 %	748 028 132

(*) salaires des personnels non compris.

ORGANISATION ET PERFORMANCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE

Texte présenté à la Conférence REACH portant sur les résultats de financement des soins dde santé à BANGUI (R.C.A.) du 24 au 28 Avril 1989.

MUNKATU MPESE
Chef de Division Etudes et Recherche Opérationnelle au Projet SANRU.

A. INTRODUCTION

1. Dans le souci et l'objectif de fournir des services de santé primaires à la totalité de la population du Zaire vers l'an 2000, le gouvernement a formulé une charte sanitaire nationale. Dans les faits, la stratégie sanitaire vise à établir un réseau national des services de santé dans un souci de décentralisation et de l'autonomie de gestion et des activités techniques. En somme, cette stratégie d'auto-responsabilité est un effort à l'échelle nationale en vue de décentraliser le système des soins de santé et de donner plus d'autonomie aux autorités sanitaires locales pour leur permettre de mobiliser des recettes et d'en (déterminier) fixer une politique orthodoxe d'utilisation des services.

2. Le plan de décentralisaiton, annoncé dépuis 1982, consiste à établir d'ici 1991 un réseau national de soins de santé à travers 306 Zones de Santé (Z.S.) comprenant 6.000 Centres de Santé (C.S.).

3. La stratégie de financement des (Z.S.) se fonde sur un partage des coûts entre le gouvernement, les agences donatrices et les utilisateurs des formations médicales. Le gouvernement garantie les salaires de base à une grande partie de membres du personnel de Z.S. Les agences donatrices prennent à leur charge l'essentiel des dépenses d'investissement nécessaires pour (établir) démarrer les Z.S. ainsi que certaines subventions aux dépenses de fonctionnement lors du démarrage des activités. Chaque Z.S. doit décider une méthode pour mobiliser les ressources financières nécessaires pour payer le dépenses de fonctionnement à long terme.

4. Dans l'esprit de l'autonomie et de mobilisation des ressources financières les Z.S. ont développé diverses stratégies de recouvrer des dépenses adaptées aux conditions locales. Il faut souligner que les Z.S. ont reçu très peu de directives du gouvernement sur les voies et moyens de rendre les systèmes de recouvrement des dépenses plus efficaces.

5. Il va donc sans dire uqe la stratégie de l'autonomie financière et administrative de Z.S. est d'une part un indicateur d'efficacité et d'autre part liée à la survie du système "Zone de santé. Il était donc logique de la part des institutions oeuvrant sur le terrain d'investiguer sur la manière dont la stratégie de décentralisation et de l'autonomie financière des Z.S. permettait d'améliorer le financement des services de santé et même l'affectation des ressources au secteur santé.

6. En egard à l'importance du problème dans la reussite et l'avenir des Soins de Santé Primaires au Zaire, le Projet SANRU (Soins de Santé Primaires en Milieu Rural) a fait sienne la préoccupation d'assister le gouvernement dans la recherche des voies et moyens conduisant à la maîtrise des conditions de gestion orthodoxes des Z.S. Et finalement, les résultats sommaires à présenter le long de ce texte découlent d'un effort de collaboration entre les Projets SANRU et REACH dont l'objectif est d'apporter une assistance technique dans le domaine de financement de soins de santé aux missions locales de l'USAID et aux gouvernements hôte.

B. METHODOLOGIE

7. En Juin 1986, 150 Z.S. (soit 7% du total) étaient estimées fonctionnelles. Les contraintes du point de vue ressources et temps ont limité l'univers de l'étude à 10 Z.S. Ce choix raisonné a été fait par un groupe d'experts nationaux. Les 10 Z.S. de l'étude étaient considéré parmis celles ayant mis sur pied un meilleur système de recouvrement des dépenses. En plus, les Zones ont été choisies pour observer la diversité en terme des caractéristiques ci-après:

- type d'organisation (centralisée);
- système de paiement des services de santé (paiement à l'acte, par épisode ou système de mutuelle);
- accessibilité;
- disponibilité des données financières et comptables;
- qualité et succès du système de gestion et de capacité de recouvrer les dépenses;
- importance de différentes sources de financement;
- caractère rural et urbain.

C. ORGANISATION ET SYSTEME DE GESTION DE Z.S.

8. D'une manière générale, les Z.S. ayant fait l'objet de l'étude se conforment au schéma décrit ci-dessous: Les différences essentielles portent sur le système de fixation de prix des médicaments, des frais de supervision et des honoraires dûs à l'aiguillage des patients d'un niveau à un autre à l'intérieur de la Zone.

9. Les Z.S. sont organisées selon un modèle pyramidal classique. Du sommet des groupes de prestataires des soins de santé se trouve l'hôpital général de référence (H.G.R.) qui offre l'essentiel des soins hôpitaliers et se charge des cas plus compliqués.

A la base de la pyramide se trouve les postes de santé (P.S.) voués au traitement des cas ambulatoires simples et développent les programmes préventifs et promotionnels. Les Centres de Santé de Référence (C.S.R.) et les Centres de Santé (C.S.) se situent à ces deux niveaux intermédiaires et assurent des soins de santé ambulatoires, hôspitaliers divers et aussi les soins préventifs et promtionnels.

10. Ces quatre niveaux de services sont reliés par un système d'aiguillage. Les patients qui ne peuvent pas être traités à un certain niveau par suite de la complexité de leur cas sont orientés vers le palier supérieur.

11. Les activités médicales et administratives de ces quatre catégories de formations médicales sont supervisées et coordonnées à des degrés divers par le bureau central.

12. Il faut noter qu'un comité de gestion fonctionne à chaque niveau et les décisions concernant la gestion sont arrêtées par cet organe.

OPTIONS DE FINANCEMENT DES ACTIVITES AU SEIN DE LA Z.S.

13. A présent, les différentes options de financement des services de santé y compris la mobilisation des recettes gravitent au tour de:

    a) Système des services de santé payants à tous les niveaux (H.G.R, C.S.R, C.S. et P.S.) En général, deux modes de paiement sont les plus pratiqués aux trois derniers niveaux. Il s'agit de paiement par épisode maladie ou par acte. Les HGR pratiquent presque toujours le paiement par acte; toutefois, deux hôpitaux sur les dix visités pendant l'étude, expérimentaient déjà le mode de paiement anticipé pour les soins des malades hôspitalisés.

    b) Les frais de supervision payés au Bureau Central en contrepartie des supervisions des activités médicales et administratives dans les C.S. Les frais de supervision, peuvent-être les même pour tous les centres ou différents tenant compte par exemple du volume d'activités dans les S.C.

    c) En règle générale les frais de supervision payés par les centres de santé ne suffisent pas pour couvrir les dépenses imputables à toutes les actiivités u'entreprend le Bureau Central (B.C.) pour améliorer les activités dans les C.S. En effet, à part son rôle de supervision, le B.C. accomplit d'autres tâches en l'occurence: formation dans la gestion axée sur la comptabilité, la planification financière et technique, l'acquisition et la gestion de médicaments et du matériel. Il est donc évident que les frais de supervision ne représentent qu'une petite fraction des dépenses totales du B.C.

    d) Perception d'un bénéfice dû à marge bénéficiaire sur le prix d'achat de médicament et du matériel sanitaire acheté par les C.S. En effet, pour leur approvisionnement, les C.S. achètent la plupart de leurs médicaments et fournitures médicales à la pharmacie centrale gérée par le B.C.

14. Perception par le B.C., dans certaines Z.S. du profit excédentaire des centres de santé dynamique pour subventionner les C.S. déficitaires.

15. En fin, l'HGR est financièrement indépendant; généralement, sa seule relation formelle avec le B.C. concerne uniquement l'achat de médicaments.

16. Cette analyse destinée entre autre à étudier et déterminer la proportion des dépenses de fonctionnement couvertes par les recettes de même nature indique que les Z.S. ayant participé à l'étude étaient en mesurer de recouvrer une proportion importante de leurs dépenses recurrentes et ce, par le mécanisme de recouvrement des dépenses is sur pied par les Z.S. La Z.S. ayant la capacité la plus élevée d'auto-financement était en mesure de recouvrement 90% de ses dépenses courantes alors que celle ayant la capacité la plus faible les a recouvertes à 72%. 79% étant la moyenne arithmétique de sept de dix

zones de santé de l'étude. Ces résultats suggèrent que les zones de santé peuvent éventuellement devenir autonômes financièrement dans la mesure où leurs coûts opérationnels sont concernés.

17. Le gouvernement et les agences donatrices ont subventionné, à part égale, la proportion des dépenses courantes (21%) qui n'était pas recouverte par les Z.S.

18. Dans l'ensemble tous les investissements réalisés dans les Z.S. ont été subventionnés surtout par les agences donatrices et dans une moindre mesure par le gouvernement.

19. Les bureaux centraux des Zones de Santé et les hôpitaux de référence ont dans la plupart des cas dû dépendre de subventions de fonctionnement.

20. Beaucoup de Zones de Satné ont instauré des catégories de prix spéciales basées sur les conditions socio-économiques des patients. Tel est le cas des membres du personnel des entreprises privées et publiques installées dans l'assiette térritoriale des Z.S. Le barême de tarification négocié avec les entreprises est toujours plus élevé que celui des patients privés. Dans certains cas, le paiement des entreprises représente une source importante de revenu pour les Z.S.

21. D'autres aspects qui concourent à évaluer la performance financière des Z.S. ont été également mis à jour notamment ceux relatifs à:

- performance financière individuelle des unités fonctionnelles des Z.S.
- structure des coûts des unités des Z.S
- politique d'achat des médicaments.

Certains de ces aspects pourraient faire l'objet d'un échange de vue si nécessité s'impose.

LIMITES DE L'ETUDE

22. L'autonomie financière, celle de gestion et les diverses structures administratives et de gestion mises en place par les Z.S., ont débouché trois à quatre ans après leur mise en appication à des résultats rélévateurs et inattendus. Il évident que ces résultats traitent de l'expérience de 10 Z.S. en ce qui concerne le système de recouvrement des dépenses.

23. Toutefois, une étude de cette nature ne présente nécessairement qu'un tableau limité de la performance d'une Z.S. dans la mesure où elle n'évalue pas lea qualité des services fournis et leurs repercussions sur le bien-être de la population. Certains de ces aspects sont actuellement examinés dans le cadre d'une vaste étude portant sur l'évaluation de l'impact des soins de santé sur létat de santé de la population et par une autre étude co-financée par le projes SANRU et REACH focalisée sur le comportement des utilisateurs des soins de santé.

24. Finalemenht, la sélection de ces 10 Z.S. a été faite délibérement dans le but d'apporter à la question se rapportant à la capacité de Z.S. de générer des moyens financiers, des données suffisantes sur les caractéristiques finacières des Z.S. De ce fait, les données reueillies ne sont pas représentatives de l'ensemble des Z.S. Toutefois, les résultats de la recherche dégagent des preuves empiriques valides sur les avantages potentiels de la décentralisation et des diverses méthodes de recouvrement des dépenese. En outre, ces résultats constituent un atout majeur et une base solide pour des leçons sur les manières d'améliorer les approches existantes de recouvrement des dépenses.

ENSEIGNEMENTS DEVANT CONCOURIR A AMELIORER LA PERFORMANCE FINANCIERE DES ZONES DE SANTE

25. Les éléments évoqués ci-dessus, ont indiqué que les Z.S. ne sont pas encore en mesure de générer des recettes devant recouvrer la totalité de leurs besoins courants. Il semble donc important de terminer cet exposé en présentant les déterminants identifiés et analysés qui améliorent la capacité financière des Z.S. de recouvrer leurs dépenses récurrentes.

26. Huit facteurs doivent être maîtrisés pour améliorer la capacité des Z.S. à générer des moyens financiers. Il y a:

1è - les politiques de tarification des Z.S.
2ème - la présence de la concurrence parallèle
3ème - la présence et la concurrence au sein de réseaux des Z.S.
4ème - l'autonomie financière des Z.S.
5ème - la présence des indigents
6ème - la compétence technique des membres du personnel de la Z.S.
7ème - les systèmes d'information et de gestion des Z.S.
8ème - l'autonomie administrative des Z.S.

CONCLUSIONS

27. Nous voudrons terminer l'exposé en rappelant les points saillants développés le long des lignes ci-haut.

Nous avons ouvert notre discours en vous présentant les grandes lignes de la charte sanitaire au Zaire laquelle met un accent particulier sur la décentralisation des responsabilités du système sanitaire.

28. Dans ce sillage, les Z.S. sont responsabilisées de mobiliser et générer des ressources financières de manière à assurer leur propre autonomie financière.

29. Ensuite, un bref aperçu sur la méthodologie de l'étude qui devrait examiner et analyser la capacité que disposent les Z.S. bien organisées, a été décrit.

30. Pour comprendre à sa juste titre les performances finacières de Z.S., l'exposé à présenter l'organisation et le système de gestion des Z.S. qui en fait constituent le toile de fond de la capacité des Z.S. à générer des moyens fiancier. On a noté que les Z.S. sont organisées selon un modèle pyramidal classique et que l'efficacité des unités est fonction d'un système de supervision.

31. De manière à complèter l'organisaiton des Z.S., l'exposé s est attardé sur les options de financement des activités développés par les Z.S. On aura retenu que ces options se composent en quatre catégories. Il y a les services payants à la solidarité des C.S. en passant par la perception des honoraires et celle du bénéfice dû à une marge bénéficiaire sur le prix de produits fournis par le B.C. aux C.S.

32. La description des éléments d'option de financement des Z.S. a été suivie par la présentation des performances financières des Z.S. Il est claire que la stratégie basée sur l'autonomie financière et celle de gestion des Z.S. donne des résultats fort encourageants. Il est acquis que avec cette stratégie, les Z.S. peuvent recouvrer une proportion très importante de leurs dépenses courantes avec les recettes propres du système.

33. Avant de présenter un tableau des déterminants debant concourir à améliorer la performance financière des Z.S., nous avons présenté les limites de létude.

34. A cet effet, on a souligné que les performances atteinted par les Z.S. devraient être pondérées par le fait que l'étude n'a pas évalué les éléments relatifs à la qualité des services et soins fournis par ces Z.S.

35. Et finalement de manière à améliorer les performances financières l'étude a documenté sur les huit (8) facteurs clés à maîtriser par les Z.S.

APPENDIX H
BIBLIOGRAPHY

BIBLIOGRAPHY

Bitran, Ricardo, et al. Zaire Health Zones Financing Study. Arlington, VA: REACH Project, 1986.

Countries of the World and Their Leaders Yearbook 1989. Detroit: Gale Research Inc., 1989.

The Europa Year Book 1988: A World Survey. Europa Publications Ltd., 1988.

Kurian, George Thomas. Encyclopedia of the Third World. Third Ed. New York: Facts on File, Inc.

Leighton, Charlotte. "Trip Report: Plan for Health Financing Workshop, Central African Republic." Arlington, VA: REACH Project, 1988.

Levin, Ann, and Marcia Weaver. Cost Recovery in Central African Republic: Results from Two Prelimary Surveys and Selected Interviews. Arlington, VA: REACH Project, 1987.

Makinen, Marty, and Steven Block. Pricing for Cost Recovery in Primary Health Care in Guinea. Arlington, VA: REACH Project, 1986.

Ministère de la Santé Publique, Département de Pikine, République du Sénégal. Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain. Fascicule IV (Année 1984).

Pasnik, Florence. Feasibility Study for the Implementation of a System of Household Contribution to Health Financing. Arlington, VA: REACH Project, 1986.

UNICEF. Projet Pikine: Participation et Développement Sanitaire en Milieu Urbain. Coopération Médicale Belgo-Sénégalaise. Extrait de "Publication du Bureau Régional UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre."

World Bank. Analyse des Contraintes Sectorielles et des Sources de Financement du Secteur Santé en République Centrafricaine, Rapport No. 7492-CAR. Washington, D.C.: World Bank, 1989.