PN-ABG-490

ETUDE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE

USAID/Kinshasa

Juin-Octobre 1986

En collaboration avec
le Project SANRU

Resources for Child Health Project

REACH

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

ETUDE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE

Juin - Octobre 1986

USAID/Kinshasa

Ricardo A. Bitran
Abt Associates

Munkatu Mpese
Le Projet de Soins de Santé primaires
en Milieu rural (SANRU)

Sebinwa Bavugabgose
Santé Pour Tous

Muanza Kasonga
FONAMES

Nsembani Nsuka
FONAMES

Taryn Vian
Agence des Etats-Unis pour le Développement international

Kongobo Wambenge
Département du Plan

The Resources for Child Health Project
1100 Wilson Boulevard
Ninth Floor
Arlington, VA 22209

Contrat AID no.: DPE-5927-C-00-5068-00

PREFACE

Ces dernières années, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) a consacré une attention spéciale aux manières dont l'organisation des prestations de santé dans les pays en développement influence leur capacité à financer ces services de santé. Aux fins d'examiner les nouvelles manières de financer les soins de santé dans les pays en développement, l'Office de la Santé du Bureau de la Science et de la Technologie d'AID a mis en place le projet Resources for Child Health (REACH). Dans le contexte de sa stratégie, REACH a étudié comment les efforts pour décentraliser l'administration des services de santé publique permettent d'améliorer le financement de ces services, et même l'affectation de ressources au secteur santé.

Le Gouvernement du Zaïre est en train de réaliser un effort à l'échelle nationale en vue de décentraliser son système de soins de santé et de donner plus d'autonomie aux autorités sanitaires locales pour leur permettre de mobiliser des recettes et de déterminer comment elles seront dépensées. Le plan de décentralisation, commencé en 1982, vise à établir d'ici 1991 un réseau national de soins de santé de 300 zones de santé, dont 6000 centres de santé. La stratégie de financement utilisée se fonde sur un partage des coûts entre le Gouvernement, les agences donatrices et les usagers des établissements. Le Gouvernement verse les salaires de base à une grande partie du personnel des zones. Les agences donatrices prennent à leur charge l'essentiel des dépenses d'investissement nécessaires pour établir les zones ainsi que certaines subventions aux dépenses de fonctionnement lors du démarrage. Chaque zone de santé doit décider d'une méthode pour mobiliser les ressources financières nécessaires pour payer les dépenses de fonctionnement à long terme. Dans les quelques 150 zones qui ont déjà été établies, on trouve diverses méthodes de mobilisation des recettes, dont le pré-paiement, le paiement par service et le paiement par épisode.

Le présent rapport de recherche traite de l'expérience de 10 des premières 150 zones de santé au niveau des systèmes de récupération des dépenses. La sélection de ces 10 a été faite délibérément dans le but d'apporter à la recherche des données suffisantes sur les caractéristiques financières des zones. De ce fait elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des zones. Toutefois les résultats de la recherche dégagent des preuves empiriques valides sur les avantages potentiels de la décentralisation et des diverses méthodes de récupération des dépenses. Ils apportent aussi une base pour des recommandations sur les manières d'améliorer les méthodes existantes. De la part du Projet REACH, je tiens à faire l'éloge du travail réalisé par les professionnels de Abt Associates, de la Mission USAID à Kinshasa et du Projet de Soins de Santé primaires en Milieu rural (SANRU), ainsi que par le personnel administratif de 10 zones de santé qui ont participé à l'étude. Les résultats de leur collaboration devraient être utiles à d'autres pays qui cherchent des solutions aux problèmes du financement sanitaire similaires à ceux rencontrés au Zaïre.

Alan Fairbank. PhD
Directeur Adjoint
Projet REACH
mars. 1987

(Le Projet REACH est un projet de John Snow, Inc. sous les auspices de l'Office de la Santé, Bureau de la Science et de la Technologie, Agences des Etats-Unis pour le Développement international, aux termes du contrat numéro DPE-5927-C-00-5068-00.)

AVANT PROPOS

Le présent projet a été financé par Ressources for Child Health à la demande du Programme élargi de vaccination dans le cadre du Projet de Lutte contre les Maladies infantiles transmissibles (CCCD d'après le sigle anglais) réalisé au Zaïre.

Au nom de toute l'équipe, je tiens à exprimer mes remerciements au personnel médical et administratif des zones de santé zaïroises qui nous ont accueilli avec hospitalité et qui ont répondu avec patience à nos questionnaires détaillés. Je suis particulièrement reconnaissant au Citoyen Nlaba, Directeur de SANRU et à Frank Baer, Administrateur de SANRU pour toute l'aide qu'ils ont apportée, tant au niveau personnel qu'au niveau des établissements. L'étude doit également beaucoup à l'assistance apportée par Glenn Post, Responsable de la santé à la Mission USAID et à Felix Awantang, Chargé du Projet CCCD à l'USAID. Des remerciements tout spéciaux sont adressés au personnel suivant de SANRU: Stephen Brewster pour son excellente aide aux calculs, statistiques et du point de vue logistique; Citoyen Masumbuko pour son soutien général et logistique; Citoyenne Mbala pour son aide aux calculs; et Citoyen Dianzola pour son excellent travail de traitement de mots. Je tiens aussi à remercier Taryn Vian qui m'a aidé pour tous les aspects administratifs du projet et a apporté des commentaires utiles sur l'avant-projet de ce document. Je remercie aussi Sandy Bailey pour un appui logistique excellent.

Le présent document doit beaucoup aux commentaires des idées de Marty Makinen qui a également conçu l'étude et contribué au plan original.

Je remercie personnellement Munkatu Mpese, avec qui j'ai dirigé cette étude. Munkatu a apporté des services techniques essentiels et a joué un rôle important dans la réalisation de l'étude et l'organisation de l'équipe de travail.

Les opinions et erreurs sont les miennes et ne devraient pas être attribuées au Projet REACH, aux membres de l'équipe ni à aucune de ces personnes.

Richardo A. Bitran

15 octobre 1986

TABLE DES MATIERES

Page No.

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

1. RESUME ANALYTIQUE 1

Principaux résultats de l'étude 2
Sommaire de recommandations 6
Structure des rapports 10

2. INTRODUCTION 11

2.1 Données générales
2.2 Brèves description des études antérieures sur le financement des zones de santé

3. METHODOLOGIE 16

3.1 Equipe de l'étude
3.2 Durée et étapes de l'étude
3.3 Critères de sélection des zones de santé
3.4 Collecte et analyse de données
3.5 Rapports d'études sur le terrain
3.6 Critères pour la collecte et l'analyse des données financières

4. RESULTATS DES RECHERCHES 23

4.1 Données démographiques sur les zones de santé
4.2 Information socio-économique
4.3 Structure administrative des zones et systèmes de gestion
4.4 Infrastructure, personnel soignant, appartenances et services offerts dans les établissements des zones de santé
4.5 Statistiques sur la fréquentation des services
4.6 Financement des zones de santé

4.6.1 Ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement de 1985 dans les zones
4.6.2 Structure des coûts des zones de santé
4.6.3 Financement des dépenses de fonctionnement de 1985 dans les zones de santé

Situation financière des établissements
Situation financière des hôpitaux de référence
Situation financière des centres de santé
Situation financière des bureaux centraux

TABLE DES MATIERES (suite)

4.6.4 Les niveaux d'investissement de 1985 dans les zones de santé
4.6.5 Sommaire de l'analyse du financement
4.6.6 Les systèmes de tarification des zones de santé

Les systèmes de tarification au niveau du centre de santé
Les systèmes de tarification au niveau de l'hôpital de référence
Les plans de soins hospitaliers pré-payés
Les catégories de prix

5. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS 47

5.1 Les politiques de tarification des zones

5.1.1 Les politiques de tarification au niveau du centre de santé
5.1.2 Les politiques de tarification au niveau de l'hôpital de référence
5.1.3 Les plans de soins pré-payés pour les soins hospitaliers et ambulatoires
5.1.4 Les politiques en matière de médicaments
5.1.5 La subvention croisée des prix pour les services curatifs et préventifs
5.1.6 Les prix aux entreprises
5.1.7 La récupération des dépenses d'investissement par l'intermédiaire des paiements des patients
5.1.8 Les salaires des expatriés
5.1.9 Les honoraires de supervision

5.2 La présence de la concurrence parallèle
5.3 La présence de la concurrence au sein des réseaux des zones
5.4 L'autonomie financière des centres de santé
5.5 La présence des indigents
5.6 Les compétences techniques des employés des zones de santé
5.7 Les systèmes d'information des zones de santé
5.8 L'autonomie administrative des zones de santé

Annexe A: Questionnaire d'enquête

Annexe B: Données démographiques, dix zones de santé 1985

Annexe C: Structure administrative des zones et systèmes de gestion

Annexe D: Types d'établissements, de personnels et de services fournis dans les réseaux des zones

Annexe E: Infrastructure médicale des zones de santé et appartenance des établissements sanitaires, 1985

C

TABLE DES MATIERES (suite)

Annexe F: Prestataires et services offerts dans les zones de santé
1. Prestataires à l'intérieur des réseaux
2. Concurrence des prestataires parallèles

Annexe G: Statistiques de la fréquentation des services

Annexe H: Tableau de financement, dix zones de santé 1985 (en zaïres de 1985)

Annexe I: Zones de santé, tableau de financement consolidé (en zaïres et dollars de 1985)

Annexe J: Exemple de prix des services de soins de santé, dix zones de santé 1986 (en zaïres et dollars 1986)

Annexe K: Dépenses de la population pour les services de santé

Annexe L: Statistiques sur la couverture, l'utilisation et les dépenses de la population pour les soins de santé primaires (en zaïres de 1985)

Annexe M: La récupération des dépenses d'investissement à partir des paiements des patients

Glossaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1: Dépenses de fonctionnement non ajustées,par habitant, sept zones de santé, 1985 (en zaïres et en dollars de 1985)

Tableau 4.2: Dix zones de santé, tableau de financement, chiffres non ajustés, 1985 (en dollars de 1985)

Tableau 4.3: Structure des coûts dans les zones de santé, sept zones de santé, 1985 (pourcentages)

Tableau 4.4: Sources de financement des dépenses, sept zones de santé, 1985 (pourcentages)

Tableau 4.5: Pourcentages des dépenses de fonctionnement financés par les recettes de fonctionnement,par type d'unité fonctionnelle, dix zones de santé 1985

Tableau B.1: Données démographiques de base, dix zones de santé, 1985

Tableau E.1: Infrastructure médicale des zones de santé et appartenances des établissements sanitaires, 1985

Tableau G.1: Statistiques de base sur la fréquentation et la couverture, dix zones de santé, 1985

Tableau H.1: Tableau de financement, dix zones de santé, 1985

Tableau I.1: Zones de santé, tableau de financement (en zaïres de 1985)

Tableau I.2: Zones de santé, tableau de financement (en dollars de 1985)

Tableau J.1: Exemple des prix des services des soins de santé primaires, dix zones de santé, 1986 (en zaïres et dollars de 1986)

Tableau K.1: Dépenses moyennes pour les services de santé, par habitant, à l'intérieur des réseaux, 8 zones de santé, 1985 (en zaïres de 1985)

Tableau L.1: Zones de santé, statistiques sur la couverture, l'utilisation et les dépenses de la population pour les soins de santé primaires (en zaïres de 1985).

LISTE DES FIGURES

Figure 4.1: Structure administrative typique d'une zone de santé (Annexe C)

Figure 4.2: Structure des dépenses de fonctionnement, hôpital de référence (moyenne arithmétique pour 8 zones)

Figure 4.3: Structure des dépenses de fonctionnement, zone de santé, 1985 (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.4: Structure des dépenses de fonctionnement, bureau central, 1985 (moyenne arithmétique pour 3 zones)

Figure 4.5: Structure des dépenses de fonctionnement, centre de santé, 1985 (moyenne arithmétique pour 6 zones)

Figure 4.6: Sources de financement des dépenses de fonctionnement, 1985 (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.7 (a): Dépenses de fonctionnement et niveaux d'investissement, sept zones de santé, 1985

Figure 4.7 (b): Dépenses de fonctionnement et niveaux d'investissement, sept zones de santé, 1985 (en zaïres de 1985) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.7 (c): Dépenses de fonctionnement et niveaux d'investissement, sept zones de santé, 1985 (en dollars de 1985) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.8 (a): Tableau de financement, 1985 (en millions de zaïres de 1985) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.8 (b): Tableau de financement, 1985 (en milliers de dollars de 1985) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.9 (a): Dépenses de fonctionnement totales, par type d'établissement, 1985 (pourcentage des dépenses de fonctionnement totales) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.9 (b): Dépenses de fonctionnement totales, par type d'établissement, 1985 (millions de zaïres de 1985) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

Figure 4.9 (c): Dépenses de fonctionnement totales, par type d'établissement, 1985 (milliers de dollars de 1985) (moyenne arithmétique pour 7 zones)

1. RESUME ANALYTIQUE

Le présent rapport présente les résultats de l'étude du financement des zones de santé au Zaïre, réalisée de juin à octobre 1986. L'étude a été conçue et dirigée conjointement par le projet SANRU basé au Zaïre et par le projet REACH à Washington. Les deux sont réalisés sous les auspices de l'USAID, la présente étude a été financée par REACH.

L'équipe de l'étude se composait de sept membres: cinq zaïrois représentant SANRU, le Fonds national médico-sanitaire (FONAMES), le Département du Plan et le Projet Santé Pour Tous; deux expatriés représentaient le projet REACH et l'USAID.

L'étude visait à analyser les systèmes de récupération des dépenses des zones de santé et à recommander des mesures pour améliorer leur capacité à ce niveau tout en continuant à apporter des prestations de santé répondant aux besoins de la population.

Dix zones de santé ont été choisies parmi les mieux organisées du pays qui avaient des systèmes de récupération des dépenses relativement réussis. En outre, la sélection des zones a été faite selon un groupe de critères tels que la disponibilité des données, le style d'administration (centralisée ou décentralisée), les systèmes de paiement (pré-payé, paiement par visite, par épisode), l'accessibilité etc. Les données de terrain ont été collectées par le biais d'interviews des personnels médicaux et administratifs des zones. Des données financières pour l'année de calendrier 1985 ont été collectées dans toutes les zones, mais pour trois d'entre elles, ces données étaient insuffisantes pour permettre une analyse. A l'intérieur de chaque zone, l'équipe de l'étude a visité plusieurs établissements sanitaires et le bureau central.

Les principales recommandations formulées dans ce rapport sont résumées ci-après. Les termes techniques employés dans ce rapport sont définis dans un glossaire qui se trouve à la fin du document.

A l'intention du Gouvernement Zaïrois

- encourager la coordination des travaux entre les prestataires de services de santé à l'intérieur des zones.

- apporter une formation complémentaire aux zones, portant essentiellement sur les systèmes de gestion et d'information.

- accorder l'autonomie administrative aux zones de santé. Eviter d'imposer des schèmes administratifs déterminés et fixes.

- maintenir les niveaux actuels d'investissement et de subventions de fonctionnement affectés aux zones.

A l'intention de la direction des zones de santé

- chercher à établir la participation et la coordination des travaux de tous les prestataires à l'intérieur des zones.

- améliorer les systèmes de comptabilité et d'information à tous les niveaux.

- encourager l'idée de plans de soins pré-payés parmi la population et le personnel soignant quand les systèmes de gestion se prêtent à cette formule.

- demander une aide externe dans ce domaine

- demander une formation externe pour le personnel des zones.

- recruter des professionnels qualifiés en matière de systèmes de gestion et d'information.

A l'intention des donateurs

- maintenir les niveaux actuels d'investissement et de subventions de fonctionnement aux zones.

- apporter des programmes de formation en gestion aux employés des zones. Cette assistance pourrait inclure un don de micro-ordinateurs accompagné d'une formation spécifique en systèmes intégrés de gestion.

- financer des études de suivi complémentaires du type suivant:

Etudes de suivi complémentaires

- analyser plus en détail les données de PRICOR (Lusamba et al., 1986) en vue d'une information complémentaire sur la demande dans le système de santé des zones.

- réaliser des études complémentaires, de nature similaire que celle de PRICOR, pour déterminer le schème de la demande des ménages pour les services curatifs et préventifs.

- étudier plus en profondeur les politiques des zones relatives aux médicaments.

- étudier le rôle des prestataires parallèles au sein du système de la zone.

Les principaux résultats de l'étude sont présentés ci-après. Les termes techniques utilisés sont définis dans un glossaire à la fin du document.

Principaux résultats de l'étude

(i) **Financement des dépenses de fonctionnement des zones de santé:** Les zones de santé qui ont été étudiées étaient en mesure de financer une proportion importante de leurs dépenses de

fonctionnement (non compris les dépréciations) par le biais des paiements des usagers, c'est-à-dire les services de santé payants pour la population. La zone avec la meilleure capacité d'auto-financement arrivait à récupérer 90% de ces dépenses de fonctionnement, celle avec la plus faible atteignait 67%, la moyenne arithmétique pour sept des dix zones s'élève à 79%. Ces résultats indiquent que les zones de santé au Zaïre peuvent éventuellement, dans le futur, devenir financièrement autonomes en ce qui concerne leurs dépenses de fonctionnement.

(ii) **Assistance externe au financement des dépenses de fonctionnement des zones:** Le Gouvernement du Zaïre et les organisations non-gouvernementales (ONG) ont joué un rôle important dans le financement (subventions) de la partie des dépenses de fonctionnement non-récupérées des zones. La contribution totale de ces deux catégories de donateurs au fonctionnement de sept des dix zones atteignait 6.800.000 Z (135.900 $) en 1985, soit 21% des dépenses de fonctionnement moyennes des zones. S'ajoutant à ces subventions, la plupart des zones de santé bénéficient des services d'un personnel expatrié dont les salaires sont versés par les donateurs. L'information recueillie dans deux zones montre que le remplacement des expatriés par des professionnels zaïrois payés par les zones entraînerait une augmentation des dépenses de fonctionnement totales des zones allant jusqu'à 22%.

(iii) **Niveau des dépenses d'investissement des zones de santé:** Les zones de santé ont fait d'importants investissements en 1985, surtout grâce aux subventions. Dans une des zones, l'investissement total représentait 42% de l'emploi total de ses fonds. Les subventions d'investissement se montaient à un total de 6.400.000 Z en 1985, ce qui a permis de financer, en gros, tous les investissements des zones pour la même année. La part des donateurs rentrait à 80% de ces subventions et le restant provenait du Gouvernement Zaïrois. La proportion d'investissements financés à partir des fonds propres des zones était négligeable.

(iv) **Résultats financiers des centres de santé:** Dans la plupart des zones, environ la moitié des centres de santé ont connu un déficit d'exploitation en 1985. Ce déficit a été comblé par soit les subventions des sources citées plus haut, soit par des subventions croisées avec les bénéfices d'autres centres de la zone qui avaient un excédent.

(v) **Résultats financiers des hôpitaux de référence:** L'information sur neuf des dix zones a montré que tous les neuf hôpitaux de référence avaient un déficit d'exploitation en 1985. L'hôpital qui avait eu les meilleurs résultats a pu récupérer 99% de ses dépenses et celui avec le pire cas n'a récupéré que 49%. Là aussi, les déficits ont été financés par les subventions des ONG et du Gouvernement Zaïrois qui ont permis de payer, dans

l'ensemble des zones, les salaires d'une grande partie des employés des hôpitaux.

(vi) **Résultats financiers du bureau central:** Le bureau central de la plupart des zones a dû dépendre des subventions pour financer son fonctionnement. Cette situation est due au fait que les honoraires de supervision payés par les centres de santé étaient fixés à un barème trop faible. Le déficit du bureau central est également la conséquence du fait que certains établissements qui bénéficient de la supervision du bureau ne sont pas d'accord pour verser des honoraires de supervision. Les problèmes financiers des centres de santé ne permettent que difficilement au bureau central de demander des honoraires de supervision plus élevés.

(vii) **Récuperation des dépenses d'investissement:** Si les centres de santé, pris individuellement, devaient financer leurs propres investissements - ou de manière équivalente, de faire périodiquement des provisions pour dépréciation pour remplacer leurs actifs - il leur faudrait des fonds supplémentaires équivalents à plus de 65% de leurs recettes moyennes de fonctionnement de 1985 Le même chiffre pour un hôpital de référence moyen se situe aux alentours de 14%.

(viii) **Ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement des zones et des dépenses de la population pour les prestations de santé:** Les dépenses de fonctionnement des zones en 1985 se sont situées dans une fourchette allant de 3.034.000 Z (60.680 $) à 5.672.000 Z (113.440 $). Les dépenses de fonctionnement annuelles par habitant des zones étaient de l'ordre de 35 Z (o,70 $) à 93 Z (1,86 $). Les dépenses projetées de 1985 pour les soins de santé d'une personne moyenne dans les établissements du réseau de la zone se situaient entre 35 Z et 85 Z (1,70 $) dont 67% correspondaient aux dépenses pour les soins hospitaliers. Les dépenses des habitants pour les services de santé des systèmes de soins parallèles n'ont pas été évaluées.

(ix) **Structure des coûts des zones des santé:** Dans quatre des sept zones qui disposaient de données financières complètes, les salaires représentaient l'élément de coût le plus important, justifiant environ 50% des dépenses de fonctionnement des zones pour 1985. Dans les trois zones restantes, les médicaments représentaient la part la plus importante des dépenses de fonctionnement. L'entretien des véhicules et des bâtiments rentraient pour moins de 3% dans le total des dépenses de fonctionnement de six des sept zones.

(x) **Systèmes de paiement au niveau du centre de santé:** Toutes les zones, sauf une, utilisaient au niveau du centre de santé un système de paiement par épisode de maladie. Un tel système signifie que les patients ne payent pas pour des consultations répétées au centre de santé jusqu'à ce que le traitement de

l'épisode particulier soit achevé. Seules trois des zones ont inclus le prix des médicaments et des autres examens dans le paiement par épisode; dans les autres zones ces actes doivent être payés séparément. Dans la plupart des zones, les employés des entreprises et leurs familles reçoivent des soins gratuits dans les établissements de la zone. Un système par tiers-payant a été instauré entre les zones de santé et les entreprises locales. Les versements demandés aux tiers-payants sont en moyenne le double de ceux demandés aux patients privés.

(xi) **Systèmes de paiement au niveau de l'hôpital:** Huit des zones utilisaient un système de paiement au niveau de l'hôpital par lequel les patients payent selon la quantité et les types de services médicaux consommés. Deux zones viennent d'instaurer des plans pré-payés pour les soins hospitaliers. Une des zones avait déjà recruté en juin un tiers de l'ensemble de ses adhérents pour un paiement annuel par habitant de 20 Z (0,33 $) et une co-assurance de 80% (le plan couvre 80% du prix total des services prêtés au bénéficiaire, les 20% restants sont à la charge de ce dernier).

(xii) **Subvention croisée des prix entre les services préventifs et curatifs:** Toutes les zones subventionnent les soins de santé primaires préventifs - les estimations faites dans une zone indiquent que les prix demandés aux bénéficiaires pour les programmes préventifs pré-natals et pré-scolaires représentaient en moyenne moins du tiers de leurs coûts réels en 1985. Les programmes préventifs sont subventionnés au détriment des services curatifs.

(xiii) **Politiques en matière de médicaments:** La plupart des zones centralisent l'achat de médicaments au niveau du bureau central. Les remises pour achats en grande quantité et les économies d'échelles pour la manutention des stocks permettent aux zones d'obtenir des médicaments à faibles coûts par rapport aux prix du marché local. Cela permet à de nombreuses zones de mettre de fortes marges bénéficiaires sur le prix de vente des produits au public. La marge bénéficiaire de certains produits dépasse 100% et dans certaines zones la marge bénéficiaire moyenne va jusqu'à 80%.

(xiv) **Concurrence:** Dans la plupart de régions étudiées, les réseaux des zones doivent faire face à la concurrence. Dans l'une d'entre elle, on estime que la concurrence attrape jusqu'à 70% de la demande totale de la zone pour les prestations de santé. L'équipe de l'étude n'a pas eu la possibilité de collecter des informations suffisantes sur la concurrence et ses répercussions sur le financement des zones.

(xv) **Indigents:** L'accès gratuit aux soins pour les indigents ne

semble pas menacer la viabilité financière des zones. Pour l'ensemble de celles-ci, le pourcentage de clients recevant des soins gratuits est estimé inférieur à 10%.

(xvi) **Besoins en matière de formation du personnel:** La direction et le personnel de toutes les dix zones ont exprimé le besoin pour une formation technique, surtout dans les domaines des systèmes de comptabilité, de gestion et d'information. Dans la plupart des zones, le personnel médical ou paramédical exécute une grande partie des travaux administratifs. Par conséquent, ce temps doit être pris sur les travaux purement médicaux.

(xvii) **Manque de planification entre les prestataires des réseaux des zones:** Les réseaux de santé dans la plupart des zones sont composés d'une multitude de prestataires différents (missionnaires, personnel privé etc.). La direction de la plupart des zones s'est montrée préoccupée du fait que leur supervision technique souvent n'est pa acceptée par les prestataires. Ils ont également souligné le manque de concertation quand de nouveaux établissements sont construits ou de nouveaux services sont offerts.

Nous sommes d'avis que la situation financière des zones de santé peut être améliorée et proposons à cette fin la série de recommandations suivantes:

Sommaire des recommandations

(i) **Etudes de la demande:** Une analyse complémentaire théorique et empirique doit être réalisée sur l'attitude de la population face aux différents schèmes de paiement. Le travail par Lusamba et al. (PRICOR, 1985) constitue un bon point de départ. Connaître le comportement de la population face aux prix des services de santé permettra de trouver des schèmes de paiement optimum sous le double angle de l'accessibilité et de la récupération des dépenses.

(ii) **Financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé:** De nombreux centres de santé sont incapables d'arriver à l'autonomie financière dans leur fonctionnement par suite de raisons socio-économiques qui ne sont pas dans leur pouvoir de contrôler (faible densité de population ou faibles revenus). La subvention croisée entre centres d'une même zone est une solution à ce problème si toutefois elle est acceptée par les comités des centres de santé. Si le Gouvernement Zaïrois veut encourager le concept d'autonomie financière de chaque centre, il devrait apporter un soutien financier à ceux qui ne peuvent pas être auto-financés dans le moyen terme. Sinon, de nombreux établissements devront fermer leurs portes et une partie importante de la population sera privée de l'accès aux soins de santé.

(iii) **Financement des dépenses de fonctionnement des hôpitaux de référence:** Les zones de santé devraient étudier les raisons empêchant les hôpitaux de référence d'être financièrement autonomes au niveau de leurs dépenses de fonctionnement. De faibles taux d'occupation dans certaines zones indiquent que des frais généraux inutiles pourraient être la cause de cette situation. Au niveau de l'hôpital, il s'agit d'insister sur la réduction des frais généraux et le contrôle des coûts. Les prix des services devraient être revus pour vérifier si les prix couvrent les coûts variables et voir quels sont les services qui peuvent contribuer à financer les coûts fixes.

(iv) **Financement des dépenses de fonctionnement du bureau central:** Tant que les centres de santé et l'hôpital de référence sont incapables de récupérer leurs dépenses de fonctionnement à partir des paiements des patients, le bureau central des zones ne sera pas en mesure de financer l'intégralité de ses dépenses de fonctionnement à partir des honoraires de supervision. Les honoraires de supervision devraient être proportionnels au niveau d'activité des centres de santé. L'hôpital de référence devrait également apporter sa contribution au financement des dépenses du bureau central puisque ce bureau octroie des ressources à l'hôpital. Nous pensons, par conséquent, que des subventions devront continuer à être accordées aux zones, dans le moyen terme, pour financer le fonctionnement des bureaux centraux.

(v) **Dépendance des subventions d'investissement dans les zones de santé:** Nous pensons que dans le moyen terme, les zones de santé seront obligées de dépendre d'une aide externe pour acquérir ou remplacer leurs immobilisations. Toutefois, nous pensons qu'il est important que la direction des zones et des centres de santé se rendent compte que les immobilisations doivent être remplacées et que les provisions pour dépréciation sont nécessaires si les zones veulent arriver à être entièrement autonomes du point de vue financier. Chaque centre de santé devrait estimer et faire une provision pour dépréciation. Si possible, les excédents d'exploitation d'un centre devraient être versés dans un compte destiné au remplacement des biens d'équipement. A cette fin, les centres devraient disposer de comptes d'épargner (avec intérêt).

(vi) **Plans de soins de santé pré-payés:** Les zones de santé disposant de systèmes intégrés de gestion bien établis peuvent essayer de mettre en place des plans de soins prépayés pour les services de consultations externes et les soins hospitaliers. Ces zones devraient faire appel à une assistance externe pour définir leurs plans, leurs systèmes de contrôle de gestion et leurs politiques de prime. Dans un premier temps, les plans de soins ambulatoires pré-payés devraient être gérés par chaque centre de santé et le plan de soins hospitaliers par l'hôpital de référence. Dans un second temps, les zones pourraient offrir à leurs habitants un plan unique de soins pré-payés. Les plans pré-payés permettent

un partage des risques entre les bénéficiaires et peuvent contribuer à réaliser de meilleurs résultats financiers.

(vii) **Politiques d'établissement des prix des médicaments:** Les zones de santé devraient ré-examiner la politique qui consiste à mettre de larges marges bénéficiaires sur certains médicaments vendus à la population. Des données préliminaires indiquent que la demande pour les services de santé peut être influencée par le prix et la disponibilité des médicaments. Des prix de médicaments élevés peuvent décourager les gens de venir aux services curatifs et préventifs. Une recherche devrait être faite pour étudier les répercussions des prix des médicaments sur la demande des services. Une telle recherche pourrait aider à déterminer l'ordre de grandeur convenant pour les marges bénéficiaires de chaque catégorie de médicaments.

(viii) Subvention croisée des prix entre les services de santé curatifs et préventifs: Les zones de santé devraient continuer à subventionner les prix des soins de santé primaires préventifs jusqu'à ce que des recherches complémentaires déterminent les répercussions du prix des programmes préventifs sur la demande. Bien que les programmes préventifs soient actuellement subventionnées, la couverture des programmes pré-scolaires est toujours faible. Une réduction des subventions pourrait signifier une couverture encore plus faible.

(ix) **Prix aux entreprises:** Les zones de santé devraient négocier des prix raisonnables avec les tiers-payants pour empêcher que ces derniers ne se tournent vers d'autres sources de prestations de santé pour leurs bénéficiaires. Les prix aux entreprises devraient être déterminés par le coût marginal plus une marge bénéficiaire qui sera négociée entre la zone et les entreprises. Les zones de santé devraient également envisager d'offrir des ensembles complets de soins pré-payés aux tiers-payants comme mesure possible pour augmenter la fréquentation des services et améliorer la situation financière.

(x) Indigents: Les zones de santé devraient essayer de réduire au minimum le montant de soins gratuits donnés à la population. Dans la plupart des cas, les enfants devraient payer pour les prestations. Les zones pourraient envisager d'établir des plans pré-payés pour les enfants.

(xi) **Systèmes de comptabilité:** Les établissements sanitaires devraient consacrer du temps et des ressources pour analyser leur structure de coût et mettre au point des systèmes de comptabilité exacts. Connaître les coûts d'un établissement est essentiel pour formuler des politiques de tarification solides du point de vue financier.

(xii) **Systèmes intégrés de gestion:** Les différents centres de santé

ainsi que la direction centrale des zones devraient investir des ressources pour mettre en place des systèmes d'information financière et technique comme étape pour arriver à l'autonomie financière et technique. L'acquisition et l'emploi de micro-ordinateurs combinés à une formation formelle portant sur le traitement des données et des systèmes d'information à l'intention du personnel des zones devraient constituer une des premières priorités pour la zone.

(xiii) **Subventions à la formation du personnel:** Le Gouvernement Zaïrois et les ONG devrait affecter une plus grande proportion de leur aide aux programmes de formation, surtout en ce qui concerne les systèmes de gestion, de comptabilité et d'information.

(xiv) **Politique concernant la formation et le recrutement:** Les zones de santé devraient former leur personnel administratif en place mais devraient en même temps envisager de recruter de jeunes professionnels, surtout dans les domaines mentionnées ci-dessus (xiii).

(xv) **Attitude des zones envers la concurrence:** Les administrateurs des zones devraient recevoir plus d'autorité pour faire observer le règlement des zones relatif aux prestataires parallèles. Toutefois, il ne faut pas sous-estimer le rôle des concurrents. Les prestataires parallèles (c'est-à-dire ceux qui n'ont pas une patente pour exercer) peuvent jouer un rôle important en comblant la lacune laissée dans certaines régions par les établissements des zones. En outre, les prestataires parallèles peuvent établir un climat de concurrence pour les centres de santé des zones. Cette concurrence va faire que ces derniers essayent de maintenir une bonne qualité et des prix faibles. Une recherche devrait être effectuée sur le rôle des prestataires parallèles et la manière dont ils sont perçus par la population.

(xvi) **Autonome administrative de zones de santé:** Nous pensons que les différences démographiques et socio-économiques entre les zones demandent que celles-ci adoptent des schèmes administratifs, des politiques de tarification et des plans de soins de santé différents. Nous pensons que les zones devraient être autonomes du point de vue technique puisque leur direction est mieux équipée pour résoudre ses propres problèmes. Nous encourageons le Gouvernement Zaïrois à apporter formation et directives au personnel des zones, mais décourageons l'idée d'imposer des schèmes administratifs uniformes et rigides dans les zones de santé.

(xvii) **Coordination des travaux entre prestataires:** La direction des zones devrait encourager la participation de tous les prestataires et de la population à un comité central unique qui permettrait une meilleure planification et empêcherait l'utilisation inefficace des ressources.

Structure du rapport

Le présent rapport est organisé de la manière suivante. Le chapitre 2 donne une introduction et les données générales qui nous ont amené à cette étude. Ce chapitre traite également brièvement des résultats des études réalisées récemment dans ce domaine au Zaïre. La méthodologie de l'étude est présentée au chapitre 3. Les résultats de l'étude sont présentés au chapitre 4. En plus d'examiner le financement des zones, l'étude analyse d'autre aspects non-financiers qui affectent également la capacité de récupération des dépenses des zones. Les résultats non-financiers sont résumés dans les sections 4.1 à 4.5. Les annexes techniques B à G présentent plus en détail ces résultats. Les résultats financiers du rapport sont discutés dans la section 4.6. Les annexes techniques J à M complètent la discussion de la section 4.6. Une analyse des résultats de l'étude accompagnée des recommandations est donnée au chapitre 5.

2. INTRODUCTION

2.1 Données générales

La question de savoir comment assurer un appui financier à long terme aux services de santé de base a été mise en évidence ces dernières années au Zaïre, comme d'ailleurs dans beaucoup de pays africains. Quatre raisons en sont à la base: 1) le Gouvernement du Zaïre et les donateurs ont fixé des buts ambitieux d'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé de base; 2) le montant de ressources du Gouvernement disponibles pour la santé est limité par suite des problèmes économiques que le Zaïre connaît récemment; 3) la stratégie utilisée pendant les années 60 et 70 par laquelle le Gouvernement du Zaïre a essayé de financer les coûts de fonctionnement et d'entretien n'a pas réussi à maintenir dans le long terme les programmes de services de santé; et 4) la "distance" qui sépare le système Zaïrois actuel de prestations de santé des buts ambitieux qu'il s'est fixé est grande.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fixé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 "la santé pour tous d'ici l'an 2000". Le Zaïre a accepté ce but. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (FISE) a adopté un but visant à la vaccination de tous les enfants d'ici 1990. L'USAID demande expressément aux pays africains d'adopter la stratégie pour la survie de l'enfant comportant les deux aspects du traitement de réhydratation par voie orale (TRO) et des vaccinations. La convention pour le projet de lutte contre les maladies infantiles transmissibles (CCCD, d'après le sigle anglais) au Zaïre visait à réduire de 50 pour cent la morbidité et la mortalité infantile et enfantine à la fin de 1986.

Après l'indépendance, le Gouvernement Zaïrois a tenté de dispenser des soins de santé gratuits à la population. La structure sanitaire en place au Zaïre pendant les années 60 était parmi les meilleures de l'Afrique sub-saharienne. Seulement, le Gouvernement Zaïrois n'a pas été en mesure d'affecter des fonds suffisants pour faire fonctionner le système à sa pleine capacité, lui même pour le maintenir. Au début des années 80, la majeure partie de la population était privée d'accès aux services de santé de base.

La situation économique au Zaïre a continué à se dégrader et partant le Gouvernement a été dans l'incapacité de mettre en place une stratégie de services de santé entièrement subventionnée par l'Etat. Depuis le milieu des années 70, l'économie Zaïroise a connu d'importants revers, le revenu par habitant a chuté depuis 1975. Cette situation a encore été aggravée par la récession mondiale au début des années 80 qui a entraîné une chute des prix du cuivre qui constitue le principale exportation du Zaïre. Depuis fin 1983, le Zaïre suit un programme du Fonds monétaire international (FMI). Dans les cadre de ce programme des changements structurels ont commencé à modifier la manière dont l'économie est gérée. Toutefois, le processus de réformes économiques prendra un certain temps et par voie de conséquence les ressources publiques resteront encore amenuisées pour les temps à venir.

Pour arriver à la "Santé pour tous," le Zaïre vise à établir un réseau national des services de santé de 300 zones et 6.000 centres de santé d'ici 1991. A la suite d'études pilotes, fin des années 70 et début 80, le Zaïre s'est engagé en 1982 dans le développement du système des zones de santé. Le Plan sanitaire quinquennal 1982-1986 prévoyait la création des 85 premières zones.

La stratégie de financement des zones de santé se fonde sur le partage des coûts. L'assistance des donateurs pour les dépenses d'investissement en vue de créer les zones de santé provient surtout du projet SANRU (Projet de soins de santé primaires en milieu rural) de l'USAID, du FISE et du Projet Santé Pour Tous de la Belgique. Le Gouvernement Zaïrois paye les salaires de base d'une grande partie du personnel des zones. Par contre, les zones sont elle-mêmes responsables des dépenses de fonctionnement et d'entretien (SANRU subventionne les dépenses de fonctionnement des zones, sur une base dégressive, pendant l'étape de démarrage des activités de la zone). Cela inclut souvent le versement de compléments salariaux importants au personnel payé par le Gouvernement. La nécessité d'assurer les dépenses de fonctionnement a obligé les zones à instaurer des services de santé payants ou à établir d'autres mécanismes de récupération des dépenses. Donner aux zones la responsabilité des dépenses de fonctionnement a été la solution au problème de dépendre des ressources récurrentes du Gouvernement pour le fonctionnement du système, surtout pendant cette période où les difficultés économiques continuent de frapper le Zaïre.

Le Gouvernement Zaïrois a accordé une autonomie considérable aux zones, leur permettant de prendre des décisions pour les questions, relevant de la santé ou non, qui touchent aux opérations des zones. De ce fait, les zones ont été autorisées à mettre en place des schèmes de récupération des dépenses adaptés aux conditions locales. L'autonomie des zones leur a certes permis d'instaurer leurs propres systèmes mais par ailleurs cela a également fait qu'elles n'ont reçu que très peu de directives du Gouvernement sur la manière de rendre les systèmes de récupération des dépenses plus efficaces.

Pendant les premières années de mise en oeuvre de la stratégie des zones de santé, on ne s'est pas vraiment préoccupé de savoir si les zones réussissaient à assumer leurs dépenses de fonctionnement. Les premières régions choisies pour être organisées en zones étaient celles où de nombreuses activités sanitaires fonctionnaient déjà bien. En plus, des subventions de démarrage étaient souvent versées aux dépenses de fonctionnement. Mais cette absence de soucis au départ s'est vite transformée pour plusieurs raisons. Au fur et à mesure que de nouvelles zones étaient créées, les nouvelles régions appelées à participer à cette stratégie étaient de plus en plus des endroits où le système ne fonctionnait pas bien avant la création des zones, et partant leurs capacités à organiser des systèmes de récupération des dépenses devenaient de plus en plus incertaines. Les subventions pour les dépenses de démarrage versées aux premières zones diminuaient, et certaines d'entre

elles ont commencé à signaler des difficultés au niveau du financement des dépenses de fonctionnement. Par ailleurs, le Gouvernement Zaïrois ne remplissait pas ses obligations de payer une partie de plus en plus importante des dépenses de fonctionnement du Projet CCCD, et de ce fait s'est tourné vers la récupération des dépenses comme moyen d'assumer certains coûts comme solution de rechange aux affectations budgétaires du Gouvernement.

Au regard de cette situation, la première évaluation (1984) du Projet CCCD a recommandé que la chloroquine pour le traitement du paludisme et les sels de réhydratation orale (SRO) pour le traitement de la diarrhée soient vendus par l'organisation d'exécution du Gouvernement Zaïrois, le Programme élargi de vaccination (PEV). Cette politique assurerait le financement des ré-approvisionnements des produits pharmaceutiques, mais ne permettrait pas d'assurer le financement des coûts associés du carburant et de l'entretien des chaînes de froid et de véhicules pour la supervision. Ces coûts, plus logiquement, seraient financés par les zones à partir des recettes générales de récupération des dépenses. La seconde évaluation du CCCD (1985) a constaté que les zones utilisaient divers systèmes, dont le succès variait, pour essayer de récupérer les dépenses de manière suffisante pour payer les frais de supervision nécessaires aux activités et les coûts d'entretien de la chaîne de froid. L'évaluation recommandait de faire une étude des systèmes en place là où les zones semblaient assez bien réussir à récupérer les dépenses. L'objectif de l'étude serait de recommander aux zones, ayant des difficultés, différentes manières d'organiser de manière plus réussie les efforts de récupération des dépenses.

Le Document du Projet de soins de santé primaires en milieu rural II, 1986-1992 (suite donnée par l'USAID à SANRU, connu sous le nom de SANRU II) indiquait que d'après l'expérience de SANRU, il est rare que les recettes tirées des paiements des usagers des zones couvrent toutes les charges récurrentes. Par conséquent, le Projet SANRU II prévoyait d'apporter une assistance au Gouvernement Zaïrois aux fins de chercher à améliorer les systèmes de financement des zones en général et les systèmes de tarification des usagers en particulier, de donner une formation aux médecins chefs de zone portant sur les méthodes de récupération des dépenses et chercher des moyens pour minimiser les coûts de prestation des services.

Finalement, en 1985 le Bureau de la science et de la technologie de l'USAID a créé le Projet Ressources for Child Health (REACH) dans le but d'apporter une assistance technique dans le domaine du financement des soins de santé aux missions locales de l'USAID et aux gouvernements hôtes. A la demande du projet CCCD en Zaïre, REACH a planifié la présente étude du financement des zones de santé. SANRU a eu un rôle de soutien actif en apportant à cette étude un appui logistique et de personnel. Le CCCD et PEV ont fourni des conseils techniques. Nous espérons que les résultats de la présente étude seront utilisés pour mettre au point du matériel en vue d'améliorer la formation du personnel des zones portant sur les méthodes de récupération des coûts. Nous espérons également que les ressources

nécessaires pour financer les services de santé de base pour le peuple Zaïrois seront collectés, en partie, en tant que résultat et conséquence des conclusions de la présente étude.

2.2 Brève description des études antérieures sur le financement des zones de santé au Zaïre

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années en vue d'évaluer l'ordre de grandeur des dépenses d'investissement et de fonctionnement des zones des santé Zaïroises et la capacité de ces dernières au niveau de la récupération des dépenses. Certains des résultats de ces études sont résumés ci-après.

Le Document de Projet de SANRU II de 1985 a estimé les dépenses d'investissement et de fonctionnement que le projet encourt en créant 50 zones de santé rurales dans le pays avec un total de 520 nouveaux centres de santé. Le document prévoyait que les donateurs externes joueraient un rôle primordial au niveau de la construction et du remplacement des biens d'équipement, des vaccins et des contraceptifs. Les auteurs ont estimé que le Gouvernement Zaïrois et les bénéficiaires partageraient le gros des dépenses de fonctionnement devant se monter à 0,39 $ par bénéficiaire en 1993. En plus, les bénéficiaires devraient payer 1 $ par épisode de maladie pour les médicaments. La charge pour le budget du Gouvernement Zaïrois, après la fin du projet en 1993, était estimée à 750.000 $ par an.

Une étude de PRICOR en 1983 par Marty Pipp a examiné les dépenses d'investissement et de fonctionnement de dix centres de santé dans six zones de santé rurales. En ne tenant pas compte des dépenses d'investissement des bâtiments, Mme. Pipp a estimé les dépenses d'investissement annuelles restantes à 506.000 Z pour le bureau central d'une zone et 6.500 - 14.000 Z dans un centre de santé (25 Z = 1 $ en 1983). En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, l'auteur a estimé que le bureau central coûterait 25.000 Z par an et chaque centre de santé 10.700 - 53.800 Z. Les dépenses de fonctionnement des centres de santé ont été trouvées très différentes suivant leurs situations géographiques et reflétant les variations des prix locaux des ressources nécessaires au fonctionnement. Sur une base par habitant (population à l'intérieur de la zone desservie utilisé comme dénominateur) on a constaté que les dépenses de fonctionnement des centres de santé variaient entre 14 Z (=0,56 $) et 37 Z (1.48 $) dans la zone qui avait les coûts de ressources nécessaires les plus élevés.

Un Rapport de 1985 par M.G. Kishmir, consultant au ministère du Plan, étudiait le rôle que le Gouvernement Zaïrois pouvait jouer dans le financement des déficits d'exploitation des zones de santé. L'auteur proposait d'utiliser l'analyse du coût-efficacité pour déterminer si le Gouvernement Zaïrois devait investir les fonds dans les zones de santé ou les affecter à d'autres projets ayant une plus forte rentabilité sociale. M. Kishmir a recommandé que, dans le cas où le Gouvernement Zaïrois décidait d'affecter des fonds pour financer les investissements des zones de santé, la priorité devait être donnée aux travaux de formation du

personnel. Finalement, l'auteur s'est penché sur le fait que des études passées sur le financement des zones de santé montraient que les zones ne faisaient pas de provision pour le remplacement du capital-fixe. Les prix des zones de santé reflétaient uniquement une partie de leurs dépenses de fonctionnement totales.

L'évaluation financière et économique de 1984 du Projet CCCD par Marty Makinen concluait, entre autres, que les coûts directs du traitement de réhydratation par voie orale et la distribution de chloroquine pouvaient être auto-financés à partir de la tarification des usagers. Cependant, les coûts directs des vaccinations ne pouvaient pas être financés intégralement par leurs paiements des usagers et devaient bénéficier de subventions externes. L'étude concluait également qu'il n'était guère possible de récupérer les dépenses d'investissement par l'intermédiaire des paiements des clients.

Un article publié en 1984 (Equipe de projet Kasongo "Soins de santé primaires pour moins d'un dollar par an" Forum sur la santé dans le monde, vol. 5, 1984) examinait les charges récurrentes d'un projet de soins de santé primaires démarré en 1972 par une équipe de personnel médical belge et Zaïroise dans la zone de Kasongo. L'article concluait en disant que les charges récurrentes annuelles des services préventifs et curatifs prêtés à la population de la zone variaient entre 0,55 $ dans les zones plus rurales à 0,67 $ dans la petite ville principale, par habitant couvert. La population arrivait à récupérer 34 et 57% des dépenses de fonctionnement à partir des paiements des clients. Les dépenses de fonctionnement annuelles d'un centre de santé se situaient dans une fourchette de 5.500 $ à 6.700 $.

Une autre étude de PRICOR réalisée entre 1983 et 1986 (Lusamba, Baer, Munkatu, Lokangu, Greenberger et Pipp, "Financement communautaire des soins de santé primaires dans la République du Zaïre) a évalué les dépenses de fonctionnement des centres de santé et a enquêté sur les réponses des gens à deux mécanismes de paiement: un paiement fixe par épisode de maladie et un paiement fixe par visite plus un barème variable pour les médicaments. L'étude a été faite dans cinq zones de santé rurales et auprès de deux centres de santé à l'intérieur de chaque zone. L'étude concluait en disant que les charges récurrentes moyennes relatives à un épisode de maladie étaient de 1,41 $. Sur les dix centres analysés, cinq ont dû changer ses schèmes de paiement (centres expérimentaux) alors que le reste a gardé leurs schèmes existants (centres de contrôle). Quatre des cinq centres expérimentaux sont passés d'un paiement par visite à un paiement par épisode; le cinquième a fait l'inverse. Les résultats n'ont pas permis de démontrer une plus forte fréquentation des services curatifs dans le cadre du schème par épisode pour vérifier l'hypothèse de départ des auteurs. Par contre, on a constaté une plus forte fréquentation des services préventifs. Les auteurs ont attribué le manque d'augmentation de la fréquentation des services curatifs dans le cadre du système paiement par épisode à l'attitude négative que le personnel soignant entretenait face à ce système. Les auteurs concluaient également que le nombre moyen

de visites par épisode de maladie était supérieur dans le cadre du système de paiement par épisode que pour celui du paiement par visite.

Finalement, un document de Franklin Baer ("Planifier les ressources de soins de santé primaires pour le Zaïre", présenté devant le conseil national de la conférence internationale sur la santé, 2-5 juin 1985) a estimé l'ordre de grandeur des ressources financières nécessaires pour établir et opérer une zone de santé au Zaïre. M. Baer a estimé les dépenses de fonctionnement totales annuelles d'une zone de santé à 185.500 $, dont 110.000 $, représenteraient les coûts des centres de santé (20 centres), 48.500 $ les coûts de l'hôpital de référence et 27.500 $ les coûts pour le bureau central de la zone. Les investissements de départ totaux ont été estimés à 470.000 $ par zone, dont 260.000 $ correspondent aux centres de santé, 123.400 $ à l'hôpital de référence et 86.600 $ au bureau central.

Les résultats de la présente étude confirment les prévisions du Document de projet de SANRU II, à savoir que les donateurs finançaient la plus grande partie des dépenses d'investissement des zones. Les résultats montrent que la plupart des charges récurrentes des zones (70%) sont financées à partir des recettes propres de la zone. Le Gouvernement Zaïrois et les donateurs contribuent chacun à raison de 15% environ aux charges récurrentes des zones. C'est là une différence des prévisions du Document de SANRU II qui se basait sur la supposition que le Gouvernement Zaïrois et les bénéficiaires partageraient le gros des charges récurrentes. Les dépenses de fonctionnement annuelles moyennes de 1985 du bureau central et d'un centre de santé étaient respectivement de 480.000 Z et 66.000 Z. L'étude PRICOR (Pipp, 1983) a estimé ces chiffres à 25.000 Z et 10.700 - 53.800 Z respectivement. Si la présente étude donne des dépenses de fonctionnement pour les centres de santé comparables à celles de PRICOR, les coûts pour le bureau central estimés par PRICOR sont bien plus faibles que ceux obtenus par cette étude. Cette différence s'explique en grande partie par l'inflation des prix survenue entre 1983 et 1986 et également par la dimension des zones choisies dans le deux études. Les dépenses de fonctionnement des centres de santé sur la base par habitant (utilisant la population couverte comme dénominateur) ont été constatées dans une fourchette de 0,26 $ à 0,74 $. Les estimations de PRICOR étaient 0,56 $ - 1,48 $. Les charges récurrentes totales d'une zone étaient, en moyenne, 80.000 $, moins de la moitié de la somme projetée par Baer dans le document cité ci-dessus.

3. METHODOLOGIE

3.1 Equipe de l'étude

L'équipe de l'étude se composait de sept membres dont les noms sont indiqués sur la page de couverture de ce document. En plus de ces personnes, Dr. Mputu Yamba du ministère du Plan a également participé aux réunions de groupe préliminaires à Kinshasa et a visité la zone de santé de Sona-Bata.

Les institutions participant à l'étude étaient les suivantes: le Projet de soins de santé primaires en milieu rural (SANRU), projet basé en Zaïre sous les auspices de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), le projet Ressources for Child Health (REACH) établi à Washington et également sous les auspices de l'USAID; le Fonds national médico-sanitaire (FONAMES); le ministère du Plan; le Projet pour le développement des zones de santé urbaines, santé pour tous, co-parrainé par les Gouvernements du Zaïre et de la Belgique; et l'Agence des Etats-Unis pour le développement international à Kinshasa.

3.2 Durée et étapes de l'étude

L'étude s'est étalée sur 14 semaines, de juin l'octobre 1986; elle a été structurée de la manière suivante:

Au Zaïre:	2 semaines:	Réunions du groupe à Kinshasa: préparation des questionnaires d'enquête; discussion de la méthodologie; sélection des zones de santé.;
	4 semaines:	Visite à 10 zones de santé: collecte des données de terrain.
	4 semaines:	Rédaction des rapports d'étude sur le terrain: analyse préliminaire des données recueillies sur le terrain; rédaction de l'avant-projet du rapport final.
Aux Etats-Unis:	4 semaines:	Rédaction du rapport final

L'équipe s'est divisée en deux groupes de 3 à 4 membres chacun, et chaque groupe a visité 4 à 5 zones de santé. Les visites sur le terrain ont duré en moyenne 3 à 5 jours plus un jour pour les déplacements.

A l'intérieur de chaque zone de santé, les membres de l'équipe ont visité les établissements suivants: l'hôpital de référence, deux à trois centres de santé et le bureau central. Dans plusieurs zones, ils ont également visité un centre de santé de référence et des postes de santé.

3.3 Critères de sélection des zones de santé

En juin, on trouvait environ 150 zones de santé opérationnelles en Zaïre. Les contraintes du point de vue ressources et temps ont permis à l'équipe de visiter un échantillon de dix d'entre elles. Les zones ont été choisies par un groupe d'experts Zaïrois de SANRU, Santé pour tous, Fonames et d'autres institutions. Les dix zones retenues étaient parmi les mieux organisées du pays avec des systèmes de récupération des dépenses qui

fonctionnaient relativement bien. En plus, les zones ont été choisies pour observer la diversité en termes des caractéristiques suivantes:

- type d'organisation (centralisée vs décentralisée)
- système de paiement pour les services de santé (pré-payé, paiement par visite, par épisode)
- disponibilité de l'information
- accessibilité
- diversité géographique
- importance relative des différentes sources de financement (interne vs externe)
- milieu rural vs urbain

La liste des zones choisies est la suivante:

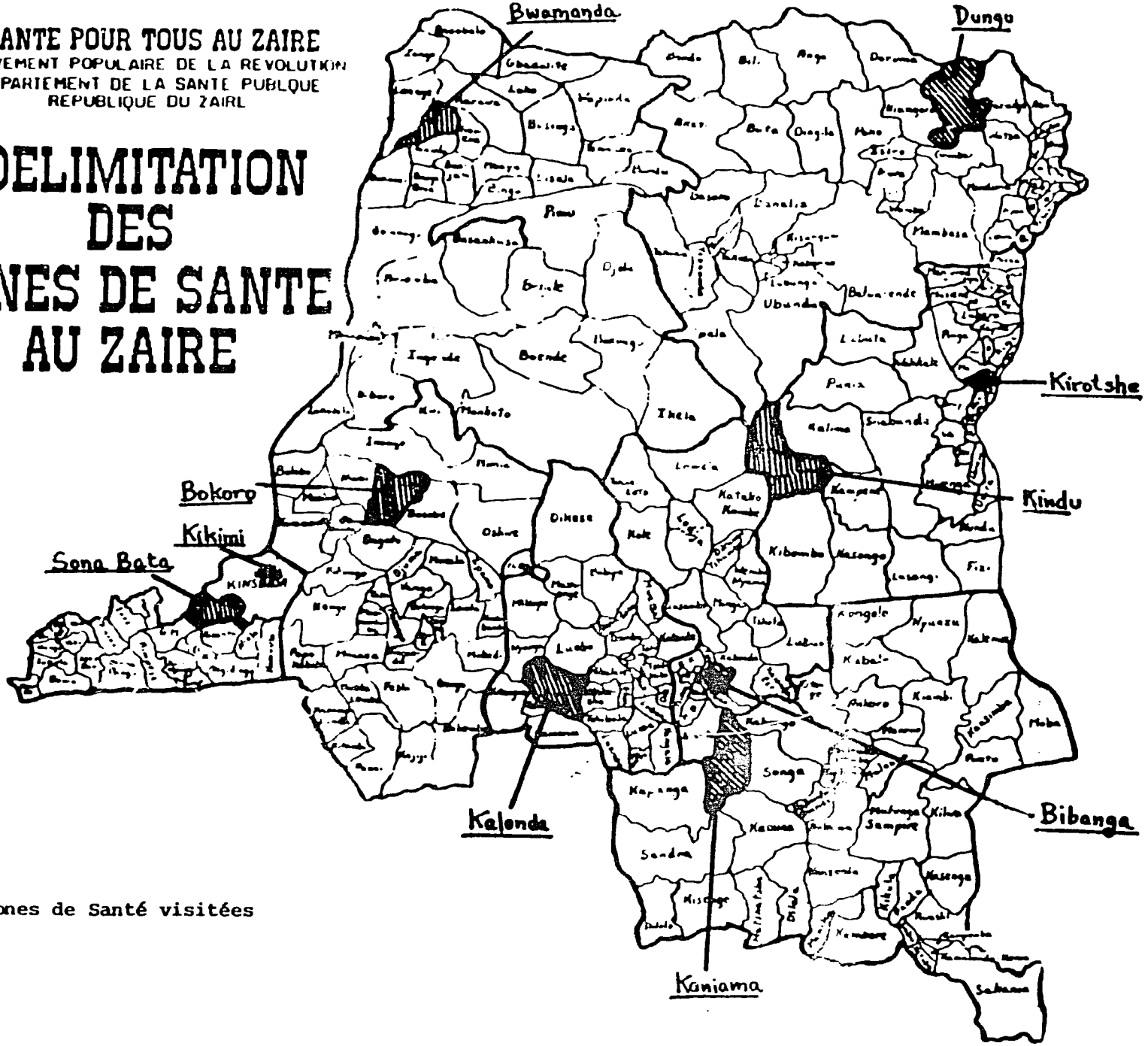
- Bibanga, Kasai Oriental
- Bokoro, Bandundu
- Bwamanda, Equateur
- Dungu, Haut Zaïre
- Kalonda, Kasai Occidental
- Kaniama, Shaba
- Kikimi, Kinshasa
- Kindu, Kivu
- Kirotshe, Kivu
- Sona-Bata, Bas Zaire

Sur les dix zones figurant ci-dessus, huit sont considérées comme zones rurales alors que Kikimi et Kindu sont respectivement urbaine et semi-urbaine. Toutes les neuf régions du pays étaient représentées dans l'échantillon.

Une carte du Zaïre avec les délimitations des 300 zones de santé et indiquant en hachures les zones visitées est donnée sur la page suivante.

SANTE POUR TOUS AU ZAIRE
MOUVEMENT POPULAIRE DE LA REVOLUTKIN
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLQUE
REPUBLIQUE DU ZAIRL

DELIMITATION DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE



= Zones de Santé visitées

3.4 Collecte et analyse de données

Tel que décrit auparavant, l'étude s'est surtout penchée sur les systèmes de récupération des dépenses employés dans les zones. Par conséquent, la collecte de données s'est concentrée sur l'information financière et sur la fréquentation des services, décrite ci-après:

- prix et mécanismes de paiement utilisés
- sources et emplois des fonds
- dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement
- fréquentation des services

La récupération des dépenses est aussi influencée par divers autres facteurs qui ont également fait l'objet d'une collecte de données:

- conditions démographiques et socio-économiques
- types de services offerts par les zones et les concurrents
- établissements et matériels des zones et des concurrents
- administration et gestion

L'information a également été recueillie grâce à des interviews personnels entre les membres du groupe et les personnels techniques des zones. Les interviews se sont déroulés sur la base d'un ensemble de questionnaires (cf. questionnaires en Annexe A).

3.5 Rapports d'études sur le terrain

Pendant le mois d'août, un rapport d'étude de cas a été préparé sur chacune des dix zones visitées. Les rapports décrivent en détail l'information recueillie dans chaque zone, telle qu'indiquée auparavant. Le lecteur qui est intéressé par des données détaillées est prié de se référer aux rapports d'études de cas contenus dans un volume séparé.

3.6 Critères pour la collecte et l'analyse des données financières

Les données financières ont été recueillies pour déterminer les éléments suivants:

- ordre de grandeur, absolu et relatif, des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissement encourues par les zones pendant 1985 (globales et par type de centre).
- ordre de grandeur, absolu et relatif, des sources de financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement pour les zones et leurs centres.
- structure des coûts des zones et de leurs centres.
- mécanismes employés par les zones pour établir leurs systèmes de tarification et la relation avec les coûts effectifs de production.
- coût moyen par habitant des soins de santé ventilé par catégorie de services (médicaments, externes et hospitaliers, traitements préventif et curatif).

Les données financières ont été collectées pour **l'année de calendrier 1985.**

Certains détails de méthodologie sont donnés ci-après:

(i) **Investissements faits avant 1985:** Par suite du temps limité et du manque de données exactes, le coût des investissements faits avant 1985 n'a été ni estimé ni donné dans le cadre de cette étude. La valeur de remplacement des investissements précédents est importante car elle permet d'ajouter la composante dépréciation aux dépenses de fonctionnement de la zone. Les résultats de la Table ronde sur les soins de santé primaires (Département du Plan, décembre 1984) ont été utilisés pour estimer le coût de construction d'hôpitaux entièrement équipés et de centres de santé au Zaïre. Les coûts d'investissement ont été utilisés pour évaluer les capacités des zones à financer leurs investissements et pour faire les provisions pour dépréciation pour remplacer leur capital fixe.

(ii) **Investissements faits pendant 1985:** Tous les investissements faits pendant 1985 ont été notés et calculés par les enquêteurs. Une telle information a été recueillie en vue d'évaluer le volume actuel des investissements faits dans les zones visitées et déterminer comment cet investissement est réparti entre les différents centres d'opération des zones.

(iii) **Subventions directes reçues par les zones en 1985:** Les zones de santé reçoivent des subventions de deux sources principales: le Gouvernement du Zaïre et les donateurs, tels que les gouvernements étrangers, des organisations nationales et internationales, des institutions et des individus privés (organisations non-gouvernementales, ONG). En outre, les subventions sont versées sous au moins trois formes: en espèces, en nature ou en services apportés gratuitement. Dans cette étude, les subventions en espèces faites en devises étrangères ont été converties en monnaie locale au taux de change officiel. La valeur des subventions en nature a été estimée sur la base des prix locaux des mêmes biens ou d'autres comparables.

Les subventions ont été classées selon la manière dont les zones les utilisent. Les subventions qui étaient employées pour financer les frais de fonctionnement ont été appelées **subventions de fonctionnement.** Celles utilisées pour financer les investissements ont été classées comme **subventions d'investissement.** Cette dernière distinction est importante comme nous le verrons au chapitre 4.

La valeur des subventions sous forme de services a été estimée dans l'étude. Les salaires du personnel travaillant dans les zones mais qui sont payés par des organismes externes tombent dans cette catégorie. Deux types de subventions versées sous forme de paiements de salaires ont été analysés:

(a) les salaires des fonctionnaires. Cette catégorie comprend tous les paiements de salaires faits par le Gouvernement Zaïrois aux personnels des zones.

(b) Les salaires des expatriés d'institutions intervenant dans les zones. Un certain nombre d'expatriés travaillent dans les zones de santé visitées par le groupe de l'étude, leurs salaires sont payés par leurs institutions promotrices. Ces professionnels touchent des salaires bien plus importants que leurs homologues Zaïrois. En l'absence d'employés expatriés, les zones de santé devraient recruter des professionnels Zaïrois et leur verser le barème en vigueur dans le pays. Par conséquent, la valeur de cette subvention a été considérée comme celle des salaires qui seraient versés aux professionnels Zaïrois si ceux-ci occupaient les postes des expatriés.

Certaines zones bénéficient du travail d'un personnel bénévole, tels que les volontaires du Corps de la Paix. La valeur des services apportés par de tels bénévoles n'a pas été comptée comme une partie des subventions aux dépenses de fonctionnement des zones car ces services font généralement partie de projets spéciaux qui se terminent avec le départ des volontaires. La valeur du travail réalisé par les missionnaires n'a pas non plus été comptée comme une subvention de fonctionnement.

Finalement, une diminution des taxes à l'importation accordée par le Gouvernement Zaïrois pour les médicaments et autres types de biens étrangers importés par les zones peut également être considérée comme une subvention. Toutefois,le groupe d'étude n'a pas pu estimer la valeur de cette subvention par suite d'un manque d'information.

(iv) **Qualité des données de terrain:** L'accessibilité et la fiabilité des données de terrain varient grandement entre les dix zones. L'accessibilité et la qualité des données étaient meilleures dans les zones plus mûres et moins adéquates dans les nouvelles. En plus, l'information était incomplète dans les zones où le bureau central ne contrôle qu'une partie des établissements du réseau de la zone. De ce fait, le groupe d'étude n'a pas pu reconstruire les rapports financiers combinés de 1985 pour les zones de Bibanga, Kalonda et Sona-Bata. En plus, les rapports financiers du groupe des centres de santé et des zones ont été estimés sur la base de données d'échantillon pour les zones de Dungu et Kirotshe.

(v) **Données financières des centres de santé:** Les zones de santé emploient différents critères pour classer les établissements comme centres de santé de référence, centres de santé et postes de santé. Pour éviter toute confusion et simplifier l'analyse, le groupe d'étude a décidé de combiner les données financières

des ces trois catégories de centres en une catégorie unique, appelée centres de santé.

(vi) **Services de fonctionnement des zones de santé:** Aux fins de faciliter la présentation et l'interprétation des données financières, le groupe d'étude a décidé de prendre chaque zone de santé comme un ensemble de trois services: 1) le bureau central; 2) l'hôpital de référence; et 3) l'ensemble des centres de santé.

(vii) **Taux de change:** La plupart des données financières des zones sont présentées en Zaïres et en dollars américains. Tout au long du rapport, l'information financière présentée spécifie: a) l'année; et b) la devise (Zaïres ou dollars). Le taux de change moyen utilisé dans le rapport était de 50 Zaïres pour 1 dollar en 1985 et 60 Zaïres pour un dollar en 1986.

4. RESULTATS DES RECHERCHES

Le présent chapitre présente les principaux résultats auxquels est arrivée l'équipe de l'étude pendant les visites sur le terrain dans les dix zones de santé. Le chapitre est divisé en six sections. Les sections 4.1 à 4.5 traitent brièvement des caractéristiques se rapportant aux résultats non financiers de l'étude. Une information complémentaire sur ces aspects est donnée en Annexes B - G. Les résultats financiers sont présentés dans la section 4.6

4.1 Données démographiques sur les zones de santé

Les données démographiques de base pour les dix zones sont présentées dans le tableau B.1 de l'Annexe B.

La densité de population moyenne par Km2 se situe entre 5,8 et 125 dans les zones rurales étudiées. Les densités à l'intérieur des zones varient aussi grandement. Une densité plus élevée permet d'apporter une couverture qui demande moins de services. Mais il faut également tenir compte de l'accessibilité comme on a pu le constater dans la Région montagneuse de Mitumba de la zone de santé de Kirotshe. Les populations rurales disséminées dans des villages de 250 à 1.500 personnes demandent qu'un seul centre de santé couvre plusieurs villages pour étaler suffisamment les frais fixes de manière à contrôler la tarification des clients. Les régions à faible densité ne permettent pas aux centres de santé individuels d'être totalement autonomes du point de vue financier.

4.2 Information socio-économique

Dans la plupart des zones de santé rurales visitées, l'agriculture de subsistance constitue la principale activité économique. Les cultures commerciales (café, manioc, maïs) représentent généralement la première source de revenus monétaires. Dans les zones de Kalonda et

Bibanga, la commerce de diamant est très important. Certaines zones ont d'autres sources de revenus importantes telles que l'élevage de bétail (Bibanga, Kirotshe) et la pêche (Bokoro).

Le personnel des zones de santé a estimé qu'en plus des biens produits et consommés par les familles (aliments), le revenu monétaire moyen dans les zones de santé rurales se situe aux alentours de 1.500 Z par mois (25$) pour une famille de 6 à 8 personnes.

La zone urbaine de Kikimi a la plus grande proportion de sa population active qui sont des salariés. Les principaux employeurs sont l'Etat, les compagnies privées de transport, les industries textiles et les brasseries. Malgré la présence de ces entreprises, des enquêtes faites dans la zone de santé de Kikimi, en 1985, indiquent que 35,5% des chefs de famille sont au chômage.

La nature cyclique des travaux agricoles se traduit par des rentrées de liquidités irrégulières. Dans toutes les dix zones, les paiements pour les services de santé doivent être faits en espèces. La manque et les rentrées irrégulières de fonds limitent, selon toute évidence, le pouvoir des ménages de payer pour les services de santé, encore que l'équipe n'ait pas fait de recherches pour voir dans quelle mesure ce phénomène se vérifie.

Par contre, certaines informations obtenues au niveau local permettent de mieux comprendre de quelle manière le manque d'argent affecte la demande pour les services de santé. En effet, une enquête faite récemment dans la zone de santé de Kikimi (Gerniers et Zola Ngindu, 1985) indique que 87% des personnes qui sont tombées malades et qui ne sont pas allées se faire soigner ont donné comme raison le manque d'argent. Une première analyse des données de l'enquête PRICOR I (1986) révèle que la condition socio-économique des personnes joue un grand rôle entre celles qui décident de se faire soigner quand elles sont malades et celles qui ne le font pas, ce dernier groupe appartenant à une catégorie sociale plus défavorisée.

La demande pour les soins est plus faible pendant les époques de plantation et de moisson, moment où les adultes sont loin des endroits plus habités où se trouvent les centres et les postes. En outre, dans la zone de santé de Dungu, les chefs de famille ne vivent pas dans leur foyer pendant les époques de plantation et de moisson. Les enfants, surtout ceux d'âge scolaire, sont laissés seuls, sans soins, sans argent, plus vulnérables aux maladies. Le personnel sanitaire en charge à Dungu a décidé de dispenser gratuitement à tous les enfants âgés de 0 à 4 ans, des soins préventifs, ambulatoires et hospitaliers. Cette décision a obéré la capacité de récupération des dépenses de la zone, surtout parce que les enfants de cette tranche d'âge représentent environ 20% de la population totale de la zone et contribuent vraisemblablement à encore une plus forte part de la demande totale pour les services de santé.

Plusieurs zones de santé comptent des industries. Si elles n'emploient généralement qu'une faible proportion de la main-d'oeuvre totale, elles contribuent par ailleurs de manière substantielle aux recettes des centres de santé. Cette question est traitée plus en détail dans les sections 4.3.1, 4.6.5 et 5.1.7 suivantes.

4.3 Structure administrative des zones et systèmes de gestion

Une description de la structure administrative des zones et des systèmes de gestion est donnée en Annexe C. Toutes les zones visitées se conforment en gros au système décrit en Annexe. Les principales différences constatées se situent au niveau de la fixation des honoraires de supervision, des prix des médicament et du fait de demander des honoraires pour l'aiguillage à l'intérieur des zones.

4.4 Infrastructure, personnel soignant, appartenance et services offerts dans les établissements des zones de santé

Une description des types de centres de santé des zones, leurs personnels et les services de santé offerts est donnée en Annexe D. Une information et une analyse de base sur l'infrastructure médicale et l'appartenance des établissements sanitaires sont présentés en Annexe E. La présente section résume les principales caractéristiques de l'Annexe F qui décrit les types de prestataires des zones de santé.

Les prestataires à l'intérieur d'une zone peuvent être rangés dans deux catégories: ceux agréés et supervisés par le bureau central et ceux qui ne répondent pas à ces conditions. La première catégorie est appelée prestataires du réseau de la zone. Les établissements de la deuxième catégorie sont appelés prestataires parallèles.

Les prestataires parallèles rattrapent une proportion importante de la demande pour les services de santé dans la plupart des zones. Dans de nombreux cas, cette concurrence entrave la capacité des établissements du réseau à devenir entièrement auto-financés.

Les entreprises zaïroises sont tenues par la loi d'offrir des services de santé gratuits à leurs employés et aux familles de ces derniers. De nombreuses entreprises disposent de leurs propres dispensaires pour répondre à ces besoins. D'autres passent un contrat avec le bureau central de la zone aux termes duquel les établissements du réseau dispensent les soins de santé aux bénéficiaires de l'entreprise. Généralement, les cotisations demandées aux entreprises par les établissements sanitaires du réseau sont supérieures aux paiements demandés à des patients privés.

4.5 Statistiques sur la fréquentation des services

Les indicateurs de base sur la fréquentation et la couverture des services de santé se trouvent en Annexe G, Tableau G.1. Une analyse est également donnée dans le texte de l'Annexe. Le résumé en est présenté ci-après.

La fréquentation annuelle moyenne des services curatifs des réseaux des zones se situe entre 0,29 et 1,36 nouveaux épisodes par personne. On est en-dessous du total puisque les services fournis par les établissements parallèles ne sont pas inclus. Le nombre moyen de consultations dans les établissements de la zone de santé par épisode de maladie se situe entre 3,4 et 4,3, sur la base des données de Bwamanda et Bokoro.

Des taux élevés de participation (supérieurs à 90 pour cent) dans les services pré-natals ont été signalés à Bwamanda, Kaniama et Kindu. Dans la plupart des zones où des données étaient disponibles, les taux de participation aux services pré-natals excédaient ceux des services pré-scolaires.

La mauvaise qualité des données sur les services hospitaliers ne permet pas de faire des comparaisons systématiques.

4.6 Financement des zones de santé

La présente section décrit les résultats de l'étude financière. Un récapitulatif des principaux résultats est donné ci-après.

Les zones de santé étudiées étaient en mesure de payer pour une importante proportion (plus de 70 pour cent) de leurs dépenses de fonctionnement de 1985 à partir des mécanismes de récupération des dépenses. Le Gouvernement Zaïrois et les donateurs ont contribué, à part égale, au financement des dépenses de fonctionnement restantes. Pratiquement, tous les investissements faits par les zones ont été subventionnées, surtout par les donateurs et dans une moindre mesure par le Gouvernement Zaïrois. Le bureau central de la plupart des zones a dû dépendre de subventions de fonctionnement en 1985. Egalement, de nombreux hôpitaux de référence avait un financement insuffisant pour leur fonctionnement. Certaines zones ont établi des subventions croisées entre les centres de santé, c'est-à-dire que ceux qui enregistraient un excédent d'exploitation subventionnaient ceux qui avaient un déficit. Le bureau central a joué un rôle très important dans l'octroi de ces subventions. Dans la plupart des zones, les paiements des soins hospitaliers sont fixés d'après les types et quantités de services prêtés. Deux zones ont démarré des plans de soins hospitaliers pré-payés. La majorité des centres de santé ont un système de paiement par épisode de maladie. Dans trois zones seulement, les médicaments sont inclus dans ce paiement. De nombreuses zones ont instauré des catégories de prix spéciales basées sur la condition socio-économique des patients. Finalement, de nombreuses entreprises privées et publiques qui opèrent dans les zones ont passé des contrats avec le bureau central pour la couverture de services au bénéfice de leurs

employés. Les cotisations demandées aux entreprises sont généralement plus élevées que les paiements des patients privés. Dans certains cas, ces versements des entreprises représentent une importante source de revenus pour les zones.

La suite de la présente section est organisée de la manière suivante. L'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement des zones en 1985 est présenté dans la section 4.6.1. La structure des coûts de la zone est traitée dans la section 4.6.2. La section 4.6.3 présente une analyse des sources de financement des zones pour les dépenses de fonctionnement. La section 4.6.4 présente l'ordre de grandeur des investissements des zones. Finalement, la section 4.6.5 décrit les sytèmes de tarification employés par les zones. Annexes H et I présentent le tableau de financement des zones. Annexe J et K apportent une information sur les prix d'échantillon des services de santé offerts par les zones et sur les dépenses de la population pour les soins de santé.

4.6.1 Ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement de 1985 dans les zones

Une partie de l'analyse qui suit se base sur les tableaux de financement pour 1985 (cf tableau de financement détaillé en Annexe H et tableau consolidé en Annexe I). Ces tableaux ont été élaborés par l'équipe aux fins de comparer les données financières entre les zones.

Tableau 4.1 présente les dépenses de fonctionnement par habitant de 1985 des zones ajustées pour la couverture de la population (pourcentage de la population d'une zone vivant dans les régions sanitaires). Les dépenses de fonctionnement par habitant, telles que calculées dans le tableau 4.1, ne peuvent pas être comparés entre les zones du point de vue efficacité: des ajustements doivent être faits pour tenir compte de facteurs tels que les indices de prix régionaux, la fréquentation et la qualité des services prêtés.

Les dépenses de fonctionnement des zones ont varié de 3.034.143 Z (61,000 $) à Kikimi à 5.672.612 Z (113.000 $) à Dungu (cf. Annexe H). Sur la base par habitant, les dépenses allaient de 0,70 $ à Bokoro à 1,86 $ à Dungu, tel qu'indiqué dans le tableau 4.1. Ces dépenses englobent tous les salaires des employés de la zone, la consommation de médicaments, le coût des services, les transports, le carburant, les fournitures de bureau, la maintenance des bâtiments, l'équipement et du matériel ainsi que les dépenses diverses. Deux catégories de dépenses sont exclues de cette liste ci-dessus: 1) La dépréciation des immobilisations des zones de santé; et 2) les salaires du personnel expatrié. L'importance de ces deux catégories de coût est estimée au chapitre 5. L'emploi total des fonds par habitant variait de 0,84 $ à Bwamanda à 2,17 $ à Kaniama, tel qu'indiqué sur le tableau 4.2.

Tableau 4.1

Dépenses de fonctionnement non-ajustées, par habitant

Sept zones de santé (*)

1985

	Bokoro	Bwamdana	Dungu	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe
Dépenses de fonctionnement totales (en milliers de Zaïres de 1985)	3.743	3.273	5.672	5 .308	3.034	4.314	4.657
Population totale (milliers)	105	114	121	79	84	105	20
Population couverte (% de la pop. dans les zones de santé)	99%	75%	50%	74%	74%	74%	60
Population couverte (en milliers)	107	86	61	58	62	78	120
Dépenses de fonctionnement non ajustées, par habitant (dénominateur = pop. couverte)							
Zaïres de 1985	35,0	38,1	93,0	91,5	48,9	55,3	38,8
Dollars de 1985	0,70	0,76	1,86	1,83	0,98	1,10	0,78

* Données non connues pour les zones de Bibanga, Kalonda et Sona-Bata

Tableau 4.2

Zones de santé
Tableau de financement
Chiffres non ajustés par habitant
(en dollars 1985)

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalon	Kaniam	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona Bata
SOURCES DES FONDS										
RECETTES DE FONCTIONNEMENT TOTALES										
Bureau central	nc	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00
Centres de santé	nc	0,42	0,31	0,71	nc	0,56	0,30	0,36	0,40	nc
Hôpital de référence	nc	0,22	0,20	0,79	0,81	1,02	0,45	0,39	0,22	nc
	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
	nc	0,63	0,51	1,50	nc	1,57	0,74	0,79	0,62	nc
Subventions										
Gouverne. Zaïrois	nc	0,02	0,03	0,16	nc	0,14	0,70	0,16	0,20	nc
Donateurs privés	nc	0,24	0,30	0,50	nc	0,46	0,28	0,20	0,08	nc
	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Total	nc	0,26	0,33	0,66	nc	0,60	0,98	0,35	0,28	nc
TOTAL SOURCES DES FONDS	nc	0,89	0,84	2,16	nc	2,17	1,72	1,15	0,90	nc
	====	====	====	====	====	====	====	====	====	====
EMPLOIS DES FONDS										
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT TOTALES										
Bureau central	nc	0,08	0,08	0,17	0,17	0,00	0,17	0,20	0,05	0,05
Centres de santé	nc	0,33	0,26	0,74	nc	0,68	0,37	0,35	0,34	nc
Hôpital de Référence	nc	0,29	0,42	0,95	0,98	1,15	0,46	0,55	0,39	nc
	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Total	nc	0,70	0,76	1,86	nc	1,83	0,99	1,11	0,78	nc
INVESTISSEMENTS TOTAUX										
Bureau central	nc	0,01	0,00	0,00	0,19	0,00	0,15	0,00	0,00	0,04
Centres de santé	nc	0,07	0,08	0,26	nc	0,34	0,57	0,04	0,14	nc
Hôpital de référence	nc	0,09	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	nc
	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Total	nc	0,17	0,08	0,03	nc	0,34	0,72	0,04	0,14	nc
TOTAL DES EMPLOIS DES FONDS	nc	0,87	0,84	2,16	nc	2,17	1,72	1,15	0,91	nc
	====	====	====	====	====	====	====	====	====	====

4.6.2 Structure des coûts des zones de santé

La structure des coûts de 1985 des zones de santé est la suivante (cf. Annexe H et I pour de plus amples détails).

Tableau 4.3

Structure des coûts dans les zones de santé
1985
(pourcentage)

Catégories de coût	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe
Salaires	37%	40%	56%	36%	26%	53%	50%
Médicaments et fournitures médicales	45%	33%	28%	42%	30%	25%	26%
Maintenance des véhicules et des bâtiments	1%	12%	1%	3%	3%	1%	1%
Carburants et lubrifiants	5%	5%	4%	0%	5%	3%	7%
Fournitures de bureau et divers	13%	10%	10%	18%	37%	19%	16%
Dépenses de fonctionnement totales	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(*) Données non connues pour les zones de Bibanga, Kalonda et Sona-Bata

En 1985, les salaires représentaient entre 26 et 56% des dépenses de fonctionnement totales des zones. Le chiffre, assez faible, de 26% à Kikimi peut s'expliquer par la présence d'un nombre d'expatriés, au dessus de la moyenne, travaillant directement ou indirectement pour la zone et dont les salaires ne sont pas comptés dans cet exercice (cf. section 5.1.8 pour la discussion sur les salaires des expatriés). Si Kikimi était exclu de l'échantillon, les salaires se situeraient dans une fourchette de 36 à 56% des dépenses de fonctionnement.

Les différences d'ordre de grandeur relative des médicaments et des salaires entre les zones peut s'expliquer par les différents niveaux de disponibilité des médicaments et aussi par les différences dans le rapport production - personnel.

La structure des coûts globaux moyens des zones est décrite dans la figure 4.3. Les structures des coûts moyens des zones pour l'hôpital de référence, le bureau central et les centres de santé sont indiquées respectivement dans les figures 4.3, 4.4 et 4.5.

Le bureau central semble être le plus grand consommateur de main-d'oeuvre des trois services de fonctionnement des zones (à savoir, l'hôpital de référence, les centres de santé et le bureau central) tel qu'on peut le voir sur la figure 4.4. L'importance des dépenses de carburant et de lubrifiant au niveau du bureau central indique la nature de son rôle de superviseur, lequel demande des visites fréquentes dans les établissements de santé.

Au niveau du centre de santé, les médicaments représentent l'élément de coût le plus important alors que dans l'hôpital de référence, les salaires viennent en première position suivi des médicaments et des fournitures médicales.

4.6.3 Financement des dépenses de fonctionnement de 1985 dans les zones de santé

Les données de sept des dix zones de santé visitées par l'équipe de l'étude indiquent qu'en moyenne les zones ont été en mesure de financer 79% de leurs dépenses de fonctionnement à partir de leurs recettes de fonctionnement (c'est à dire, vente de services de santé à la population). Le tableau 4.4 présente les sources de financement des dépenses de fonctionnement pour les sept zones en termes de pourcentage des dépenses. Les sources sont ventilées en trois catégories: recettes de fonctionnement, subventions de l'Etat et subventions privées.

Figure 4.2

Structure des Dépenses de Fonctionnement

Hôpital de référence

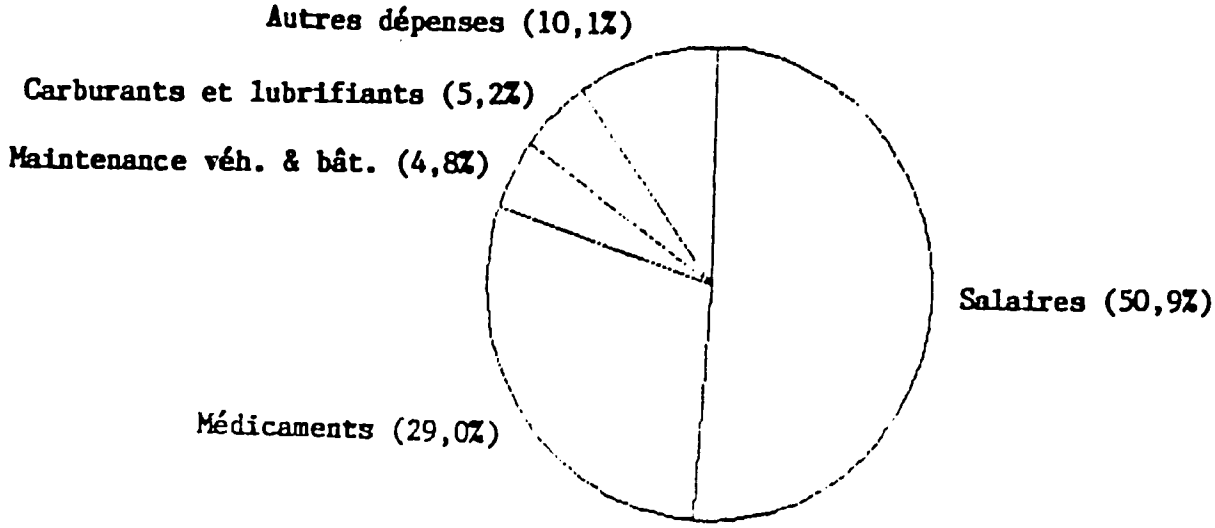


Figure 4.3

Structure des Dépenses de Fonctionnement

Zone de santé

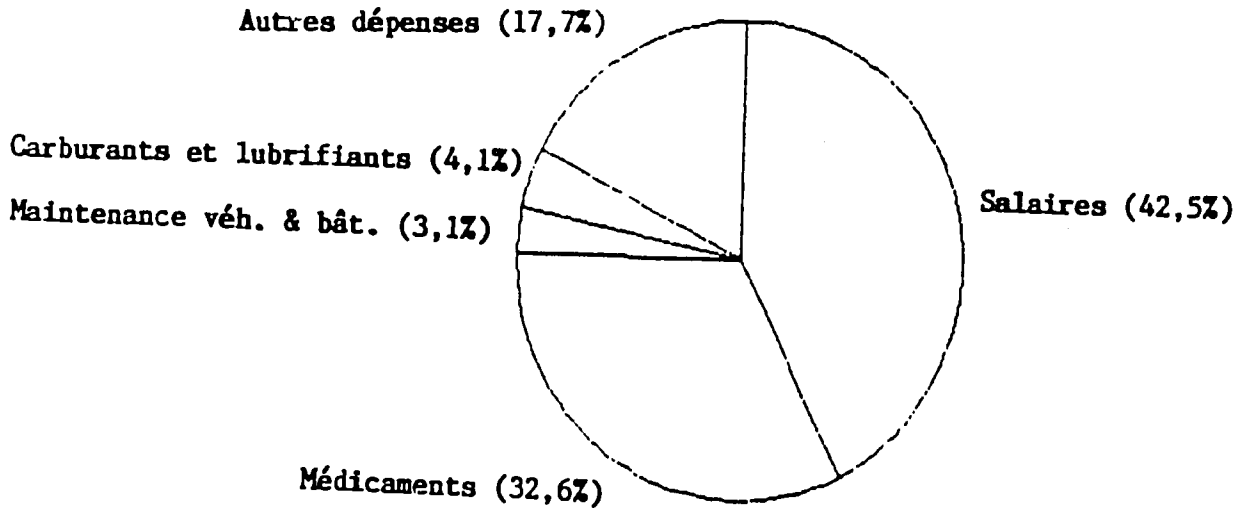


Figure 4.4

Structure des Dépenses de Fonctionnement
Bureau central

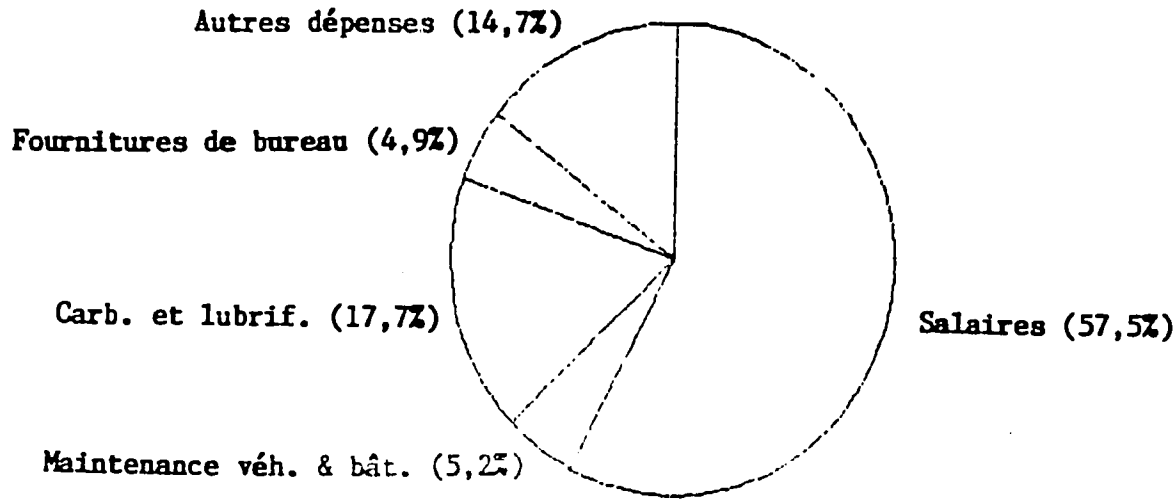


Figure 4.5

Structure des Dépenses de Fonctionnement
Centres de Santé

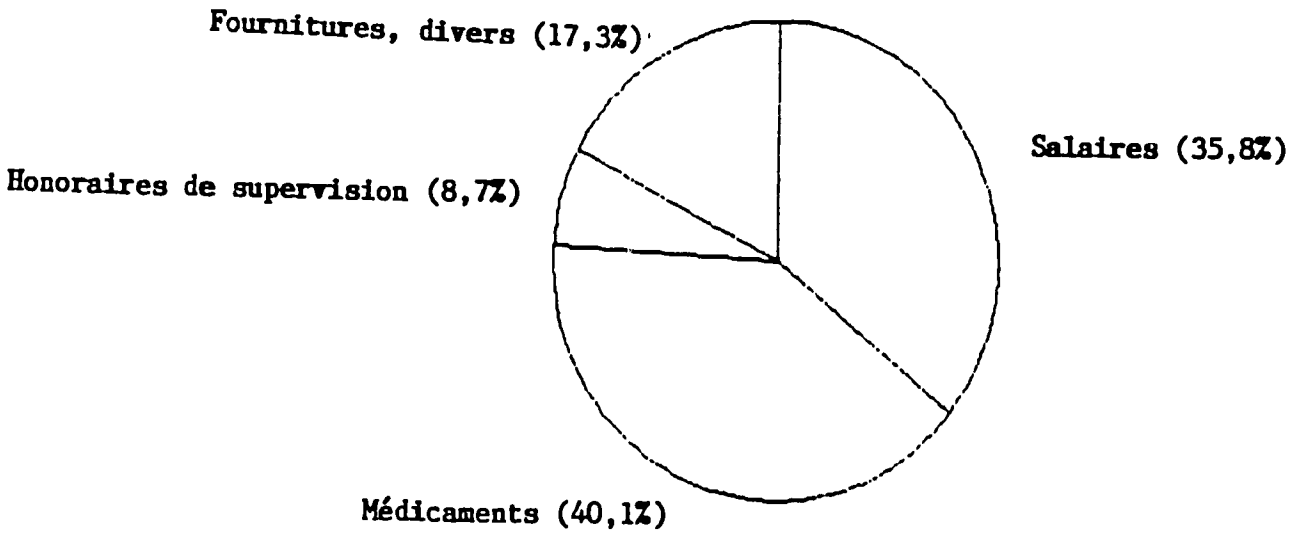


Table 4.4

Dépenses de fonctionnement
Sources de financement
Sept zones de santé (*) - 198
(pourcentage (**))

	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe
Sources des fonds							
Recettes de fonctionnement	90%	67%	80%	86%	75%	72%	79%
Subventions de fonctionnement du Gouvernement Zaïrois	3%	4%	8%	8%	17%	14%	26%
Subventions de fonctionnement privées	9	32%	11%	6%	9%	14%	3%
Dépenses de fonctionnement totales	103%	102%	100%	100%	100%	100%	108%

* Données non connues pour les zones Bibanga, Kalonda et Sona-Bata.

** La somme des pourcentages dépasse 100% dans certaines zones car les subventions de fonctionnement dépassent les besoins de ces zones pour les dépenses de fonctionnement de 1985. Dans certains cas, les zones ont utilisé les fonds excédentaires pour financer les investissements de 1985 ou les opérations de fonctionnement de 1986.

Le tableau 4.4 indique que les zones de Bokoro et Kaniama étaient celles bénéficiant de la plus grande autonomie financière de fonctionnement en 1985. A Bokoro, la population a financé 90% des dépenses de fonctionnement de la zone par le truchement des paiements en contrepartie de service de santé. A Kaniama, le chiffre comparable était de 87%. Sur les sept zones, Bwamanda et Kindu étaient celles avec le plus fort rapport de dépendance face aux subventions de fonctionnement.

Les zones de Kirotshe et Kikimi ont reçu en 1985 une subvention de fonctionnement relativement élevée de l'Etat. A Kirotshe, le gros de la subvention gouvernementale a été octroyé à l'hôpital CEMUBAC*, pour payer les salaires de la plupart des employés ainsi que ceux de certains employés du bureau central. Kikimi est une zone qui bénéficie d'une subvention gouvernementale élevée, tant pour son fonctionnement que ses investissements, par l'intermédiaire du projet Santé Pour Tous, projet bilatéral entre le Gouvernement Zaïrois et la Belgique. Le fonctionnement de Bwamanda est fortement subventionné par le CDI (**), projet belge démarré en 1966 par les missionnaires catholiques en vue de promouvoir le développement économique de la région.

Les subventions de fonctionnement du Gouvernement Zaïrois sont essentiellement sous forme de salaires aux fonctionnaires qui travaillent dans les zones de santé. Les subventions de fonctionnement totales du Gouvernement Zaïrois aux sept zones mentionnées ci-dessus s'élèvent à 3.450.000 Z en 1985 (68.967 $), dont un tiers a été octroyé à la zone de Kirotshe.

Les subventions de fonctionnement des donateurs comportaient des dons en espèces, des médicaments et des fournitures médicales consommées en 1985. Parmi les principaux donateurs privés des sept zones, on peut citer la Coopération belge, le Projet belge FOMETRO ***, le CDI (à Bwamanda), le Projet SANRU sous les auspices de l'USAID et le Projet bilatéral santé pour tous. Les subventions privées totales de fonctionnement dans les sept zones s'élevaient à 3.345.000 Z (66.900 $), dont environ un tiers a été donné par le CDI à Bwamanda.

---

* Centre Médical et Scientifique de l'Université Libre de Bruxelles pour ses Activités de Coopération.

** Centre de Développement Intégré.

*** Fond Médical Tropical

En bref, en 1985 le Gouvernement Zaïrois et les donateurs ont contribué, à part égale, au financement du fonctionnement des zones de santé.

Situation financière des établissements

Les données recueillies pendant l'étude indiquent que les recettes de fonctionnement de tous les hôpitaux de référence et de la plupart des bureaux centraux étaient plus faibles que leurs dépenses de fonctionnement. De ce fait, ces structures dépendent de subventions externes. La situation des centres de santé est plus encourageante. Les données financières pour 1985 montrent que dans certaines zones les centres de santé ont pu, non seulement, couvrir toutes leurs dépenses de fonctionnement à partir de leurs recettes de fonctionnement, mais ont été en mesure de financer une partie de leurs investissements.

Le tableau 4.5 montre le pourcentage des dépenses de fonctionnement de 1985 qui ont été financées avec les recettes de fonctionnement pour chaque zone et type d'établissement.

Table 4.5

Pourcentages des dépenses de fonctionnement financées par les recettes de fonctionnement par type d'unité fonctionnelle
Dix zones de santé - 1985

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kimimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
Hôpital de référence	99%	76%	49%	83%	84%	88%	96%	71%	57%	nc
Centres de santé	nc	101%	107%	90%	nc	82%	81%	100%	110%	nc
Bureau central	30%	98%	31%	29%	146%	nc	0%	22%	73%	51%

La figure 4.6 combine l'information des tableaux 4.4 et 4.5 montrant pour une zone de santé moyenne les sources de financement des dépenses de fonctionnement pour la zone dans son entier, et pour ses différents types d'établissement.

Situation financière des hôpitaux de référence

Tel qu'on peut le constater dans le tableau ci-dessus, les hôpitaux de référence étaient tous, sans exception, incapables de financer

complètement leurs dépenses de fonctionnement à partir de services médicaux payants. Le déficit de fonctionnement a été subventionné par des sources externes, surtout par le Gouvernement Zaïrois par l'intermédiaire du paiement des salaires des fonctionnaires.

Situation financière des centres de santé

Dans l'ensemble, les centres de santé ont eu de meilleurs résultats, encore que ceux à Dungu, Kaniama et Kikimi ont dû dépendre d'un soutien externe. Ceux situés à Bwamanda et Kirotshe ont été en mesure de faire des épargnes grâce à leurs opérations.

Toutefois, ce serait une erreur d'interpréter les chiffres globaux comme signifiant que la plupart des centres de santé sont presque arrivés au stade d'auto-financement. Tel que nous l'avons expliqué dans le chapitre III, les données financières pour les centres de santé, les centres de santé de référence et les postes de santé sont calculées globalement au sein de chaque zone de santé. Bien que les chiffres indiquent que dans certaines zones, l'ensemble des centres de santé ont eu un excédent d'exploitation, la situation des centres pris individuellement est tout à fait différente.

En fait, en 1985 de nombreux centres de santé étaient sous-financés même dans les zones de Bokoro, Bwamanda et Kirotshe. A Bokoro, plus de la moitié des centres de santé avait un déficit d'exploitation et étaient subventionnés par ceux enregistrant un excédent. Le bureau central de Bokoro a joué un rôle principal dans la redistribution de l'excédent de certains centres de santé pour équilibrer ceux en déficit. A Bwamanda, un tiers des centres de santé avait un déficit d'exploitation et étaient subventionnés par ceux qui avaient un excédent. La direction de la zone de Bwamanda a décidé qu'à partir de 1986 chaque centre de santé devait être financièrement indépendant, en d'autres termes ceux qui dégagent un excédent sont autorisés à le garder et les autres doivent trouver un moyen pour équilibrer leurs finances. La question du financement des centres de santé, pris individuellement, est traitée dans la section 5.3.

Situation financière des bureaux centraux

Les bureaux centraux ont également reçu d'importantes subventions pour leurs dépenses de fonctionnement, lesquelles sont surtout financées à partir des honoraires de supervision payées par les centres de santé. Les honoraires de supervision sont fixés par le bureau central sur la base de ses dépenses de fonctionnement et de la capacité de payer des centres de santé.

En plus de son rôle de supervision, le bureau central accomplit d'autres tâches permettant le fonctionnement du réseau sanitaire des zones (cf section 4.4). Dans la zone de santé de Bokoro, les dépenses de supervision en 1985 (location de véhicules, indemnités journalières du personnel, réparation de véhicules, carburant etc.) représentaient 61% des dépenses de fonctionnement totales du bureau central. Les autres dépenses (transport de marchandises et de fournitures médicales, formation du personnel, transport du personnel, salaires du personnel administratif du bureau central, etc.) représentaient les 39% restants.

Dans la majorité des zones, les honoraires demandés par le bureau central aux centres de santé ne suffisent pas à couvrir les dépenses occasionnées par la supervision. Etant donné que la supervision du bureau central se fait au bénéfice des centres de santé et que ces derniers sont incapables de financer entièrement les coûts de la supervision, celle ci doit être subventionnée par le bureau central, lequel à son tour doit faire appel à une aide externe. Par conséquent, les centres de santé sont indirectement subventionnés par les donateurs externes, en plus des subventions de fonctionnement mentionnées ci-dessus. Une analyse complémentaire de cette question et de ses répercussions est donnée dans la section 5.1.9.

4.6.4 Les niveaux d'investissement de 1985 dans les zones de santé

Le niveau d'investissement dans les bâtiments, le matériel, les stocks initiaux de médicaments et les autres articles du fonds de roulement varient grandement selon les zones. Cette situation est représentée graphiquement sur la figure 4.7 (a).

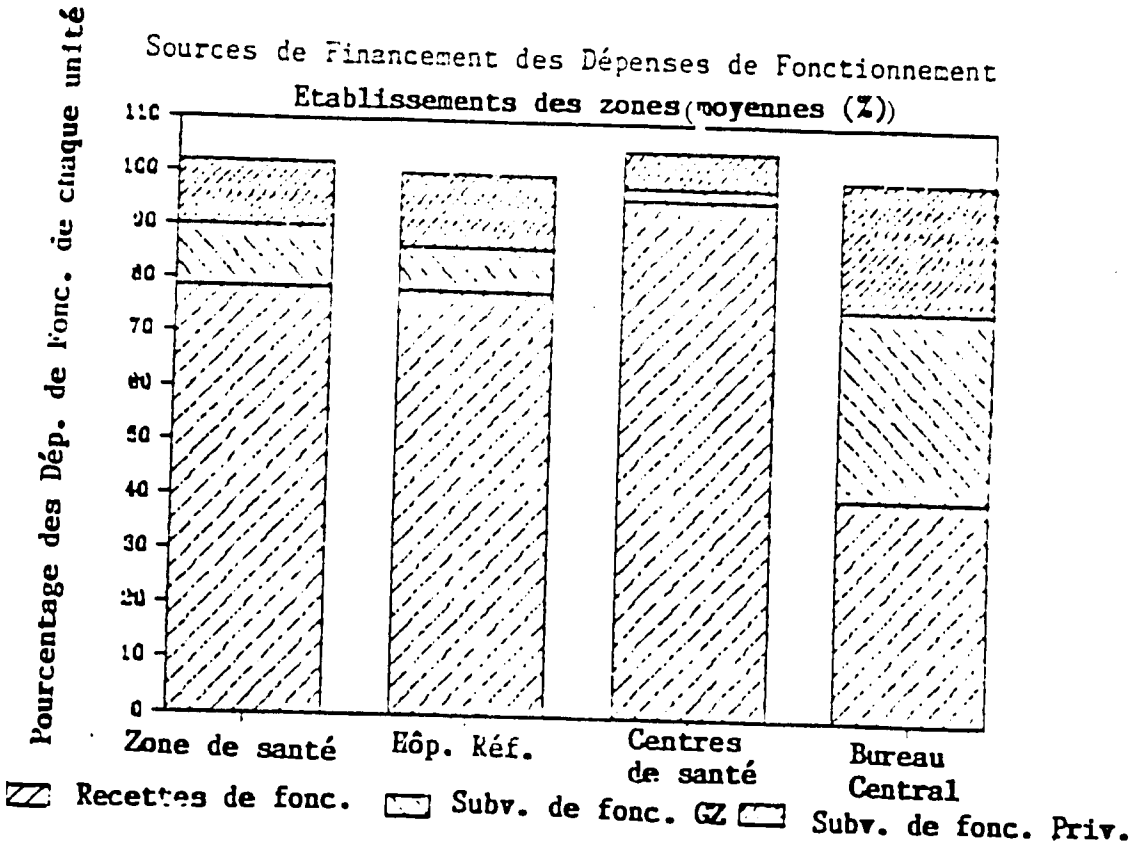
Tel que montré dans les Annexes G et H, l'investissement total, fait dans sept zones pendant 1985 était de l'ordre de 6.400.000 Z (128.000 $). Les centres de santé représentaient 5.300.000 Z, soit 83% du total. La figure 4.7 (b) compare la moyenne des investissements et des dépenses de fonctionnement pour les sept zones pour lesquelles on disposait de données. Cette information est fournie en Zaïres de 1985 pour une zone moyenne et ses établissements. Elle est également donnée en dollars de 1985 dans la figure 4.7 (c).

4.6.5 Sommaire de l'analyse du financement

Pour résumer sous forme de graphique l'information donnée dans les sections ci-dessus, la figure 4.8 présente, pour la moyenne des sept zones, le total des sources de fonds (recettes et subventions de fonctionnement et subventions d'investissement) ainsi que leurs emplois en Zaïres et en dollars de 1985.

Pour une zone de santé moyenne, les emplois annuels de fonds étaient légèrement supérieurs à 5.000.000 Z (100.000 $) dont 4.400.000 Z soit 88% représentaient les dépenses de fonctionnement et le reste, 600.000 Z, les investissements (figures 4.8 (a), (b)).

Figure 4.6


Sources de Financement des Dépenses de Fonctionnement
Etablissements des zones (moyennes (%))
Pourcentage des Dép. de Fonc. de chaque unité
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Zone de santé
Hôp. Réf.
Centres de santé
Bureau Central
Recettes de fonc.
Subv. de fonc. GZ
Subv. de fonc. Priv.

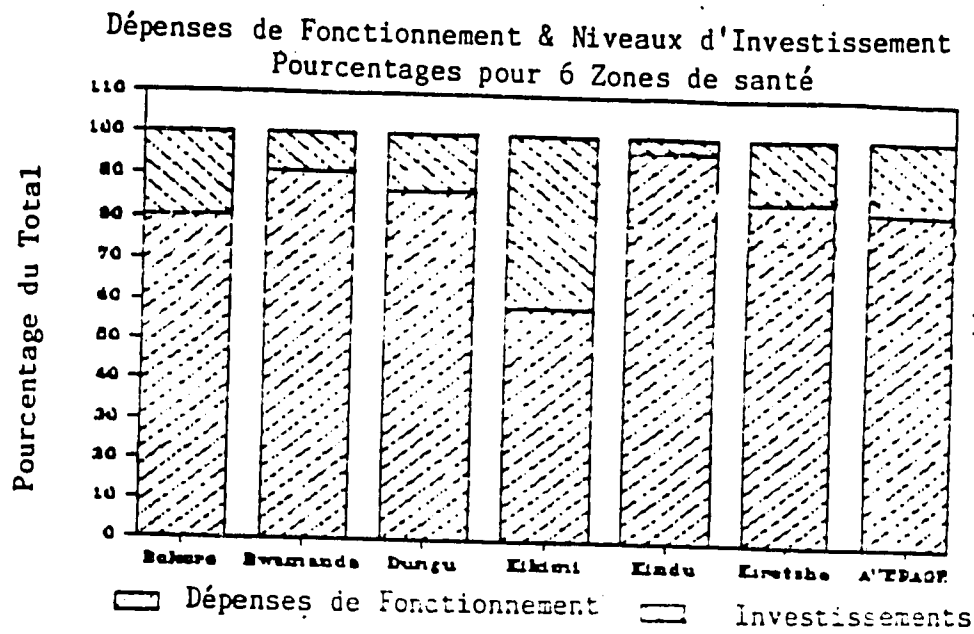


Figure 4.7

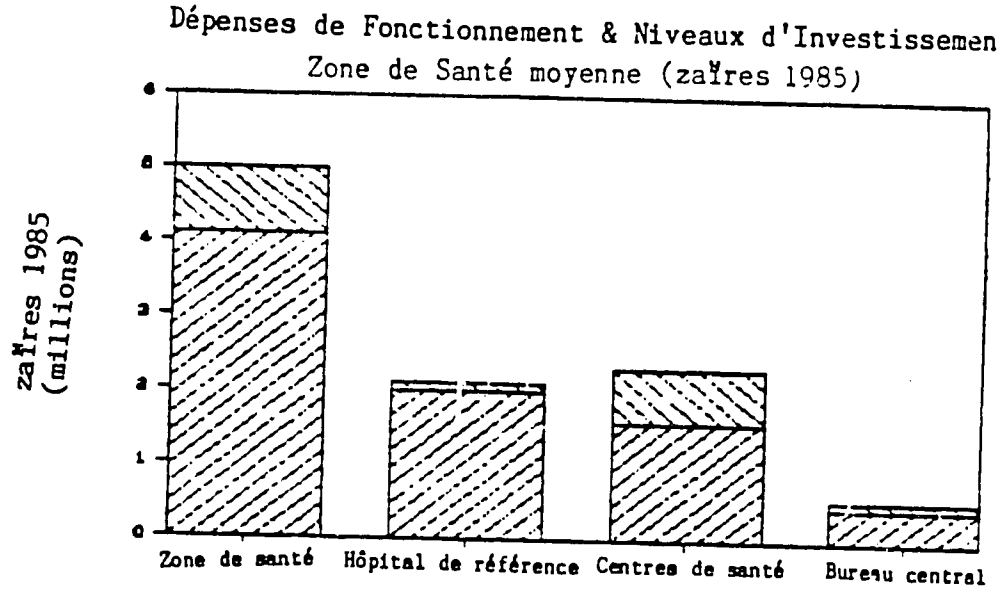


Figure 4.7

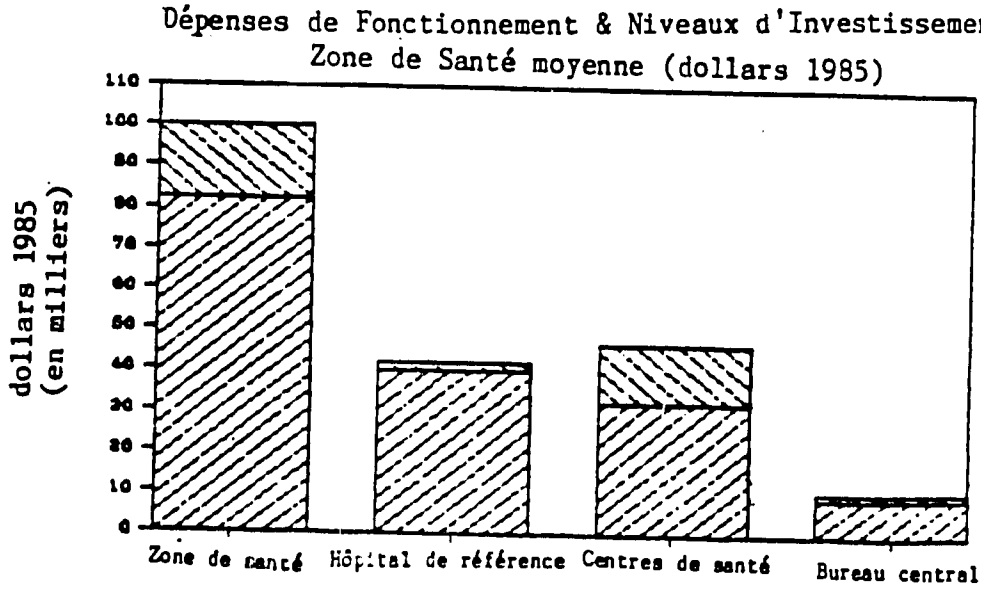


Figure 4.7

Figure 4.8 (a)

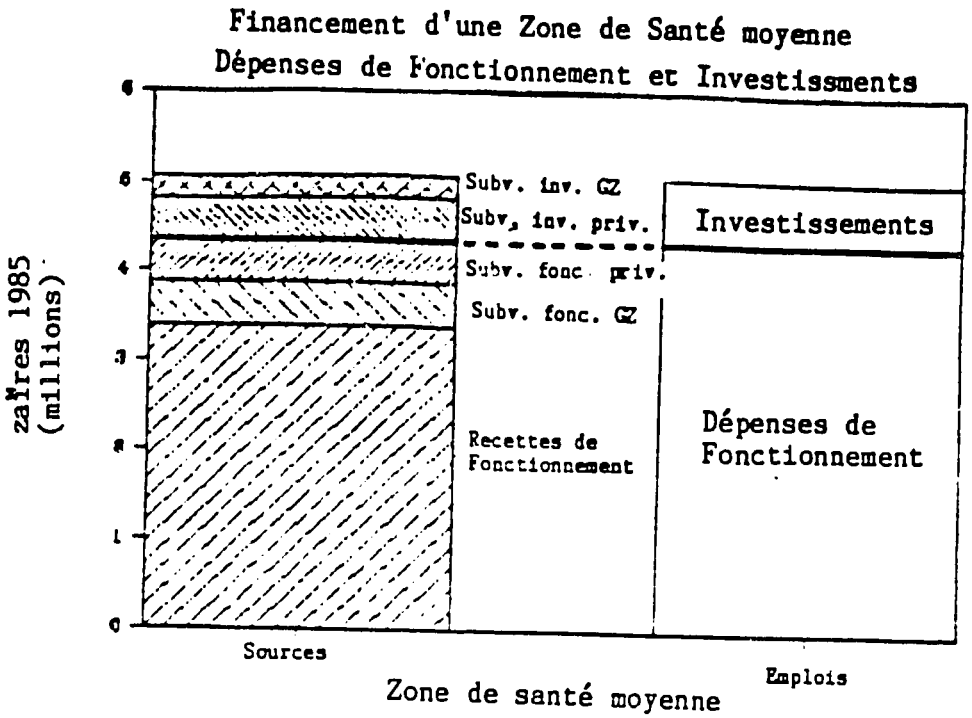
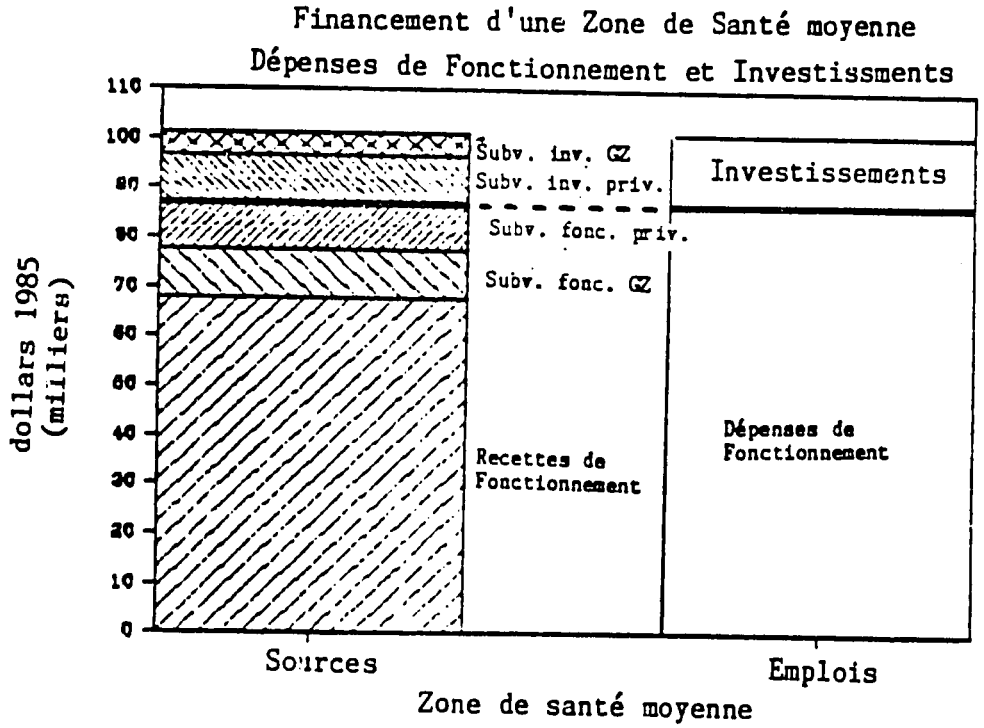


Figure 4.8 (b)



Les recettes de fonctionnement de la zone moyenne étaient de l'ordre de 3.400.000 Z (68.000 $) et les subventions de fonctionnement de 1.000.000 Z (20.000 $). Le Gouvernement Zaïrois et les donateurs ont contribué à part égale aux subventions du fonctionnement, apportant chacun 500.000 Z. Les donateurs ont contribué à une plus grande partie des subventions d'investissement, se montant à 478.000 Z soit 80% des investissements et le Gouvernement Zaïrois a pris à sa charge 20%.

Finalement, la figure 4.9 indique l'ordre de grandeur relatif des dépenses de fonctionnement des trois types d'établissements d'une zone moyenne. La figure 4.9(a) montre que le bureau central de la zone moyenne contribuait à raison de 12% aux dépenses de fonctionnement totales de la zone. Le groupe des centres de santé représentait 39% du total et l'hôpital de référence 49%, soit presque la moitié des dépenses de fonctionnement totales d'une zone. Les figures 4.9(b) et (c) présentent respectivement le montant de ces dépenses en Zaïres et dollars de 1985.

4.6.6 Les systèmes de tarification des zones de santé

Les barèmes des prix ne sont pas uniformes au sein des zones de santé, généralement ils dépendent du type l'appartenance de l'établissement. Ces dernières années, les bureaux centraux des zones ont encouragé l'adoption d'un barème de prix unique dans tous les établissements faisant partie des réseaux des zones. Le groupe de l'étude a uniquement étudié en détail les politiques tarifaires des établissements qui suivent les règlements des bureaux centraux. Les résultats de l'étude sont présentés dans cette section.

Les systèmes de tarification au niveau du centre de santé

Kirotshe, Bokoro, Bwamanda, et Kikimi sont des zones qui ont réussi à instaurer un barème de prix unique dans la majorité des établissements de la zone. Par ailleurs, à Sona-Bata, les quatre principaux réseaux possèdent chacun une politique de tarification différente: La Communauté Baptiste de Zaïre Ouest (CBZO), l'Armée du Salut, les catholiques et les établissements publics. Le bureau central de Scna-Bata ne contrôle que les établissements de l'Etat.

Neuf des dix zones ont établi un système par lequel les patients des soins ambulatoires payent les centres de santé un montant fixe par épisode de maladie. Paiement par épisode signifie que le patient verse un prix fixe quel que soit le nombre de visites qu'il fera à l'infirmerie du centre. Sona-Bata est la seule zone qui n'applique pas la formule paiement par épisode.

Dans trois des neuf zones ayant adopté une politique de paiement par épisode, les médicaments et les tests de laboratoire sont compris dans le paiement. S'agissant de Bwamanda, Kikimi et Kindu (à Kikimi les patients doivent payer séparément pour les antibiotiques). Dans les six autres zones le paiement par épisode donne au patient le droit à autant de

visites que nécessaires, mais les médicaments et les examens font l'objet d'un paiement séparé.

A Sona-Bata, les patients versent une somme initiale de 20 Z au moment de la première visite et un complément de 5 Z à chaque visite suivante (c'est le cas pour les centres contrôlés par le bureau central, - c'est-à-dire ceux qui relèvent des l'Etat. Dans les centres de l'Armée du Salut, le paiement par épisode est de 60 Z, y compris toutes les visites, médicaments et tests).

Les systèmes de tarification en niveau de l'hôpital de référence

Dans huit des dix zones, la politique de tarification au niveau de l'hôpital se fonde sur la quantité et le type de services fournis. Les deux exceptions étant Bwamanda et Sona-Bata. Dans les huit zones, on trouve un barème pour toutes les catégories d'interventions médicales et leurs prix. Les directeurs des hôpitaux essayent de faire payer les patients à l'avance en se fondant sur une estimation totale du prix du traitement.

Les plans de soins hospitaliers pré-payés

La zone de Bwamanda vient juste de démarrer un programme pré-payé pour les soins hospitaliers. Le médecin chef de zone a informé les enquêteurs qu'un tel système a été conçu pour permettre à la population de payer à l'avance pour les soins hospitaliers. Les versements coïncident avec le temps de la moisson quand les habitants ont des rentrées d'argent. A la fin de 1985, l'hôpital a lancé une campagne pour recruter des clients pour ce programme. Vingt-huit pour cent de la population de la zone a adhéré au plan en l'espace d'un mois. Le coût annuel du plan, en 1986, est de 20 Z (0,33 $) par membre et permet au client de ne payer que 1/5 du tarif hospitalier normal pour toutes les interventions (à savoir une co-assurance de 80%). Cette co-assurance n'est applicable que si le patient est orienté du centre de santé vers l'hôpital. Autrement, si le patient vient aux services hospitaliers sans être transféré, il ou elle doit payer le tarif hospitalier normal.

Chaque mois l'hôpital de référence détermine combien de bénéficiaires du plan pré-payé ont été hospitalisés et calcule le prix complet des services consommés par ces individus. Puis, il retire de la caisse du plan pré-payé l'équivalent de 80% du prix total des services prêtés à chaque patient.

Dépenses de Fonctionnement totales, Zone moyenne

Par type d'établissement

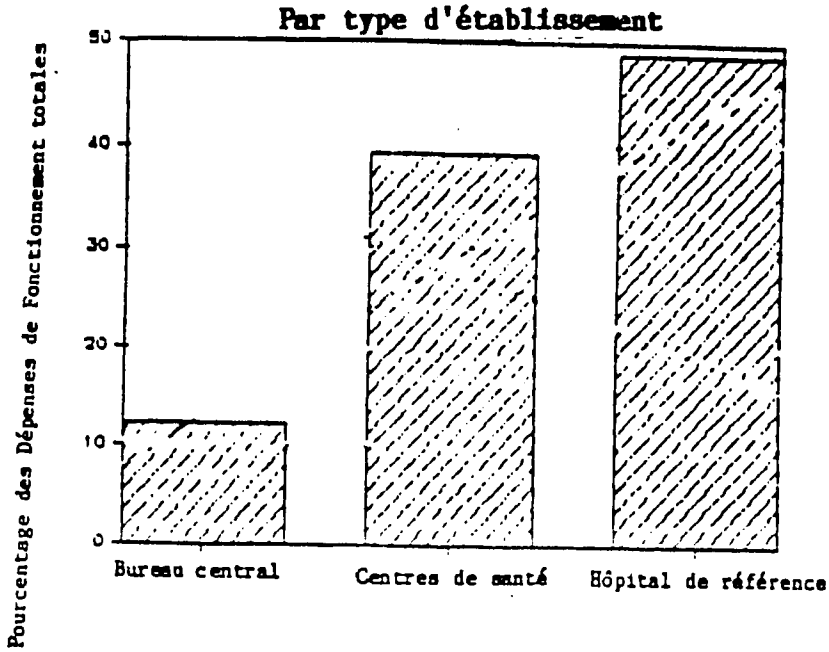


Figure 4.3 (a)

Dépenses de Fonctionnement totales, Zone moyenne

Par type d'établissement

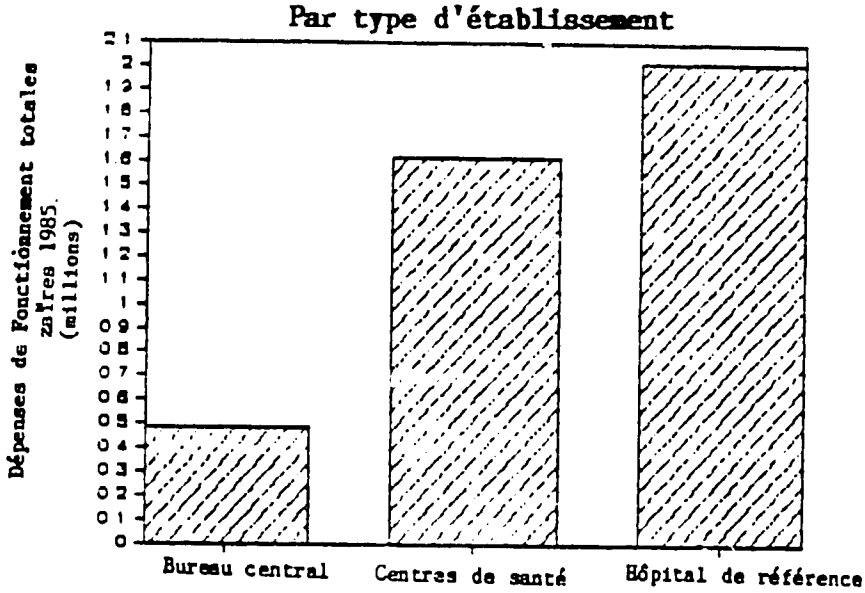


Figure 4.3 (b)

Dépenses de Fonctionnement totales, Zone moyenne

Par type d'établissement

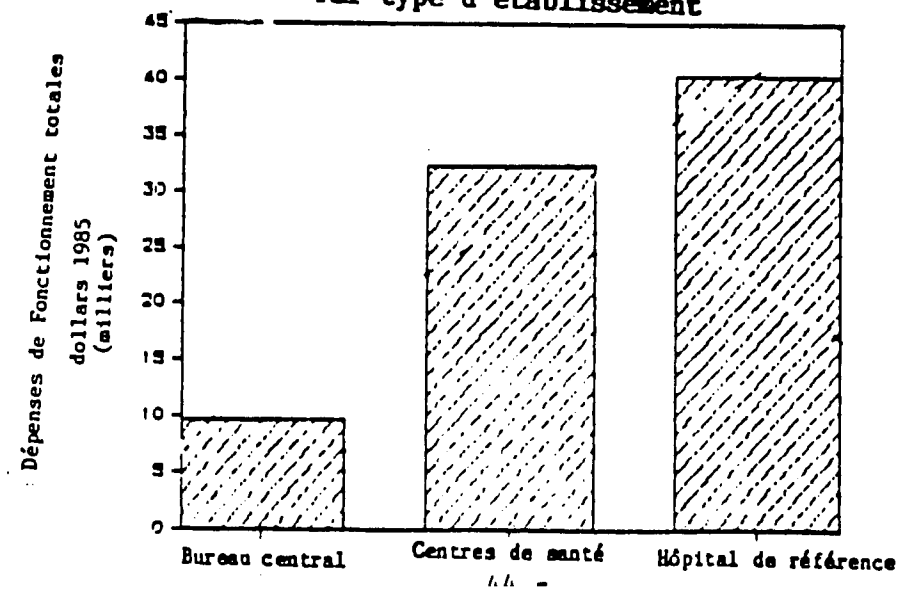


Figure 4.3 (c)

Une information préliminaire indique que le plan de soins hospitaliers pré-payés de Bwamanda est financièrement faisable dans le long terme. Les rentrées totales de l'hôpital provenant de la prime annuelle de 20 Z des bénéficiaires étaient de 650.900 Z (environ 12 000 $) en 1986. Le plan a coûté 19.720 Z (c'est-à-dire 80Z de co-paiement) à l'hôpital pendant le mois de juin. Sur une base annuelle, ce coût correspond à 236.640 Z (12 x 19.720 Z) soit 36Z des recettes totales à partir des paiements annuels des bénéficiaires.

Il est intéressant de noter qu'à Bwamanda, les dépenses annuelles moyennes par habitant pour les soins hospitaliers s'élevaient à 21 Z (0,4 $) en 1985, chiffre très proche de la prime annuelle par habitant du plan pré-payé de cette zone (les dépenses pour les soins de santé par habitant pour 1985 sont présentées en Annexe K). Ces faits confirment les résultats financiers préliminaires du plan discuté ci-dessus. Cependant, ils montrent également que le coût du plan pour l'hôpital pendant le mois de juin est peut être trop faible et pas représentatif d'un mois moyen.

La zone de santé de Sona-Bata est également en train de mettre en place un plan pré-payé pour les soins hospitaliers. Ce programme a été démarré en 1985 et vise surtout les écoliers, étudiants, employés des écoles et les pasteurs protestants. La prime annuelle varie de l'ordre de 200 à 300 Z pour les enfants et 400 à 500 Z pour les adultes. Les bénéficiaires ont un accès gratuit aux consultations, médicaments, tests de laboratoires et hospitalisation en salle commune, tous ces services étant dispensés à l'hôpital de référence. Pour tous les autres services hospitaliers, les bénéficiaires doivent payer entre 10 et 100Z du prix normal, suivant la nature de l'intervention.

La prime annuelle à Sona-Bata est environ 10 à 20 fois celle de Bwamanda. Malheureusement, les informations disponibles sont insuffisantes pour comparer les bénéfices précis offerts par les deux plans.

Bien que les dépenses annuelles par habitant pour les soins hospitaliers ne soient pas disponibles pour Sona-Bata, il est peu probable qu'elles soient 10 à 20 fois plus grandes que celles à Bwamanda. En fait, c'est à Kaniama qu'on trouve le dépenses de soins hospitaliers par habitant les plus élevées, 57 Z par année en 1985. Cela indique que le tarif 200 - 500 Z instauré à Sona-Bota est peut être trop élevé et qu'un nombre suffisant d'adhérents est fonction d'une prime limitée.

Les plans de santé pré-payés, leurs avantages et inconvénients, leurs répercussions sur la population et les zones de santé seront traités plus en détail dans la section 5.1.3.

Catégories de prix

De nombreuses zones ont un système de prix différenciés aussi bien pour le services de consultation externes que les soins hospitaliers suivant le niveau socio-économique ou la catégorie de patients. Par exemple, la zone de Kalonda a quatre catégories de prix: les prix les plus

bas concernent les étudiants, les enfants, les retraités et les handicapés et les prix les plus élevés sont demandés aux bénéficiaires affiliés à des entreprises publiques ou privées.

La zone de santé de Dungu a également quatre catégories de prix. Les prix les plus faibles sont demandés aux agriculteurs indépendants et à leurs familles ainsi qu'aux chômeurs. La quatrième catégorie s'applique à des personnes jouissant d'une certaine aisance, surtout les directeurs des sociétés privées.

De nombreuses zones ont non seulement des catégories de prix s'accordant au niveau socio-économique des patients mais également des listes de prix très détaillés allant jusqu'à avoir des prix pour chaque type d'intervention. La zone de Kalonda tient une liste de prix avec plus de 120 catégories de services de santé, chacune avec un prix différent. A l'intérieur de chaque catégorie de services, la liste comprend quatre prix selon le niveau social du patient.

D'autres zones tiennent une liste de prix comportant un nombre limité de catégories de services. C'est le cas de Kirotshe dont la liste de prix ne comprend que vingt catégories de services (et quatre catégories de clients).

L'Annexe J contient les prix de 1986 de certains services de santé dans les zones, exprimés en Zaïres et en dollars de 1986, respectivement.

Tel qu'on peut le constater en Annexe, le paiement par épisode au niveau du centre de santé varie de 20 Z à Kaniama à 50 Z à Kalonda et Kindu (ligne A). Il n'est pas surprenant de constater que Kindu a le paiement le plus élevé puisque les médicaments et les tests sont inclus dans le prix. Par contre, les paiements de Bwamanda semblent faibles puisque les médicaments et les tests de laboratoire sont également inclus dans le prix.

Les paiements par épisode demandés aux bénéficiaires des entreprises (ligne B) sont de deux à trois fois ceux des clients privés. Ces prix plus élevés permettent aux centres de santé d'augmenter leurs recettes.

Une analyse complémentaire et des recommandations concernant les systèmes de tarification des zones sont présentés dans la section 5.1.

5. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les données financières d'un échantillon de dix zones de santé Zaïroises pour l'année de calendrier 1985 présentées au chapitre 4 indiquent que les zones ne sont pas complètement auto-financées, à savoir que les recettes de fonctionnement des zones sont insuffisantes pour couvrir leurs dépenses de fonctionnement. Les déficits d'exploitation des zones sont subventionnés par le Gouvernement Zaïrois et les ONG. En outre, les zones dépendent également des donateurs externes pour le financement de la majorité de leurs investissements.

Le présent chapitre identifie et analyse certains aspects qui influencent la capacité de récupération des dépenses des zones et recommande un ensemble de mesures pouvant améliorer leur degré d'autonomie financière. **Les recommandations sont en caractère gras.**

Les recommandations faites dans ce chapitre sont résumées au début du résumé analytique. Le reste de ce chapitre se consacre à l'analyse de huit aspects qui ont été identifiés comme des déterminants clés de la capacité des zones à devenir financièrement autonomes.

1. les politiques de tarification des zones
2. la présence de la concurrence parallèle
3. la présence de la concurrence au seir des réseaux des zones
4. le degré d'autonomie financière des centres de santé
5. la présence des indigents
6. la compétence technique des employés des zones de santé
7. les systèmes d'information des zones
8. l'autonomie administrative des zones de santé

5.1 Les politiques de tarification des zones

Le prix des services de santé influencent directement la demande pour les soins, c'est-à-dire la quantité et les types de services pour lesquels les personnes sont prêtes à payer quand elles sont malades ou cherchent un programme préventif. En même temps, les prix déterminent la capacité de mobilisation des recettes des établissements.

Augmenter les prix relève quelquefois d'une approche naïve pour faire grimper les recettes car un prix plus élevé va très probablement entraîner une diminution de la demande des services. La répercussion finale d'une augmentation des prix sur les recettes dépendra de l'ampleur de la réduction de la demande. Nos visites sur le terrain ont montré que certaines zones avaient procédé à une augmentation de plus de 50% de leurs prix globaux des services de santé entre 1984 et 1985 dans le cadre d'un effort pour augmenter leurs recettes.

Une étude récente de REACH au Rwanda (Shepard, 1986) a révélé une élasticité - prix de 0,25 pour la demande de services curatifs. Si elle s'applique en Zaïre, l'augmentation de 50% au niveau des paiements signifierait une réduction de 13% au niveau de la fréquentation des services et une augmentation de 30% dans les recettes.

La présente section analyse dans le détail les politiques de tarification des zones. De manière plus spécifique, elle se penche sur les systèmes de paiement, les niveaux de prix et examine la possibilité de mettre en place des plans de soins de santé pré-payés, partiellement basés sur l'expérience de deux zones. La section commente également sur les politiques en matière de médicaments dans les zones, leurs prix pour les entreprises et examine la possibilité de financer les coûts de supervision et les dépenses d'investissement par l'intermédiaire des paiements des patients.

5.1.1 Politiques de tarification au niveau du centre de santé

a) Systèmes de paiement

Quatre catégories principales de systèmes de paiement ont été observées dans les centres de santé, telles qu'expliquées dans la section 4.6.6.

- paiement par épisode de maladie y compris les médicaments et les examens de laboratoire
- paiement par épisode de maladie non compris les médicaments et les examens
- paiement par visite (honoraires en contrepartie de services), médicaments et examens non compris
- paiement par tiers payant

Les auteurs de l'étude de PRICOR, mentionnée auparavant, ont constaté que dans certains cas la demande pour les services de santé semblait être plus grande pour le système de paiement par épisode que celui de paiement par consultation. Cependant, les auteurs ont reconnu qu'ils n'avaient pas pu isoler les effets d'une multitude d'autres facteurs qui influencent la demande, en plus du système de paiement.

Bien que les chercheurs aient collecté des données sur les dépenses de la population pour les soins de santé, le document de PRICOR n'a pas examiné les résultats financiers des centres de santé pour les deux systèmes de paiement et n'a pas non plus comparé les depenses des gens pour les soins de santé dans les groupes de contrôle et groupes expérimentaux des centres de santé.

Malheureusement, on ne dispose ni de résultats de recherche théoriques, ni de résultats empiriques permettant de déterminer quel est le système de paiement (paiement par épisode ou paiement par consultation) le plus souhaitable d'un point de vue social (par exemple, coût - efficacité ou coût - avantages). On ne dispose pas non plus d'un ensemble de données qui permettrait de comparer les résultats financiers des centres de santé pour les deux schèmes de paiement.

Une analyse plus approfondie des excellentes données collectées par les chercheurs de l'étude PRICOR permettra d'étudier les répercussions des systèmes de paiement sur la demande. Cependant, une recherche supplémentaire est nécessaire pour étudier la question des résultats

financiers des établissements fonctionnant avec l'un ou l'autre de ce mécanisme de paiement.

b) Niveaux de prix

La plupart des zones ont adopté une approche empirique, dans le temps, pour fixer les prix, le but étant d'égaliser les recettes totales et les dépenses totales non compris les médicaments et la dépréciation. L'incidence quand on inclut les médicaments et la dépréciation dans le calcul des dépenses totales est traitée séparément aux paragraphes 5.1.4 et 5.1.6 respectivement. Beaucoup de centres de santé ont réussi à récupérer l'intégralité de leurs dépenses de fonctionnement à partir des paiements des clients; d'autres n'ont pas pu équilibrer leur budget de fonctionnement. Ce dernier point est traité séparément dans la section 5.3.

La direction aux niveaux de la zone et du centre de santé est consciente du fait que la prestation de différents services de santé consomme des quantités différentes de ressources (temps des infirmiers, aiguilles, alcool, etc.). Ils ont, de ce fait, établi un système de prix qui varient selon les coûts des ressources nécessaires à la production.

Les problèmes de santé curative simples (épisodes de paludisme ou de diarrhée, par exemple) ont les mêmes prix puisqu'ils utilisent des quantités similaires de moyens de production. Bien que le coût marginal puisse être légèrement différent dans la production de ces services, différencier les prix à ce niveau compliquerait les méthodes comptables et amènerait une certaine confusion dans l'esprit de la population.

D'autres services de santé sont plus complexes et demandent une plus grande quantité de ressources. Il s'agit des interventions chirurgicales et des accouchements. Les zones de santé ont fixé des prix plus élevés pour les services de manière à incorporer proportionnellement le plus grand emploi de ressources nécessaires.

D'autres types de problèmes de santé sont encore plus compliqués et demandent donc une forte consommation de ressources médicales, surtout du point de vue temps des infirmiers. Certains cas de malnutrition rentrent dans cette catégorie. Si le paiement du patient est basé sur la valeur des ressources employées pour la prestation, il ou elle serait probablement dans l'incapacité de payer - les zones n'appliquent pas de tarifs différenciés pour ces cas et demandent normalement le même prix que pour les cas simples, comme nous l'avons décrit ci-dessus.

Tel que nous l'expliquerons dans la section 5.1.3, nous pensons qu'un système de tarification encore meilleur serait celui des plans de soins de santé pré-payés. Cependant, ces derniers risquent de ne pas être viables dans le court terme, principalement en raison du manque d'acceptation de la part de la population et de l'absence de systèmes de support de gestion bien développés.

Par conséquent, si les plans pré-payés ne sont pas possibles au niveau des centres de santé, le système de tarification actuel employé par la plupart des zones de santé est valable et ne devrait pas être modifié. Ce système repose sur la vente d'une carte à un prix unique pour les cas de traitements curatifs très simples et les problèmes de santé catastrophiques ainsi que quelques catégories de prix différenciés pour les problèmes moyennement complexes. De tels prix sont établis de manière à ce que, dans l'ensemble, les recettes totales des centres de santé pris individuellement couvrent leurs dépenses totales.

5.1.2 Politiques de tarification au niveau de l'hôpital de référence

Le problème de fixer les prix au niveau de l'hôpital est bien plus difficile par suite de la diversité des services données et de la complexité de la structure des coûts d'un hôpital. Certaines zones tiennent compte des coûts des ressources directes utilisées quand ils fixent les tarifs d'hospitalisation, mais en général elles n'arrivent à récupérer qu'une faible partie de leurs coût fixés.

A part les zones de Bwamanda et Sona-Bata qui ont démarré des plans pré-payés pour les services hospitaliers (cf section 5.1.3 ci-après), la plupart des zones ont un système de tarification aux termes duquel les versements des patients varient selon les types et les quantités de services et de médicaments consommés.

Les données financières recueillies dans la plupart des zones indiquent que les tarifs hospitaliers en général sont fixés plus bas que le coût total. L'hôpital de référence de Bwamanda avait un taux d'occupation de pratiquement 100% en 1985. Cependant, ses recettes de fonctionnement ne finançaient que 49% de ses dépenses totales (voir figure 4.1).

A part quelques exceptions (Bokoro), les hôpitaux n'on pas mis en place des systèmes d'information adéquats pour fixer les prix. Des données détaillées sur les coûts sont essentielles si l'on veut établir une politique de tarification financièrement saine. Nous recommandons que les zones de santé investissent du temps et des ressources pour mettre au point des systèmes d'information sur l'établissement des coûts au niveau de l'hôpital. Les zones peuvent demander des conseils techniques aux autres zones qui ont de l'expérience au niveau de la comptabilité, de coûts ou auprès d'institutions Zaïroises telles que FONAMES. Les tarifs hospitaliers devraient au moins refléter le coût des intrants directs, y compris la main-d'oeuvre. Une provision pour dépréciation pourrait également être prévue (cf section 5.1.4). La subvention croisée des prix entre les services est possible mais dans l'ensemble, les prix devraient permettre de récupérer l'intégralité des dépenses.

Parallèlement, les zones devraient étudier dans le détail les raisons qui font que la fréquentation globale soit aussi faible (surtout en pédiatrie) et décider si de tels services devraient être abolis ou fonctionner avec une plus petite capacité. De telles mesures permettraient de réduire les effectifs et partant de faire des économies sur les coûts.

5.1.3 Plans de soins pré-payés pour les soins hospitaliers et ambulatoires

Deux zones (Bwamanda et Sona-Bata) ont démarré un plan pré-payé pour les services hospitaliers comme nous l'avons expliqué dans la section 4.6.6. Mais aucune des dix zones, fin 1985, n'avait mis en place des plans pré-payés pour les soins ambulatoires.

Les consommateurs préfèrent souvent verser des sommes modiques plutôt que de courir le risque d'affronter de lourds paiements. De nombreux problèmes de santé traités dans les hôpitaux de référence et certains dans les centres de santé représentent de lourdes charges pour le patient et sa famille, surtout quand on sait que les revenus monétaires sont peu élevés dans la population rurale.

Le succès des plans pré-payés des établissements sanitaires dépend de nombreux facteurs dont, entre autres, leur capacité à estimer de manière exacte leurs coûts et les statistiques de fréquentation. Grâce à l'information qu'elles donnent sur la consommation de services de chaque individu, les statistiques de fréquentation permettent à l'établissement de contrôler l'utilisation excessive ou injustifiée des services par les bénéficiaires. Un tel contrôle devient très important quand les clients sont assurés et savent donc qu'ils peuvent recevoir plus de soins à un prix modique, voir nul. Les données sur les coûts permettent d'établir les prix sur une base solide, de manière à ce que le système de tarification permette de récupérer les dépenses et englobe une provision pour le remplacement du capital fixe.

Nous sommes d'avis que les zones qui possèdent des systèmes de comptabilité bien établis et des compétences en gestion pour tenir des systèmes d'information relativement complexes (par exemple, dossiers des patients) pourraient instituer des plans pré-payés aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les consultations externes. Dans un premier temps, les plans pré-payés de soins ambulatoires et soins hospitaliers devraient être administrés séparément par le centre de santé d'un côté et l'hôpital de l'autre. Dans un second temps, les zones de santé pourraient offrir un plan de santé pré-payé unique, concernant les soins hospitaliers et les consultations externes.

Les zones qui désirent mettre en place de tels systèmes devraient demander des services de conseils externes pour les aider à élaborer de manière appropriée de tels plans, ainsi que leurs systèmes de contrôle de gestion et les politiques sur les primes d'assurances.

Une stratégie prudente serait qu'une zone déjà avancée mette en place un tel système sur une année ou deux, et que par la suite on transpose son système à d'autres zones.

Un schème possible intégrant les soins ambulatoires et hospitaliers serait que les gens s'inscrivent au plan auprès de leur centres de santé local. Périodiquement, l'hôpital pourrait facturer aux

centres de santé les montants pour les soins hospitaliers dispensés aux bénéficiaires du centre. Les plans pré-payés devraient comporter une clause de co-assurance, un ticket modérateur, ou tout autre mécanisme permettant de contrôler la sur-utilisation ou les excès de la part des bénéficiaires.

Bwamanda et Sona-Bata sont sur la bonne voie. Leur réussite dépendra en grande mesure de leur capacité à maintenir de systèmes d'information exactes de manière à prévenir les échecs financiers.

5.1.4 Politique en matière de médicaments

Les zones de santé sont d'importants acheteurs de médicaments en Zaïre. Ils achètent l'essentiels de leurs médicaments auprès de fournisseurs en gros tels que Caritas ou Laphaki à Kinshasa, ou alors auprès de fabricants locaux. En plus, elles importent directement où reçoivent des dons de médicaments des donateurs externes. Les zones de santé bénéficient de remises importantes pour leurs achats en grandes quantités. Par conséquent, les prix payés par les zones de santé pour les médicaments sont bien plus bas que ceux payés par les fournisseurs locaux (pharmacies).

Cependant, les zones de santé vendent les médicaments avec de grosses marges bénéficiaires, quelque fois plus de 100%. Elles peuvent le faire en raison des faibles prix d'achat et des économies d'échelle dans la gestion des stocks comparées aux petit fournisseurs. Des marges bénéficiaires de 100% sur les médicaments par les zones peuvent encore donner des prix de vente plus faibles que ceux en vigueur sur le marché.

Par ailleurs, la majorité des zones ne calculent pas le coût de certaines fournitures médicales quand elles fixent les tarifs pour les services. Par conséquent, ce prix des services est en-dessous du coût réel. Tenir compte du coût de ces ressources lors de l'établissement des prix aiderait les zones à récupérer l'intégralité de leurs coûts et garder des stocks suffisants.

Mettre de fortes marges bénéficiaires sur les médicaments peut avoir certains désavantages. L'expérience dans la zone de santé de Kirotshe indique que la demande pour les soins hospitaliers dépend de la disponibilité des médicaments. La fréquentation dans l'hôpital de CEMUBAC à Kirotshe a fortement augmenté quand le stock de médicaments a été réapprovisionné. Ce fait suggère également que les prix des médicament peuvent influencer la demande pour les services de santé, des prix plus faibles étant associés à une plus forte demande.

Les prix des médicaments devraient être fixés sur la base du prix d'achat plus une marge bénéficiaire qui permettrait de couvrir les frais de transport et de manutention des stocks. En plus, la marge bénéficiaire devrait comprendre une provision pour inflation. Une telle politique permettrait aux zones de récupérer leurs dépenses et remplacer leurs stocks.

Les zones de santé peuvent agrandir leurs marges bénéficiaires sur leurs médicaments pour couvrir une partie de leurs coûts fixes généraux. Une recherche devrait être entreprise pour déterminer: (1) l'ordre de grandeur de cette marge; (2) si les marges doivent varier selon le type de médicaments (par exemple, médicaments très demandés à faible coût vs médicaments peu demandés et très chers); et (3) quelles seraient les répercussions des différentes marges sur la demande pour les services de santé et sur les finances des établissements sanitaires.

Si les zones ou les différents établissements de santé décidaient de diminuer leurs marges bénéficiaires actuelles sur les médicaments, ils devraient envisager d'augmenter simultanément les prix des autres services, tels que les consultations et interventions pour compenser les recettes plus faibles provenant de la vente des médicaments.

Finalement, tous les médicaments et le matériel médical devraient être inclus quand on détermine les prix des services de santé (aiguilles, oxygène, seringues, alcool etc.) que ce soit pour un schème de prix directs ou un régime de plan pré-payé.

5.1.5 Subvention croisée des prix entre les services curatifs et préventifs

L'analyse des données de coût de la zone de Bokoro indique que les prix des services préventifs sont fortement subventionnées par les services curatifs de la zone. En fait, le médecin chef de zone a estimé qu'en 1985, le coût, pour la zone, d'un enfant ayant reçu tous les vaccins dans le cadre du programme PEV était de 104 Z ($2) (il s'agit là du coût qui doit être assumé par la zone - ne sont pas inclus les coûts des vaccins ni la provision pour les coûts centraux du PEV). Or, le prix demandé pour inscrire un enfant au programme pré-scolaire se situait aux alentours de 30 Z (0,50$) cette année là. Le programme pré-scolaire n'incluait non seulement les nombreuses visites des enfants dans les centres de santé pendant le programme, mais non plus toutes les vaccinations du PEV. Il est évident que le prix demandé pour le programme préventif pré-scolaire était largement en-dessous du tiers (30/104) de son coût réel.

Les prix demandés pour les programmes préventifs étaient assez similaires dans les 10 zones enquêtées (cf tableau J.1). Cela indique que dans toutes ces zones les prix des programmes préventifs sont subventionnés. La subvention provient des paiements versés par les consommateurs de services curatifs auxquels on demande un prix supérieur aux coûts directs des service prêtés.

Nous pensons que les prix des programmes préventifs affectent directement la demande, comme pour la plupart des biens et services. Malheureusement, nous ne connaissons pas l'ampleur de cet effet, à savoir l'élasticité de la demande par rapport aux prix pour les soins préventifs en Zaïre. Si les taux de couverture sont assez élevés pour les programmes pré-natals dans certaines zones (cf tableau G.1), ils sont par

contre bien plus faibles pour les programmes pré-scolaires. Majorer les prix pourrait encore faire baisser les taux de couverture. Une recherche devrait être entreprise pour évaluer les réponses des personnes face aux différents niveaux de prix des programmes de santé préventive. En attendant, ces prix devraient continuer à être subventionnés car il est non seulement souhaitable d'avoir un programme préventif mais il y a ainsi un avantage social net à prévenir les maladies plutôt que de les guérir.

5.1.6 Prix aux entreprises

Tel que nous l'avons décrit dans la section 4.6.6, les paiements demandés aux entreprises en contrepartie de services de santé offerts à leurs bénéficiaires sont nettement plus élevés que ceux demandés aux patients privés. Ces majorations aident les zones à améliorer leurs résultats financiers.

Cependant les zones devraient être conscientes du fait que des prix élevés peuvent encourager les entreprises à ouvrir leurs propres dispensaires et centres. En outre, les entreprises peuvent décider d'envoyer leurs bénéficiaires à d'autres établissements sanitaires situés à l'extérieur du réseau des zones si elles arrivent à négocier des prix plus faibles ailleurs.

Nous recommandons que les zones de santé négocient des prix raisonnables avec les entreprises de manière à éviter que celles ci ne se dirigent vers d'autres sources de services de santé pour leurs bénéficiaires. Nous pensons que de tels prix doivent être calculés en se basant sur le coût marginal plus une marge bénéficiaire qui pourrait être déterminée conjointement entre la zone et l'entreprise. Les zones de santé devraient également songer à offrir aux entreprises des ensembles complets de services de santé au bénéfice des affiliés. De tels ensembles comprendraient des programmes préventifs et curatifs sur la base d'un paiement forfaitaire annuel. Ces contrats permettraient aux zones d'accroître le taux de fréquentation de leurs services et partant d'obtenir des recettes complémentaires pour couvrir leurs coûts fixes.

5.1.7 Récupération des dépenses d'investissement par l'intermédiaire des paiements des patients

Jusqu'à présent, nous nous sommes efforcés à voir si les dépenses de fonctionnement des zones et des centres de santé pouvaient être financées à partir des recettes de récupération des dépenses. Nous nous penchons à présent sur la question de savoir si les zones ou leurs différents établissements sanitaires sont en mesure de financer leurs dépenses d'investissement.

Dans la section 4.6, on a montré que certains centres de santé arrivaient à financer une partie de leurs investissements. Les fonds proviennent des excédents d'exploitation que certains centres sont autorisés à garder. En plus, ces derniers bénéficient du travail apporté gratuitement par la population bénéficiaire. Mais la proportion des

investissements totaux des zones financée à partir de leurs propres recettes reste négligeable et les centres des santé qui financent eux-mêmes leurs investissements représentent l'exception plutôt que la règle.

Les données accessibles sur les dépenses d'investissement des centres de santé et des hôpitaux ont permis de faire des calculs rudimentaires en vue de déterminer si les différents établissements des zones arrivent à financer leurs dépenses d'investissement à partir des paiements des patients. Ces calculs sont présentés en Annexe M.

Les résultats indiquent que pour le moment les zones de santé sont incapables de financer tous leurs investissements ou de faire des économies en vue de leurs remplacements futurs. Des estimations simples indiquent que les centres de santé et les hôpitaux de référence devraient mettre de côté respectivement jusqu'à 65% et 14% de leurs recettes actuelles pendant la première année, pour arriver à financer leur actif par l'intermédiaire de prêts sans intérêt.

Notre étude a montré que certains centres de santé sont déjà en mesure de financer une partie ou l'intégralité de leurs investissements. En outre, nous pensons que les différents établissements des zones devraient quantifier et suivre de près leurs investissements même s'ils ne peuvent pas les financer dans le court terme. De meilleurs résultats financiers pourront, dans le futur, permettre à ces établissements de financer une partie ou l'intégralité de leurs investissements. Une telle mesure est d'importance cruciale si l'on veut que les zones deviennent financièrement indépendantes par rapport aux donateurs externes, non seulement en niveau de leur fonctionnement mais également de leurs investissements.

5.1.8 Salaires des expatriés

Comme nous l'avons indiqué dans la section 4.6.1, les salaires des expatriés qui travaillent dans les zones des santé n'ont pas été pris en compte quand on a calculé les dépenses de fonctionnement et les subventions reçues par les zones.

La plupart des zones visitées bénéficient de l'apport d'un personnel expatrié dont les salaires sont payés par des donateurs externes. Si les zones tiennent à devenir indépendantes dans le long terme, sur le double technique et financier, elles doivent remplacer le personnel expatrié par des professionnels zaïrois. A cette fin, les zones devront payer les salaires de ces employés zaïrois.

Les informations recueillies à Bwamdanda indiquent que si l'on remplace le personnel expatrié par des zaïrois, les dépenses de salaires de cette zone augmenteront de 40% et les dépenses de fonctionnement totales de 15%. Des calculs similaires pour Bokoro montrent que si les médecins belges qui travaillent à Bokoro étaient remplacées par des médecins zaïrois dont les salaires seraient à la charge de la zone, les dépenses de salaires totales augmenteraient de 52% (en supposant que chaque médecin Zaïrois

gagne 30.000 Z par mois) et les dépenses de fonctionnement totales de la zone augmenteraient de 22%.

5.1.9 Honoraires de supervision

Les zones de santé emploient des schèmes différents pour appliquer aux établissements les coûts de supervision du bureau central, tel que nous l'expliquons en Annexe C. Dans toutes les zones sauf Kikimi et Kalonda, les honoraires de supervision sont proportionnels aux recettes des centres de santé. A Kikimi, les centres de santé ne payent pas d'honoraires de supervision et à Kalonda, les honoraires sont fixes sans regarder les recettes.

Dans la plupart des zones, les recettes tirées des honoraires de supervision ne couvrent pas entièrement les frais liés à la supervision du bureau central. Selon la direction des zones, cette situation tient à l'incapacité des centres à payer des honoraires de supervision plus élevés.

Comme nous l'expliquons en Annexe C, le bureau central a d'autres fonctions en plus des visites de supervision. Etant donné que les travaux du bureau central profitent aux établissements des zones, y compris à l'hôpital de référence, le bureau devrait demander les coûts en entier aux établissements, et pas seulement ceux liés à la supervision. En outre, le temps et les ressources octroyés par le bureau central à chaque centre de santé est en général lié au volume d'opérations du centre. Dans le cas de l'hôpital de référence, les ressources apportées par le bureau central concernent généralement le temps que le médecin chef de zone passe dans les services hospitaliers et les ressources consacrées à acheter des médicaments et du matériel. Par conséquent, nous pensons qu'il convient que le bureau central demande aux centres de santé de payer proportionnellement à leurs recettes. Pour le cas de l'hôpital, les honoraires devraient tenir compte du coût des ressources nécessaires à la réalisation.

Dans le court terme, la plupart des établissements sanitaires seront incapables de rembourser le bureau central pour l'intégralité des coûts par suite des contraintes financières. Toutefois, dans le long terme, il est probable que les établissements sanitaires vont mobiliser assez de recettes pour être financièrement autonomes et couvrir les coûts du bureau central. Il est donc important que la comptabilité de chaque établissement enregistre sa participation aux coûts du bureau central.

5.2 La présence de la concurrence parallèle

La concurrence parallèle existe dans la plupart des zones. Si elle est vivement critiquée par le personnel des zones, il s'agit cependant d'analyser soigneusement les effets des concurrents sur les zones et l'état de santé de la population.

Tel que nous l'avons expliqué au chapitre 4, l'information dont on dispose sur les concurrents parallèles des réseaux est limitée. Une

recherche doit être faite pour mieux comprendre les forces qui animent la concurrence parallèle et ses effets sur les zones de santé zaïroises. Certaines questions dont les suivantes pourraient être étudiées plus en profondeur:

- **combien de dispensaires parallèles trouve-t-on dans les zones des santé?**
- **qui fait fonctionner ces dispensaires?**
- **quels types de services fournissent-ils?**
- **quelle est la qualité des soins apportés?**
- **Comment la population perçoit-elle les services apportés par ces prestataires?**
- **quels sont les systèmes de tarification utilisés par ces prestataires?**
- **est-ce-que les dispensaires jouent un rôle important en tant que prestataires de services de santé?**
- **est-ce-que ces dispensaires peuvent être incorporés aux réseaux des zones?**

La direction de certaines zones de santé reconnaît que les prestataires externes comblent la lacune laissée par les réseaux dans certaines régions des zones. Du moins, ils apportent géographiquement une certaine forme de soins là où autrement on n'en trouverait pas du tout.

Les concurrents parallèles peuvent également jouer un rôle important en empêchant les zones de faire monter leurs prix trop hauts au dessus des coûts. En fait, si les concurrents n'existaient pas, les dispensaires des réseau jouiraient d'un monopole des soins. Même s'ils ne faisaient grimper les prix très en-dessus des coûts, ils risqueraient de devenir inefficaces et de produire à des coûts élevés. Il se peut que la concurrence parallèle soit un frein à cela.

Par ailleurs, l'existence de la concurrence parallèle peut également avoir un effet négatif sur l'état de santé de la population. Le manque d'éducation des populations rurales en fait des proies faciles pour des personnes sans scrupules. Certains faits indiqueraient que cela est le cas pour plusieurs prestataires parallèles dans les zones visitées.

En bref, nous pensons que la concurrence parallèle peut avoir des effets à la fois positifs que négatifs sur le bien-être de la population. D'une part, ils peuvent apporter certains services de santé là où les réseaux des zones n'en fournissent pas, et ils peuvent empêcher les prestataires des réseaux de devenir incompétents ou de demander des prix de monopole. Par ailleurs, ils peuvent vendre des services de qualité médiocre, profitant du manque de connaissances de la population en matière de santé et de services de santé. Nous suggérons de ne prendre aucune mesure immédiate avant de faire des recherches plus approfondies sur le rôle des concurrents parallèles. Nous pensons également qu'il serait bon de donner plus d'autorité à la direction des zones pour qu'elle puisse appliquer les lois sur le statuts des zones quand les concurrents menacent visiblement le bien-être des habitants.

Nous pensons qu'une des meilleurs manières de normaliser la concurrence parallèle est d'apporter une éducation à la population. Les réseaux des zones de santé devraient renforcer leurs programmes actuels d'éducation à la santé, avec l'aide des comités des centres de santé. Une population éduquée devrait pouvoir choisir librement le prestataire qui lui fournit les meilleurs services en vue de ces problèmes de santé. Une éducation élargie à la santé devrait permettre d'atteindre cet objectif.

Finalement, la direction des zones devrait essayer d'encourager la coopération entre certains prestataires parallèles et les réseaux, surtout ceux qui travaillent dans des zones où le réseau n'a pas d'accès. Là aussi, le rôle des comités sanitaires communautaires serait important pour contrôler la qualité et le prix des services des prestataires.

5.3 La présence de la concurrence au sein des réseaux des zones

En plus de la concurrence représentée par les prestataires parallèles, les directions de nombreuses zones de santé se sont plaintes de la concurrence entre les prestataires au sein du réseau. Ils ont critiqué en particulier les politiques des groupes catholiques et protestants qui, sans l'accord de la direction de la zone, ont ouvert de nouveaux établissements là où d'autres existaient déjà.

Un trop grand nombre d'établissements dans certaines régions peut menacer leurs différentes capacités de viabilité financière. Au fur et à mesure que davantage d'établissement se font la concurrence pour gagner une partie de la population, la proportion de clients diminue pour chacun et les paiements des services risquent de ne plus suffire à couvrir les coûts totaux de l'établissement.

Nous pensons que la solution à ce problème serait de créer un comité général de santé dans chaque zone où seraient représentés tous les prestataires et la population. Les prestataires parallèles seraient également invités à participer à un tel comité. Le mesures qui touchent les prestataires aussi bien que la population devraient être discutées par les membres et les décisions seraient prises par consentement mutuel. Le règlement du Comité devrait prévoir des amendes pour les membres qui violent ces décisions prises par consentement mutuel. Le ministère de la Santé publique pourrait jouer un rôle important au niveau des directives pour créer de tels comités, encore que chaque zone devrait recevoir l'autonomie nécessaire pour établir ses propres règlements internes.

Nous pensons que le manque de planification dans les zones de santé peut entraîner le double emploi des services, l'utilisation inefficace des ressources et en fin de compte de mauvais résultats financiers et une qualité de soins insuffisante. La création d'un organisme où seraient représentés tous les prestataires et les consommateurs est peut-être un moyen de permettre une meilleur coordination des travaux au sein de la zone. Nous recommandons que le ministère de la Santé publique développe cette idée.

5.4 Autonomie financière des centres de santé

Comme nous l'avons mentionnée dans la section 4.6, de nombreux centres de santé sont incapables de récupérer leurs dépenses à partir de leurs recettes d'exploitation. Dans certains cas, cela est dû à une gestion insuffisante et les responsables des zones devraient pouvoir identifier ces situations. La présence de la concurrence parallèle peut également être en partie responsable de mauvais résultats financiers des centres de santé.

Cependant, dans de nombreux cas, les raisons qui font que certains centres n'arrivent pas à être auto-financés sont les suivantes: (1) la base de population est trop faible; (2) les conditions géographiques rendent l'accès aux soins difficiles; (3) une population avec des revenus modiques; et (4) combinaison de 1'3.

Bien des zones ont reconnu ces facteurs et se sont adressés au problème en demandant aux centres de santé qui ont un excédent de subventionner ceux en déficit. C'était le cas de Bokoro et Bwamanda en 1985. La direction de ces deux zones de santé a indiqué à l'équipe de l'étude qu'il devenait de plus en plus difficile de maintenir ce système de subvention croisée. Les comités des centres de santé se sont rendus compte que leurs ressources servaient à subventionner d'autres communautés et partant s'y sont opposés.

En plus, la direction des zones craignait également que des règlements futurs émanent du ministère de la Santé publique interdirait les subventions croisées entre les différents établissements. D'après eux, le règlement pourrait obliger chaque centre de santé à être financièrement autonome. Si cela s'avérait juste, ils ont prétendu que pratiquement la moitié des centres de santé devraient fermer leurs portes et arrêter de fonctionner. Par conséquent, la moitié de la population des zones se retrouverait sans accès aux soins.

Nous pensons que les centres de santé qui génèrent un excédent devraient pouvoir dépenser les fonds accumulés de la manière qui leur semble appropriée, y compris la possibilité de subventionner d'autres centres. Les centres qui fonctionnent à perte devraient être suivis de près par la direction de la zone pour identifier les causes qui sont qu'ils n'arrivent pas à récupérer l'intégralité des coûts. Si les raisons des mauvais résultats financiers s'avèrent être d'ordre démographique, économique ou sociale, les zones devraient analyser les manières de réduire les coûts et d'apporter des soins au plus faible coût possible. Si des subventions croisées ne sont pas possibles ou si elles sont insuffisantes à supporter les centres ayant de mauvais résultats financiers, les zones devraient chercher un soutien externe auprès du Gouvernement Zaïrois ou des ONG.

Apporter des soins de santé à des populations rurales pauvres relève d'une tâche difficile et onéreuse. Nous pensons que les zones de santé zaïroises et leurs populations ont déjà réalisé un succès important

en améliorant la santé des gens et en auto-finançant jusqu'à 79% de leurs dépenses de fonctionnement après seulement trois années de fonctionnement institutionnalisé. Cependant, les conditions de vie et de revenu ne sont pas réparties de manière égale dans les zones pour des raisons qui ne relèvent pas du contrôle de la population. Si le Gouvernement Zaïrois pense qu'il faut éliminer les subventions croisées entre le établissements sanitaires, il devrait en même temps reconnaître l'incapacité de certains centres à être financièrement autonomes dans le moyen terme. Par conséquent, le Gouvernement Zaïrois devrait affecter des fonds pour subventionner les centres de santé incapables de s'auto-financer pour leur permettre de continuer à donner des services de santé aux plus défavorisés. Continuer à apporter des soins de santé aux segments les plus pauvres de la population Zaïroise est une condition importante en vue d'atteindre des niveaux de développement économiquement plus élevés.

5.5 La présence des indigents

On trouve des indigents dans toutes les zones de santé. Ce sont des personnes qui ne peuvent pas payer le prix entier des services de santé, d'habitude des personnes âgées, les plus pauvres ou ceux très malades. En plus, dans de nombreuses zones la plupart des enfants sont considérés comme des indigents. Tel que nous l'avons expliqué dans la section 4.2, dans la zone de Dungu, tous les enfants de moins de quatre ans reçoivent des soins gratuits car leurs parents sont absents du foyer pendant la plupart du temps.

Par le passé, tous les fonctionnaires recevaient des soins gratuits dans la plupart des zones de santé. Ces dernières ne touchaient aucune subvention de l'Etat pour compenser ces prestations gratuites aux fonctionnaires et à leurs familles. Récemment, la direction des zones a commencé à demander aux fonctionnaires de payer le tarif normal en vue d'améliorer leurs résultats financiers.

En général, les zones de santé ont réussi à faire payer les gens pour les services consommés, et à donner en même temps des soins gratuits ou des remises aux très pauvres ou aux personnes âgées. Cependant nous pensons que certaines zones devraient encore renforcer davantage le concept de payer pour les services de santé parmi les consommateurs. Si certains groupes ou individus ne peuvent pas payer la somme entière, on peut établir des barèmes différents des tarifs, tels que le font de nombreuses zones. Si les enfants ne peuvent pas payer parce que leurs parents sont absents du foyer la plus grande partie du temps pour le travail des champs, le paiement d'une prime fixe et annuel par les parents pourrait être une solution viable.

5.6 Les compétences techniques des employées des zones de santé

Dans la plupart des zones de santé, le personnel médical et paramédical passe une grande partie de leurs temps aux travaux administratifs, par exemple la comptabilité, le contrôle des stocks, les acquisitions et les finances et cela en plus de leur travail médical.

Cela n'est pas une bonne situation pour deux raisons. Premièrement, en allouant une partie de leurs temps à faire un travail administratif, le personnel médical et paramédical ne peut pas se concentrer uniquement sur les travaux de santé pour lesquels ils ont été formés. En second lieu, le personnel médical généralement n'est pas très compétent pour les travaux administratifs par suite de leur manque de formation en ce domaine.

Le cas le plus grave est celui des médecins chefs de zone. Ils doivent partager leurs temps entre l'exercice de la médecine à l'hôpital de référence, la supervision technique des centres de santé, le travail administratif du bureau central et vers la fin de l'année la préparation d'un nombre important de rapports sur l'état d'avancement des travaux devant être remis à un certain nombre de donateurs et d'administrations. Certains médecins chefs ont tous les responsabilités car ils ne délèguent pas le travail à leurs subordonnés.

Nous recommandons que les zones de santé: (1) engagent de jeunes professionnels formés dans les domaines de la gestion, la comptabilité et les systèmes d'information; (2) forment leur personnel administratif; et (3) demandent une assistance technique dans les domaines mentionnés ci-dessus auprès des autres zones, des institutions publiques ou des ONG. En plus, nous recommandons fortement aux médecins chefs de zone de déléguer le travail administratif au personnel de gestion et de partager avec eux toutes les questions relatives à la gestion. Ces mesures permettront au personnel médical de consacrer une plus grande partie de leur temps au travail médical et déléguera les questions de gestion à un personnel technique qualifié.

5.7 Systèmes d'information des zones de santé

Comme nous l'avons déjà souligné tout au long de ce rapport, des systèmes d'information adéquats sont essentiels au succès financier et médical des zones. Nous pensons que la capacité d'auto-financement des zones peut être renforcée en améliorant la qualité de leurs systèmes d'information.

Nous recommandons que les zones mettent au point, entre autres, les systèmes d'information suivants au niveau du bureau central:

- comptabilité de tous les établissements sanitaires du réseau, avec des données détaillées sur les recettes et les coûts.
- interventions médicales dans chaque établissement indiquant les types et quantités de services fournis.
- système d'inventaire, avec niveaux et prix des stocks, fournisseurs et montants commandés et reçus par chaque établissement sanitaire.
- comptabilité centrale de la zone de santé.
- les systèmes devraient être mis à jour chaque mois et on devrait établir périodiquement des rapports de performance.

Chaque centre de santé devrait également mettre en place des systèmes sanitaires en conjonction avec le bureau central aux fins de comptabilité. Les zones de santé devraient chercher des conseils externes et envisager d'acheter des micro-ordinateurs pour appliquer les systèmes décrits ci-dessous.

5.8 Autonomie administrative des zones de santé

Nous pensons que les différences démographiques et socio-économiques entre les zones demandent qu'elles adoptent des schèmes administratifs, des politiques tarifaires et des plans de soins de santé différents. Nous pensons que les zones devraient être autonomes du point de vue technique car la direction des zones est en meilleure mesure de résoudre ses propres problèmes. Nous encourageons le Gouvernement Zaïrois à apporter formation et conseils au personnel des zones, mais nous ne le décourageons de vouloir imposer des schèmes administratifs uniformes et rigides aux zones de santé.

Annexe A

Questionnaires d'enquête

1. Dépenses mensuelles et annuelles
2. Systèmes de paiement

   A. Systèmes de paiement
   B. Traitements gratuits
   C. Pourcentages de soins gratuits
   D. Avantages et inconvénients des systèmes de paiement utilisés

3. Recettes annuelles et prix des services
4. Systèmes de gestion
5. Prix, consommation et stock de médicaments choisis

ENQUETTE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-RLACH

D E T A I L D E S D E P E N S E S

LIBELLE	NOMBRE	COUT UNITAIRE MOYEN/MOIS	COUT TOTAL/AN	OBSERVATIONS
I.- REMUNERATIONS				
- Medecin Chef de Zone				
- Medecin Directeur				
- Medecin Specialiste				
- Medecins				
- Superviseurs				
- Infirmiers				
- A1				
- A2				
- A3				
- Accoucheuses				
- Kinesitherapeutes				
- Laborantins				
- Anesthesistes				
- Pharmaciens				
- Nutritionistes				
- Administrateurs Gestionnaires				
- Comptables				
- Secretaires				
- Planton/Sentinelle/Lavandiers				
- Chauffeurs/Cuisiniers/Commis				
- Autres				
- Frais de Mission				
- Soins Medicaux				
- Charges Sociales **				
SOUS TOTAL I				

ENQUETTE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-REACH

D E T A I L D E S D E P E N S E S

LIBELLE	NOMBRE	COUT UNITAIRE MOYEN/MOIS	COUT TOTAL/AN	OBSERVATIONS
2.- FOURNITURES				
- Papiers/Bics/Crayons/Fiches/ Encres/Stencils/Rubans/ Cahiers/Registres/Classeurs/ Chemises/Divers				
3.- CARBURANT ET LUBRIFIANTS				
- Essence *				
- Gazoil *				
- Huile				
4.- TRANSPORT COMMERCIAL				
- Voyages				
- Fretes				
5.- ASSURANCES				
6.- MAINTENANCE				
- Vehicules				
- Batiments				
- Equipement et Materiel				
7.- VIVRES				
8.- LINGERIE				
9.- ACHATS SERVICES				
Plomberie + electricite + menuiserie + autres				
10.-EAU, ELECTRICITE				
11.-SUPERVISION				
12.-AUTRES				
13.-ACHATS DE MEDICAMENTS				
T O T A L (1+2+...+12)				

* Demander nombre de kilometres par mois

ENQUETTE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-REACH

R E C E T T E S: G E N E R A L I T E S

A. METHODES DE PAYMENT

	PRIX 1986	%Z DES GENS QUI PAIENT	SERVICES INCLUS DANS LE PAIEMENT	SERVICES EXCLUS DANS LE PAIEMENT	QUAND ET COMMENT SE FAIT LE PAIEMENT
CONSULTATION NOUVEAU CAS					
CONSULTATION ANCIEN CAS					
CONSULTATION MALADIE CHRONIQUE					
ACCOUCHEMENTS					
EXAMENS DE LABORATOIRE SIMPLES					
EXAMENS DE LABORATOIRE COMPLEXES					
EXAMENS DE RAYON X					
JOURNEE D'HOSPITALIZATION					
INTERVENTIONS CHIRURGICALES					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					

A. METHODES DE PAYMENT (CONT.)

	PRIX 1986	%Z DES GENS QUI PAIENT	SERVICES INCLUS DANS LE PAIEMENT	SERVICES EXCLUS DANS LE PAIEMENT	QUAND ET COMMENT SE FAIT LE PAIEMENT
INTERVENTIONS CHIRURGICALES (CONT.)					
-					
-					
-					
-					
CONSULTATION PRE-SCOLAIRE					
CONSULTATION PRE-NATALE					
CONSULTATION NAISSANCE DESIRABLE					
MEDICAMENTS					
VACCINATIONS					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					

B. QUELLES CATEGORIES DE PERSONNES RECOIVENT UN TRAITEMENT GRATUIT OU TARIF REDUIT?

	GRATUIT	REDUIT
(a) Le personnel du B.C.Z.S., H.G.R., C.S.R., C.S., P.S.		
(b) La famille du personnel		
(c) Les membres du Comite de Sante du Village ou d'autres comites		
(d) Les ayant droit (fonctionnaires)		
(e) Le personnel de la mission		
(f) Les indigents		
(g) Autres (a preciser)		

C. QUEL POURCENTAGE DES PRESTATIONS SE FONT GRATUITEMENT OU A PRIX REDUITS (VERIFIER QUE POUR CHAQUE CATEGORIE: PAYES + GRATUIT + REDUIT = 100%)

	PAYES	GRATUIT	PRIX REDUIT	TOTAL
Medicaments				100%
Accouchements				100%
Interventions Chirurgicales				100%
Consultations				100%
Hospitalisations				100%

D. QUELS SONT LES PROBLEMES OU AVANTAGES ASSOCIES A VOTRE SYSTEME DE PAIEMENTS EN CE QUI CONCERNE:

(a) L'equilibre de vos finances _____

_____

_____

_____

(b) Le controle des recettes _____

_____

_____

_____

(c) L'accessibilite economique de la population aux soins de sante (indigents)__

_____

_____

_____

(d) La frequentation des services_____

_____

_____

_____

(e) Autre _____

_____

_____

_____

ENQUETTE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SAMRU-REACH

NOM DE L'UNITE:
ZONE DE SANTE DE:
DATE: / /

D E T A I L D E S R E C E T T E S A N N U E L L E S

ENQUETEUR:
REPONDANT:
PAGE 1

LIBELLES	NOMBRE	PRIX UNITAIRE MOYEN	PRIX TOTAL	OBSERVATIONS
A. RECETTES PROPRES				
1.- CONSULTATIONS CURATIVES				
- 1ER NIVEAU (INFIRMIER)				
o Nouveau Cas				
o Ancien Cas				
- 2EME NIVEAU (MEDECIN)				
o Nouveau Cas				
o Ancien Cas				
- CONSULTATION PRIVEE				
o Nouveau Cas				
o Ancien Cas				
SOUS-TOTAL 1		//////////		
2.- ACTIVITES PREVENTIVES ET PROMOTIONNELLES				
- CONSULTATIONS PRE-NATALES				
- CONSULTATIONS PRE-SCOLAIRES				
- MALADIES CHRONIQUES				
- MAL NOURRIS				
- NAISSANCES DESIRABLES				
- VACCINATIONS				
- AUTRES				
SOUS-TOTAL 2	//////////	//////////		
3.- VENTE DE MEDICAMENTS				
4.- ACCOUCHEMENTS				
5.- INTERVENTIONS CHIRURGICALES				
- MAJEURES				
- MINEURES				
6.- EXAMENS DE LABORATOIRE				
- EXAMENS SIMPLES				
- EXAMENS COMPLEXES				

ENQUETTE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-REACH

NOM DE L'UNITE:
ZONE DE SANTE DE:

D E T A I L D E S R E C E T T E S A N N U E L L E S

ENQUETEUR:
DATE: / /

LIBELLES	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL	OBSERVATI
7.- EXAMENS R.X.				
8.- HOSPITALISATIONS (JOURNEES)				
9.- HONORAIRES SUPERVISION				
10.- AUTRES				
SOUS-TOTAL A				
B. RECETTES HORS ACTIVITES				
1.- CANTINE				
2.- VENTES DIVERSES				
3.- COTISATIONS DE LA POPULATION				
SOUS-TOTAL B				
C. SUBVENTIONS				
1.- ETAT				
2.- ORGANISMES NON GOUVERNAMENTAUX				
.- COOPERATION BILATERALE				
4.- COOPERATION MULTILATERALE				
5.- BUREAU CENTRALE DE LA ZONE DE SANTE				
6.- HOPITAL GENERALE DE REFERENCE				
.- CENTRE DE SANTE DE REFERENCE				
8.- CENTRE DE SANTE				
9.- AUTRES DONS (*)				
SOUS-TOTAL C				
TOTAL GENERAL (A+B+C)				

(*) Note methodologique pour l'enqueteur:
1) Demander la valeur de dons en nature.
2) Si la valeur est inconnue, note descriptive en vue de sa valorisation en se referant au prix de marche.

GESTION

ENQUETE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-BUKAVU

INFORMATION SUR L'ORGANISATION DE LA GESTION

(1) QUI UTILISE LES DOCUMENTS COMPTABLES SUIVANTS:

DOCUMENTS	MEDECIN CHEF DE ZONE	MEDECIN DIRECTEUR	ADMINIST. GESTION-NAIRE	SUPERVI-SEUR	INFIRMIER TITULAIRE	COMPTABLE	SECRETAIRE	AUTRE
LIVRE DE CAISSE								
LIVRE DE BANQUE								
FICHE BUDGETAIRE								
BON DE DEPENSE								
BON DE CAISSE								
RECUS OU QUITTANCE								
CHEQUIER								
ORDRES DE PAIEMENT								

(2) ELABOREZ VOUS UN PLAN DE DEPENSES? OUI NON
SI OUI, AVEC QUELLE PERIODICITE?

(a) Chaque mois
(b) Chaque trimestre
(c) Chaque semestre
(d) Chaque annee
(e) Autre (a preciser)_____

(3) ELABOREZ VOUS UN RAPPORT FINANCIER? OUI NON
SI OUI, AVEC QUELLE PERIODICITE?

(a) Chaque mois
(b) Chaque trimestre
(c) Chaque semestre
(d) Chaque annee
(e) Autre (a preciser)_____

(4) EST-CE-QUE VOTRE INSTITUTION A UN COMPTE PROPRE EN BANQUE OU AILLEURS? OUI NON
SI OUI, QUI LE GERE:

(a) Medecin Chef de Zone
(b) Medecin Directeur
(c) Administrateur Gestionnaire
(d) Superviseur
(e) Infirmier Chef
(f) Comptable
(g) Secretaire
(h) Autre (a preciser)_____

ENQUETE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-REACH

INFORMATION SUR L'ORGANISATION DE LA GESTION

(5) QUELLE EST LA PERSONNE QUI PREND LA DECISION D'ENGAGER LES DEPENSES?

MONTANT EN ZAIRES	MEDECIN CHEF DE ZONE	MEDECIN DIRECTEUR	ADMINIST. GESTIONN.	SUPERVI-SEUR	INFIRMIER TITULAIRE	COMPTABLE	COMITE DE GESTION	AUTRE
Moins de Z 100								
Entre Z 101 - 500								
Entre Z 501 - 1.000								
Entre Z 1.001 - 5.000								
Plus de Z 5.000								

(6) COMMENT SE FAIT L'APPROVISIONNEMENT DE VOTRE INSTITUTION EN MEDICAMENTS ET FOURNITURES:

MEDICAMENTS _____

_____

_____

AUTRES FOURNITURES _____

_____

_____

(7) COMMENT RECEVEZ VOUS VOS MEDICAMENTS ET AUTRES FOURNITURES?

MEDICAMENTS _____

_____

_____

AUTRES FOURNITURES _____

_____

_____

(8) COMMENT FIXEZ VOUS LES PRIX DES:

LIBELLE	COUT	CONCURRENCE	POUVOIR D'ACHAT	OBSERVATIONS
(a) Medicaments				
(b) Accouchements				
(c) Interventions chirurgicales				
(d) Consultations				
(e) Examens de laboratoire				
(g) Examens de R.X				
(h) Hospitalisations				
(i) Honoraires de supervision				
(j) Autres				

ENQUETE SUR LE FINANCEMENT DES ZONES DE SANTE AU ZAIRE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE DU ZAIRE-SANRU-REACH

DEPENSES, RECETTES ET INVENTAIRE DES MEDICAMENTS

LIBELLE	QUANTITE PAR AN	COUT UNITAIRE AU MARCHE	COUT TOTAL	PRIX DE VENTE UNITAIRE	PRIX DE VENTE TOTAL	INVENTAIRE MOYEN QUANTITE
1.- Peni. Procaine						
2.- Chloroquine a 100 mg.						
3.- Aspirine a 500 mg.						
4.- SRO						
5.- Chloramphenicol caps. 250 mg.						
6.- Fer a 300 mg.						
7.- Levamisole a 50 mg.						
8.- Paracetamol a 500 mg.						
9.- Levamisole a 150 mg.						
10.- Chloramphenicol ogt.						
11.- Didyrone amp. 1 mg.						
12.- Tetracycline caps. 250 mg.						
13.- Ampicilline						
14.- Papaverine amp.						
15.- Mebendazole						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						
TOTAL		//////////		//////////		//////////

Tableau B.1
Données démographiques de base
Dix zones de santé
1985

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
Population (en milliers)	164,3	108,0	114,4	121,0	135,0	78,8	83,5	105,0	200,0	75,0
Taux de natalité (%)	nc	46	46	41	nc	50	56	47	72	nc
Taux de mortalité (%)	nc	20	16 **	nc	nc	nc	16	30	24	nc
Taux d'accroissement net de la population (%)	nc	2,5	2,4	nc	nc	nc	6,6	1,7	3,9	nc
Région (km2)	4.500	5.650	2.400	19.050	6,500	13.500	60	14.481	1.600	4.600
Densité moyenne de la population (hab/km2)	35,8	12,5	47,7	6,3	20,8	5,8	1.392	7,3	125	17,8
Concentration de la population par régions	nc	43% dans 4 villes	100 villes 1.300 hab. chacune	39% dans 4 villes	nc	2 zones une 78% pop. d=25,5 autre 22% p. d=1,6	Majorité dans 15 km2 dens= 5.434	54% hab. dans 4 km2 den= 16.820	nc	nc

* Le taux d'accroissement net de la population élevé à Kikimi s'explique par le taux de migration net des zones rurales vers la capitale du Zaïre

** Le taux de mortalité de Bwamanda est sous-estimé selon son médecin chef de zone

nc: non connu

Annexe C

Structure administrative des zones et systèmes de gestion

Cette annexe décrit l'organisation des établissements qui font partie des réseaux des zones.

Les zones de santé Zaïroises sont organisées selon le modèle pyramidal classique. Au sommet des groupes de prestataires se situe l'hôpital de référence qui offre l'essentiel des soins hospitaliers et s'occupe des cas plus compliqués. En bas du système on trouve les postes de santé qui traitent les cas ambulatoires plus simples et développent les programmes préventifs. Les centres de santé et les centres de santé de référence sont à un niveau intermédiaire et apportent des services ambulatoires et hospitaliers divers.

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 problème sont orientés vers le niveau supérieur.

Les travaux médicaux et administratifs de ces quatre catégories d'établissement sanitaires sont supervisés et coordonnés à des degrés divers par le bureau central.

La nature de la relation entre les établissements cités ci-dessus varie selon les zones. La figure 4.1 représente les services techniques, administratifs et de direction et leurs relations telles qu'observées dans une zone de santé typique.

La décision au niveau de la zone de santé sont prises généralement par le comité de gestion de la zone de santé présidé en règle générale par le médecin chef de zone; les prestataires, les centres de santé, l'hôpital de référence et la population sont généralement représentés au sein de ce comité.

Les décisions concernant les centres de santé sont généralement prises par le comité de gestion des centres de santé, au sein duquel sont représentés la population, les prestataires et le personnel technique des centres de santé. Le médecin chef de zone préside normalement ce comité.

Les travaux techniques et administratifs de l'hôpital de référence sont généralement décidés et coordonnés par le comité de gestion de l'hôpital, co-présidé par le directeur de l'hôpital et le médecin chef de zone.

La population joue un rôle actif au niveau du centre de santé par l'intermédiaire des comités de santé des centres. Généralement, chaque centre de santé a son propre comité composé de bénévoles communautaires. Ils jouent un rôle important au niveau du contrôle de la comptabilité, de la qualité des soins et un rôle essentiel en niveau des activités telles que l'éducation à la santé et l'assainissement.

Le bureau central supervise les travaux médicaux et administratifs qui se déroulent dans les centres de santé. La supervision implique des déplacements périodiques dans les centres de la part du médecin chef de zone et des autres médecins et infirmiers du bureau central. En contrepartie de ses services de supervision, le bureau central demande des honoraires aux centres de santé.

Les honoraires de supervision peuvent être les mêmes pour tous les centres de santé ou variaient selon le volume d'activités des différents établissements. Par exemple, à Kalonda chaque centre de santé a versé des honoraires de supervision mensuels de 400 Z en 1985. A Kirotshe, ils ont payé 10% de leurs recettes mensuelles, non compris celles provenant de la vente de médicaments. A Dungu, en 1986 les centres de santé ont payé au bureau central 50% de leurs recettes mensuelles, médicaments non compris. Finalement, à Bokoro, les honoraires de supervision payés par chaque centre sont proportionnels à la population de la région du centre et au nombre de nouveaux cas curatifs traités.

En plus de son rôle de supervision, le bureau central accomplit d'autres tâches permettant le fonctionnement du réseau de santé des zones. S'agissant de la comptabilité, de la planification financière et technique, de l'acquisition et de la gestion de médicaments et de matériel, de la formation des employés et de la coordination des activités de PEV etc. Les honoraires de supervision sont généralement insuffisants à financer les dépenses imputables à ces activités et ne sont qu'une petite fraction des dépenses totales du bureau central.

En ce qui concerne l'approvisionnement du matériel, les centres de santé achètent la majorité de leurs médicaments et fournitures médicales à une pharmacie centrale qui est gérée par le bureau central. Dans certains cas, le bureau central demande une marge bénéficiaire sur le prix d'achat qui permet de financer une partie de ses dépenses de fonctionnement. Dans d'autres zones, le bureau sert seulement d'intermédiaire et ne demande rien pour son rôle de fournisseur. La proportion de médicaments et fournitures que les centres de santé vont acheter chez d'autres fournisseurs est assez faible.

La relation la plus importante entre les centres de santé et l'hôpital concerne l'aiguillage des patients. Dans la plupart des cas, les patients sont orientés vers l'hôpital sans que cela n'entraîne de frais pour le centre de santé. Dans quelques rares cas, cependant les centres de santé doivent verser un paiement à l'hôpital pour chaque cas orienté. Un tel paiement est fixé par l'hôpital afin d'empêcher les centres de santé d'envoyer des patients qui pourraient être traités au centre. A Kikimi, un tel paiement représente 5 Z, ce qui selon toute évidence ne couvrent pas les coûts occasionnées par le patient orienté. Kikimi est en train de revoir ses barèmes. Kindu représente un autre exemple d'une zone où les centres de santé doivent faire un paiement à l'hôpital pour les cas qu'ils

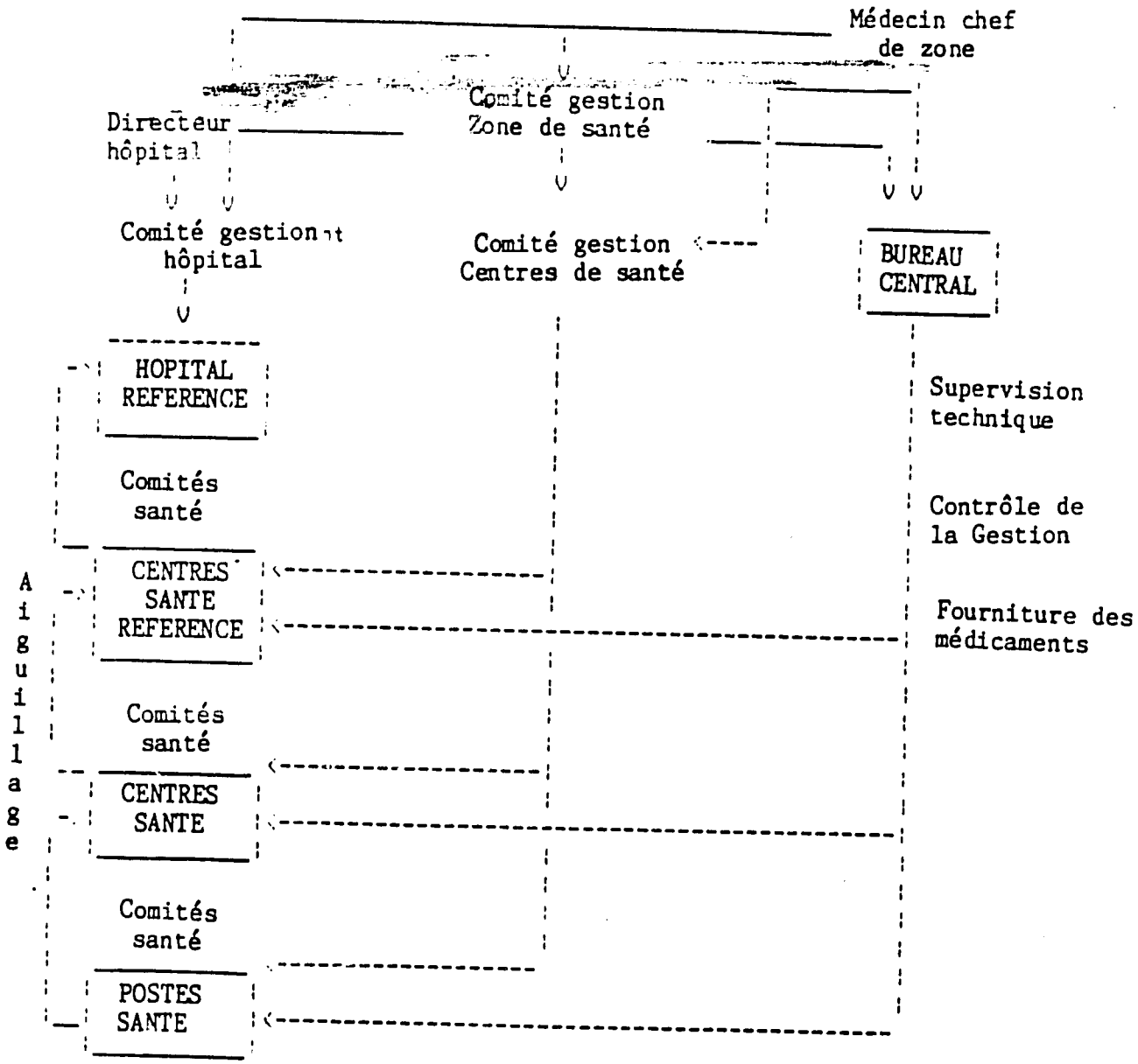
orientent. En 1985, l'hôpital a reçu 75.900 Z (1.500 $) à partir des frais d'aiguillage.

Finalement, l'hôpital de référence est prévu pour être financièrement indépendant et souvent sa seule relation formelle avec le bureau central concerne uniquement l'achat de médicaments.

Annexe C (Suite)

Figure 4.1

Structure administrative typique
d'une zone de santé



Annexe D

Types d'établissements, de personnels et de services fournis dans les réseaux des zones

Les postes de santé apportent des services curatifs de base tels que le traitement des cas bénins de diarrhée et de paludisme. Ils sont administrés par des auxiliaires qui ont été formés dans le cadre des programmes de formation de la zone. Les postes des santé s'occupent également des vaccinations et des programmes d'éducation pour la santé. Les postes ont des stocks de base pour les médicaments. Souvent ce sont d'anciens dispensaires et il arrive fréquemment que les zones les fassent passer au niveau de centre de santé.

Les centres de santé offrent une vaste gamme de services curatifs, du traitement de base des maladies parasitaires et infectieuses aux cas plus compliqués qui demandent une chirurgie ambulatoire. Les centres de santé fournissent également l'essentiel des services préventifs de la zone. Ils cherchent à faire participer les enfants et les femmes enceintes à leurs programmes préventifs pré-scolaires et pré-natals. Les deux programmes comprennent des mesures de vaccination et de prophylaxie centre les maladies infectieuses et parasitaires. Quelque fois, les centres de santé disposent d'une maternité de 5 à 15 lits et quelques lits pour la chirurgie et les cas de malnutrition. Les centres de santé encouragent également les activités d'éducation à la santé parmi la population. La plupart possède un microscope et peut faire des tests de laboratoire simples pour le diagnostic. La dimension des centres de santé varie énormément d'une zone à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'une zone. Un centre compte 5 à 20 lits (maternité compris), il est géré par un infirmier de niveau A2 (secondaire plus deux ans de formation infirmière), une sage-femme et une accoucheuse traditionnelle ainsi que un ou deux auxiliaires.

Les centres de santé de référence offrent les services fournis par un centre de santé tout court plus de nombreux soins hospitaliers du type de ceux prêtés par l'hôpital de référence. Leur dimension va de 15 à 50 lits, y compris un service de maternité. Les centres de référence offrent de nombreux services chirurgicaux en milieu hospitalier. La plupart compte 4 à 7 infirmiers de niveau A3, un ou deux de niveau A2 (primaire plus une année de formation dans la zone), une ou deux accoucheuses traditionnelles et 2 à 5 auxiliaires. Les centres de référence ont d'habitude un laboratoire pour faire des tests diagnostics. La plupart ont une banque de sang.

Les hôpitaux de référence sont des formations de taille moyenne comptant 40 à 200 lits. Ils offrent des services hospitaliers en obstétrique, chirurgie, médecine générale, pédiatrie, nutrition, observation pré-natale et isolation pour maladies contagieuses. Le nombre de personnel travaillant à un hôpital de référence varie de 43 (Bwamanda) à 130 (Sona-Bata) personnes. Ils ont généralement deux à trois médecins dont certains partagent leur temps entre des fonctions médicales et des fonctions administratives au bureau central. Les hôpitaux comptent entre 15 à 30 infirmiers A3, 2 à 5 infirmiers A2 et plusieurs accoucheuses

traditionnelles et auxiliaires. En plus, les hôpitaux de référence ont un service administratif avec un comptable (niveau A3) et deux ou trois employés. La plupart des hôpitaux ont une banque de sang, une maternité et des consultations externes. Ils servent généralement de centres de santé de référence dans leur région sanitaire. Finalement, les hôpitaux peuvent faire des examens de laboratoire, des radiographies et possèdent un électrocardiogramme.

Annexe E

Infrastructure médicale des zones de santé et appartenance des établissements sanitaires, 1985

Tableau E.1

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
Appartenance de l'hôpital de référence	PROT	CATH	AUT	GOZ	PROT	GZ	CATH	GZ	GZ	PROT
No. centre santé ref.	6	4	4	3	3	0	0	0	2	2
Appartenance										
GZ	4	1		3						
CATH	1									1
PROT	1	2			1				2	
AUT		1	4		2					
										1
No. centre santé	3	40	15	14	11	10	8	10	18	16
No. postes santé	0	nc	1	11	0	4	0	0	2	16
Appartenance										
GZ	1	29		21	2	13	8	4	16	14
CATH	1	4		2	2			1		2
PROT		3		2	7					9
AUT	1	4	16			1		5	4	7
Totale										
Centre santé	10	45	21	29	15	15	9	11	23	35
Appartenance										
GZ	5	30		25	2	14	8	5	17	15
CATH	2	5		2	3		1	1	2	2
PROT	2	5		2	10					10
AUT	1	5	21			1		5	4	8
Pop. totale de la zone (milliers)	164,3	108,0	114,4	121,0	135,0	78.8	83,5	105,0	200,0	75,0
Population moyenne par établissement (milliers)	16,4	2,4	5,4	4,2	9,0	5.3	10,3	9,5	8,7	2,1
No. Lits Hosp. de réf.	200	100	130	200	120	120	30	127	105	130

GZ :Gouvernement du Zaïre
PROT :Protestant
CATH :Catholique
AUT :Autres (groupes réligieux, entreprises, individus)
na :non connu

Infrastructure médicale des zones de santé et appartenance des établissements sanitaires

(i) Le nombre d'établissements sanitaires indiqué sur le tableau correspond uniquement aux établissements faisant partie des réseaux des zones. Les prestataires parallèles ne font pas partie de ce nombre et par conséquent il s'agit d'une sousestimation du total d'établissements sanitaires des zones. Les données sur le nombre de prestataires parallèles n'ont pas été collectées par l'équipe de l'étude.

(ii) Toutes les zones ne se conforment pas au modèle type d'une zone de santé suggéré par le ministère de la Santé publique. En fait, certaines zones comme Kaniama, Kindu et Kikimi n'ont pas de centres de santé de référence du tout et de ce fait pas d'établissement intermédiaire entre les centres de santé et l'hôpital de référence. D'autres zones appuient les activités des centres de santé par les postes de santé, manière moins chère d'étendre la couverture et de dégager les centres de santé des cas moins compliqués qui peuvent être traités par un auxiliaire au niveau du poste de santé. Par exemple, Sona-Bata a un poste de santé pour chaque centre de santé, les deux desservant la même région sanitaire. Certaines zones ont décidé de ne pas établir des postes de santé, par exemple Bibanga, Kalonda et Kikimi.

(iii) Le tableau montre le rapport entre la population totale d'une zone et le nombre total des établissements sanitaires. Bien que les rapports entre les zones ne soient pas tout à fait comparables (par suite des différences dans la quantité de services fournis et la dimension des établissements) certains commentaires peuvent toutefois être faits sur l'ordre de grandeur de ces chiffres. Par exemple à Kikimi chaque centre de santé couvre une population moyenne de 18.300 personnes, alors que ce chiffre est environ la moitié à Kindu. Si l'on exclut les postes de santé à Sona-Bata (les postes de santé et les centres couvrent la même population dans cette zone), la population moyenne par centre de santé est de 4.100 personnes, soit un quart de celle de Kikimi.

(iv) En plus du nombre de lits des hôpitaux de référence indiqué sur le tableau, il existe un certain nombre de lits dans le cadre de soins semi-hospitaliers, surtout dans les centres de santé de référence et les centres de santé. Par exemple, dans la zone de santé de Dungu, les trois centres de santé de référence ont un total de 110 lits et trois centres de santé comptent au total 46 lits.

Annexe F

Prestataires et services offerts dans les zones de santé

Cette annexe traite des questions relatives aux prestataires qui font partie des réseaux des zones. La section 2 de cette annexe décrit les questions se rapportant aux prestataires parallèles, à savoir la structure sanitaire ne faisant pas partie des réseaux des zones.

1. Prestataires à l'intérieur des réseaux

Les établissements sanitaires font partie du réseau de la zone si ils ont été autorisés à exercer par le médecin chef de zone. La plupart des établissements du réseau sont supervisés par le bureau central de la zone. Les établissements médicaux réseau relèvent généralement de l'Etat, de groupes religieux ou d'entreprises, lesquelles ont créé ces établissements pour apporter des services de santé à leurs employés.

Le titre de propriété des établissements sanitaires, en niveau de la zone, est déterminé généralement par l'organisme qui apporte les fonds pour financer la construction de l'établissement. Le titre de propriété est également déterminé par l'affiliation des personnes qui gèrent l'établissement médical.

Le Gouvernement Zaïrois possède 57% des établissements sanitaires des dix zones. Les catholiques, les protestants et d'autres propriétaires représentent respectivement 8,14 et 21% (cf Annexe E). Dans certaines zones (Bwamanda, Kikimi), le Gouvernement Zaïrois possède la plupart des établissements alors que dans d'autres l'appartenance catholique, protestante et privée domine. La majorité des établissements sanitaires appartenant ou étant gérés par les catholiques ou les protestants font partie du réseau de la zone et acceptent donc la supervision du bureau central. Cependant, certains établissements refusent de payer les honoraires de supervision. En plus, les établissements catholiques et protestants appliquent parfois des barèmes de tarif différents pour les services dans les zones où le bureau central cherche à instaurer un système de tarification unique.

Les entreprises Zaïroises sont tenues par la loi d'apporter des soins gratuits à leurs employés et à la famille de ces derniers. De nombreuses entreprises privées ou publiques qui travaillent dans les zones de santé ont créé et gèrent leurs propres dispensaires généralement des centres de santé.

Les centres de santé des entreprises se conforment généralement aux règlements et procédures recommandés par le bureau central. Les employés d'une entreprise qui possède un centre de santé ne payent pas pour leurs soins. Dans la plupart des cas, les centres de santé relevant d'une entreprise dispensent également des soins à des non-employés auxquels ils appliquent les prix uniformes de la zone.

Les entreprises qui ne possèdent pas leurs propres établissements sanitaires prennent des dispositions avec les zones pour payer les soins dispensés à leurs employés et famille dans les centres de santé et les

hôpitaux de référence. Il résulte de ces accords que la plupart des zone de santé ont établi un système de deux listes de prix, l'une pour les patients privés et l'autre pour les employés des entreprises et leurs familles. Les établissements sanitaires qui font partie des réseaux tiennent des dossiers sur le nombre et types de services fournis aux bénéficiaires des entreprises. Périodiquement, le bureau central compile cette information et envoie une facture aux entreprises avec lesquelles un contrat a été passé.

Les paiements exigés des entreprises sont généralement plus élevés que ceux des patients privés. Par exemple, dans la zone de santé de Kaniama, le paiement pour un épisode de maladie traité au centre de santé revient à 50 Z pour les bénéficiaires de l'entreprise, ce qui représente plus du double du prix demandé aux patients privés. Dans la zone de Kindu, les paiements correspondants sont respectivement de 150 Z et 50 Z (cf prix en Annexe 4).

Des contraintes de temps n'ont pas permis de voir pour quelles raisons les entreprises acceptent de payer des prix plus élevés que le grand public. Si les centres de santé peuvent récupérer leurs dépenses de fonctionnement à partir de leurs recettes de fonctionnement, les entreprises devraient également pouvoir construire et gérer leurs propres services à un coût plus faible que celui qu'elles versent actuellement aux zones. Une analyse complémentaire et des recommandations portant sur cette question sont donnés dans la section 5.1.7.

2. Concurrence des prestataires parallèles

Dans certaines zones, les prestataires parallèles représentent une forte concurrence pour les réseaux des zones. Par exemple, dans la zone de Bokoro, le médecin chef de zone estime que 50 à 75% du total des visites ambulatoires curatives se font dans les dispensaires parallèles. Il en résulte une proportion plus faible de la demande totale qui passe par les établissements de la zone et partant incapacité de certains d'entre eux à générer assez de recettes pour financer leurs coûts. De nombreux établissements des zones qui ont des déficits d'exploitation pourraient avoir une meilleure situation financière si la fréquentation était plus élevée. Les dispensaires parallèles pratiquent également des interventions plus compliquées, par exemple des interventions chirurgicales et là aussi sont en concurrence avec les établissements des zones.

Les médecins chefs de zone et leurs personnels ne se préoccupent pas seulement de la concurrence parallèle à cause de ses effets négatifs sur la demande mais aussi parce qu'ils pensent que la qualité des soins donnée est inacceptable. L'équipe de l'étude n'a pas eu la possibilité de visiter des dispensaires parallèles pour juger de la qualité de leurs services.

Une information limitée a été apportée aux membres de l'équipe concernant la manière dont les dispensaires fonctionnent. A Bokoro, la plupart de ces unités fonctionnent avec des gens qui n'ont pas reçu une

formation formelle. Ils demandent un paiement fixe par jour, ce qui veut dire que le patient doit payer chaque fois qu'il/elle revient se faire soigner. Les premiers six mois de 1986, le paiement était de 20 Z par jour (0,30 $). Ce paiement est environ égal au paiement par épisode de 20 - 25 Z demandé par les centres de santé faisant partie du réseau. Si les paiements sont comparables, le système du réseau permet toutefois au patient un nombre illimité de consultations au centre de santé jusqu'à qu'il soit guéri. Par contre, si un patient doit retourner au dispensaire parallèle pour le même épisode, il ou elle devra payer 20 Z pour chaque consultation. Les médicaments font l'objet d'un paiement séparé dans les deux, dispensaires parallèles et réseau. Cependant, les clients des prestataires parallèles doivent acheter les médicaments, dans des dispensaires parallèles ou des pharmacies locales, à des prix plus élevés que ceux demandés par les établissements du réseau. Dans la zone de santé de Kalonda, la structure parallèle demande jusqu'à 150 Z par jour qui peut être comparé au 50 Z pour le traitement d'une maladie aux centres de santé de cette zone. Ainsi, les services ambulatoires semblent être plus chers dans les dispensaires parallèles que dans les réseaux des zones, que ce soit à Bokoro ou à Kalonda.

La concurrence parallèle n'existe pas dans toutes les zones de santé. Les autorités sanitaires à Bwamanda et Kindu prétendant qu'ils n'ont aucune concurrence à l'extérieur de leurs réseaux. La section 5.2 analyse plus en détail la question de la concurrence parallèle et ses répercussions.

Annexe G

Statistiques de la fréquentation des services

Des indicateurs de base sur la fréquentation et la couverture des services sont présentés dans le tableau de cette annexe. Les commentaires sur ces données sont les suivants:

(i) Nouveaux épisodes traités-curatifs (ligne D). Les données du tableau ne recensent que les épisodes curatifs traités dans les établissements des réseaux des zones de santé. Le nombre total des épisodes curatifs traités dans tous les établissements des zones n'est pas connu. Dans les zones où on trouve une importante concurrence parallèle, les données du tableau sous-estiment beaucoup la fréquentaiton totale (par exemple, Bokoro, Kikimi). Dans les zones où la concurrence est négligeable (Bwamanda, Kikimi) les chiffres sont une bonne estimation de la fréquentation totale.

Les données de la ligne D sont des indicateurs imparfaits de la fréquentation totale des services de santé curatifs par les populations des zones. Cependant, on peut comparer la fréquentation des services à l'intérieur des réseaux. A Bokoro, par exemple, le nombre moyen d'épisodes curatifs traités dans le réseau était 0,57 épisode par personne habitant dans une région sanitaire par année (61.100/107.000). A Bwamanda, le chiffre correspodnant est similaire et correspond à 0,77. A Kindu cet indicateur est faible, égal à 0,38. Ce dernier chiffre est encore plus bas si on considère que Kindu prétend n'avoir aucune concurrence parallèle. Sona-Bata, par ailleurs, a la plus forte fréquentation des services curatifs ambulatoires au Zaire selon le personnel de SANRU. Son rapport de fréquentation par habitant de 1,43 est pratiquement 4 fois celui de Kindu. Sona-Bata est également la zone de santé qui a le plus grand nombre d'établissements sanitaires par habitant (cf Annexe E). En résumé, la fréquentation moyenne des services curatifs dans les réseaux des zones varie entre 0,29 et 1,36 nouveaux épisodes par personne par an.

Une information intéressante concerne le nombre moyen de visites faites par le patient pas épisode de maladie (non indiqué sur le tableau). Le nombre de visites détermine partiellement le coût du système consistant à traiter un épisode de maladie. Plus on a de visites, plus le coût par épisode est élevé pour l'établissement. Si les patients payent par épisode, les visites supplémentaires ne font qu'augmenter les coûts sans pour autant accroitre les recettes. Les données sur Bwamanda, où des statistiques exactes ont été gardées sur le nombre de visites, nouveaux cas et anciens cas, indiquent que le chiffre moyen et de 3,35. Cela signifie que chaque nouvel épisode de maladie traité au centre de santé sera probablement suivi de 2,35 visites supplémentaires du patient, avant que l'épisode ne soit guéri.

Des données de sondage pour Bokoro indiquent que chaque épisode demande 4,3 visites au dispensaire (1 nouveau + 3,3 visites suivants).

(ii) Lignes F à I indiquent la fréquentation des services préventifs au sein des réseaux des zones. Les lignes F à H montrent le nombre de femmes et d'enfants inscrits aux programmes pré-natals et pré-scolaires pendant 1985. Les lignes G et I montrent la proportion d'inscription par rapport à la population cible totale. Ce dernier chiffre est établi par le taux de mortalité multiplié par la population totale.

La ligne G montre qu'à Bwamanda, Kaniami et Kindu, le nombre de femmes enceintes inscrits dans les programmes pré-natals pendant 1985 est presque égal au nombre de femmes qui, selon le taux de natalité estimé, sont tombées enceintes pendant la même année.

La ligne I montre que dans les zones qui ont les meilleurs résultats (là aussi Bwamamda et Kindu), moins de 80% des enfants d'âge pré-scolaire étaient inscrits aux programmes pré-scolaires en 1985. Dans cinq des sept zones pour lesquelles on dispose de données, la proportion de femmes enceintes inscrites aux programmes pré-natals était plus élevée que celle des enfants inscrits aux programmes pré-scolaires. Les exceptions à cette règle étant Dungu, où les rapports étaient assez similaires (0,53 contre 0,59) et Kikimi où la majorité des femmes enceintes seraient allées s'inscrire dans les programmes pré-natals des zones voisines.

La différence entre les taux d'inscription pré-natals et pré-scolaires (le permier étant plus elevé que le second) montre que de nombreuss femmes qui suivent les programmes pré-natals décident de ne pas inscrire leurs nouveaux-nés aux programmes pré-scolaires. Les données collectées dans quelques centres de santé dans la zone de Kirotshe montrent des différences importantes entre ces deux taux.

Une analyse complémentaire de la couverture des programmes préventifs et des recommandations pouvant aider à arriver à une couverture plus élevée sont présentées dans la section 5.1.5.

(iii) Les lignes J à R présentent les données de fréquentation des services hospitaliers. Le manque de fiabilité de certains chiffres ne permet pas une comparaison systématique de l'information entre établissements.

Tableau G.1

Annexe G (suite)

Statistiques de base sur la fréquentation et la couverture
Dix zones de Santé
1985

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalon	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona Bata
A. Population (milliers)	164	168	114	121	135	79	84	65	200	75
B. Pop. couverte (*)	n	107	86	61	68	58	61	78	120	71
C. Nombre d'unités sanitaires	16	45	21	29	15	15	9	11	23	35
D. Nouveaux epis. curat traités (m)	n	61,1	66,8	50,0	n	20,3	23,8	30,6	n	102
E. Nouveaux epis. curat traités par pop. couverte	n	0,57	0,77	0,81	n	0,35	0,39	0,38	n	1,43
F. Nouveaux cas pré-natals enregistrés	n	2674	5879	2629	2764	3886	668	3492	6418	n
G. Nouveaux cas pré-natals enregistrés % pop. cible	n	0,57	0,96	0,53	0,46	0,98	0,21	0,95	0,45	n
H. Nouveaux cas pré-scolaires enregistrés	n	2667	4188	2926	2399	6152	1592	2864	n	n
I. Nouveaux cas pré-scolaires enregistrés % pop. cible	n	0,43	0,78	0,59	0,4	0,41	0,52	0,78	n	n
J. Nombre de lits hôp. de référence	250	168	136	168	120	166	36	127	165	130
K. Jours de patients (m)	n	16,8	49,0	24,5	n	9,7	n	31,7	14	45,2
L. Fréquentation	0	27%	166%	42%	n	16%	n	68%	37%	95%
M. Hospitalisation	3738	1834	n	1828	1455	2855	1646	3424	1666	3952
N. Durée moy. du séjour	n	16,2 m	n	13,4	n m	n	n	9,3	14,0	11,4 m
O. Interv. chirurg.	1836	276	3918	1568	379	1239	n	763	646	847
P. Accouchements	n	n	1384	594	592	1295	196	1195	322	n
Q. Radiographies	n	n	n	398	n	1144	n	371	287	1194
R. Ex. de laboratoires (milliers)	n	26,5	22,2	17,0	19,1	n	n	12,9	n	n

n: non connu ou données inexactes
m: seulements chirurgie lourde
*: maternité exclue

GD

Annexe H: Tableau de financement, dix zones de santé, 1985

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda
BUREAU CENTRAL					
Recettes de fonctionnement					
Frais de Supervision centres de santé	18.196	423.433	168.666	153.166	nd
Recettes nettes des ventes de médicaments	168.483	0	0	0	838.457
Autres recettes de fonctionnement	54.814	0	0	0	0
Recettes de fonctionnement totales	181.487	423.433	168.666	153.166	838.457
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	---	147.333	86.239	300.888	120.000
Entretien véhicule et bâtiments	---	---	215.666	---	---
Carburants et lubrifiants	---	---	---	150.726	---
Fournitures de bureau	---	---	12.584	14.466	---
Autres dépenses	664.973	283.284	31.575	67.566	452.510
Dépenses de fonctionnement totales	664.973	430.617	345.398	533.568	572.510
Résultat d'exploitation avant subvention	(423.486)	(7.184)	(236.798)	(380.468)	265.947
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	0	7.184	117.178	180.000	0
Autres donateurs	423.486	0	119.620	200.468	120.000
Subventions de fonctionnement totales	423.486	7.184	236.798	380.468	120.000
Investissements	1.712	42.534	0	0	631.225
Subventions d'investissement					
Gouvernment Zaïrois	0	0	0	0	0
Privées	1.712	42.534	0	0	245.278
CENTRES DE SANTE					
Recettes de fonctionnement					
Services de santé payants	nd	2.229.255	1.312.131	1.114.896	nd
Ventes de médicaments	nd	---	---	1.048.560	nd
Recettes de fonctionnement totales	nd	2.229.255	1.312.131	2.163.456	nd
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	nd	562.822	476.244	979.926	nd
Médicaments	nd	1.176.672	521.298	878.864	nd
Frais de supervision	18.196	423.433	168.666	153.696	nd
Fournitures, divers	nd	52.172	126.465	396.666	nd
Dépenses de fonctionnement totales	nd	2.269.699	1.231.947	2.462.826	nd
Résultats d'exploitation avant subventions	nd	28.156	88.184	(239.364)	nd
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	nd	76.593	0	95.866	nd
Autres donateurs	nd	0	0	143.564	nd
Subventions de fonctionnement totales	nd	76.593	0	239.364	nd
Investissements	125.424	396.316	342.666	862.666	nd
Subventions d'investissement					
Gouvernement Zaïrois	0	0	0	0	nd
Privée	125.424	396.316	261.816	862.666	nd

Annexe H: (Suite)

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda
HOPITAL GENERAL					
Recettes de fonctionnement					
Services de santé payants	4.947.142	1.156.326	878.583	1.508.406	2.759.601
Ventes médicaments	---	---	---	089.200	---
Recettes de fonctionnement totales	4.947.142	1.156.326	878.583	2.897.606	2.759.601
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	2.399.673	675.624	739.267	1.892.240	2.074.077
Médicaments	555.668	566.960	563.667	741.666	910.117
Entretien véhicules et bâtiments	822.971	28.786	178.947	66.486	31.295
Carburants et lubrifiants	39.166	176.925	163.839	79.266	68.350
Autres dépenses	753.383	145.962	166.244	116.466	187.741
Dépenses de fonctionnement totales	4.976.855	1.527.657	1.863.844	2.889.320	3.271.580
Résultat d'exploitation avant subvention	(23.713)	(371.337)	(925.261)	(491.720)	(511.979)
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	0	38.028	0	198.200	24.000
Autres donateurs	23.713	333.314	925.261	293.520	487.979
Subventions de fonctionnement totales	23.713	317.337	925.261	491.720	511.979
Investissements	328.413	493.556	0	100.000	0
Subventions d'investissement					
Gouvernment Zaïrois	0	0	0	0	0
Privées	328.413	493.556	0	100.000	0
CENTRES DE SANTE					
Recettes de fonctionnement					
Services de santé payants	nd	3.385.575	2.199.714	2.623.296	nd
Ventes de médicaments	nd	0	0	1.937.760	nd
Autres recettes de fonctionnement	nd	0	0		
Recettes de fonctionnement totales	nd	3.385.575	2.199.714	4.561.056	nd
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	nd	1.385.179	1.381.696	3.173.648	nd
Médicaments	nd	1.677.632	1.084.965	1.614.864	nd
Entretien véhicules et bâtiments	nd	28.786	391.947	66.486	nd
Carburants et lubrifiants	nd	176.925	163.839		
Autres dépenses	nd	481.418	336.868	229.920	nd
Dépenses de fonctionnement totales	nd	3.748.940	3.272.180	5.672.612	nd
Résultats d'exploitation avant subventionn	nd	(358.365)	(1.082.475)	(1.111.556)	nd
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	nd	121.800	117.178	474.000	nd
Autres donateurs	nd	333.314	1.044.881	637.552	nd
Subventions de fonctionnement totales	nd	455.114	1.162.059	1.111.552	nd
Investissements	455.549	926.400	342.000	902.000	nd
Subventions d'investissement					
Gouvernement Zaïrois	0	0	0	0	nd
Privés	455.549	926.400	261.816	902.000	nd

Annexe H: (Suite)

	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
BUREAU CENTRAL					
Recettes de fonctionnement					
Frais de Supervision centres de santé	nd	0	0	130.588	0
Recettes nettes des ventes de médicaments	nd	0	0	88.299	110.073
Autres recettes de fonctionnement	nd	0	173.224	0	18.944
Recettes de fonctionnement totales	nd	0	173.224	218.882	129.017
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	nd	283.668	469.566	119.784	166.546
Entretien véhicule et bâtiments	nd	25.670	81.261	---	16.502
Carburants et lubrifiants	nd	101.381	143.946	103.776	36.722
Fournitures de bureau	nd	11.313	33.228	33.493	21.000
Autres dépenses	nd	82.825	155.623	43.986	19.917
Dépenses de fonctionnement totales	nd	504.852	773.552	301.044	253.787
Résultat d'exploitation avant subvention	nd	(504.852)	(606.328)	(82.162)	(124.770)
Subventions de fonctionnement				*	**
Gouvernement Zaïrois	nd	464.546	409.566	82.162	0
Autres donateurs	nd	0	193.628	0	124.770
Subventions de fonctionnement totales	nd	7.184	606.328	82.162	124.770
Investissements	nd	42.534	0	0	209.934
Subventions d'investissement					
Gouvernment Zaïrois	nd	0	0	0	0
Privées	nd	42.534	0	0	209.934
CENTRES DE SANTE					
Recettes de fonctionnement					
Services de santé payants	1.616.147	967.436	1.398.415	1.305.832	nd
Ventes de médicaments	---	---	---	1.068.408	nd
Recettes de fonctionnement totales	1.616.147	967.436	1.398.415	2.373.240	nd
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	559.781	---	689.275	698.688	nd
Médicaments	711.681	257.883	387.058	971.288	nd
Frais de supervision	0	0	0	136.583	nd
Fournitures, divers	704.913	859.408	387.695	365.949	nd
Dépenses de fonctionnement totales	1.976.375	1.117.291	1.384.028	2.158.408	nd
Résultats d'exploitation avant subventions	(360.228)	(269.861)	6.389	215.848	nd
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	22.728	0	0	130.000	nd
Autres donateurs	337.500	269.861	0	117.731	nd
Subventions de fonctionnement totales	360.228	269.861	0	247.731	nd
Investissements	995.218	1.745.612	162.169	829.632	nd
Subventions d'investissement					
Gouvernement Zaïrois	0	1.165.278	0	0	nd
Privés	995.218	536.334	162.169	366.661	nd

Annexe H: (Suite)

	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
HOPITAL GENERAL					
Recettes de fonctionnement					
Services de santé payants	2.946.630	807.800	1.536.555	1.328.115	nd
Ventes médicaments	---	551.300	---	---	nd
Recettes de fonctionnement totales	2.946.630	1.359.100	1.536.555	1.328.115	nd
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	1.348.639	500.000	1.172.897	1.527.586	nd
Médicaments	1.528.125	645.000	673.600	271.178	nd
Entretien véhicules et bâtiments	179.492	60.500	---	47.712	nd
Carburants et lubrifiants	---	36.500	---	229.929	nd
Autres dépenses	275.718	170.500	310.399	305.839	nd
Dépenses de fonctionnement totales	3.331.974	1.412.000	2.156.896	2.328.244	nd
Résultat d'exploitation avant subvention	(385.344)	(52.900)	(620.341)	(1.000.129)	nd
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	385.344	0	200.666	1.000.129	nd
Autres donateurs	0	52.900	419.675	0	nd
Subventions de fonctionnement totales	385.344	52.900	620.341	1.000.129	nd
Investissements	0	0	0	0	nd
Subventions d'investissement					
Gouvernment Zaïrois	0	0	0	0	nd
Privées	0	0	0	0	nd
CENTRES DE SANTE					
Recettes de fonctionnement					
Services de santé payants	4.562.777	1.715.230	2.926.970	2.633.947	nd
Ventes de médicaments	---	551.300	---	1.068.408	nd
Autres recettes de fonctionnement	0	0	173.224	0	
Recettes de fonctionnement totales	4.562.777	2.266.530	3.100.194	3.702.355	nd
Dépenses de fonctionnement					
Salaires	1.908.420	783.663	2.271.672	2.338.058	nd
Médicaments	2.239.806	902.883	1.060.656	1.188.458	nd
Entretien véhicules et bâtiments	179.492	86.170	31.262	47.712	nd
Carburants et librifiants	0	137.381	143.940	333.705	
Autres dépenses	908.631	1.124.046	806.945	749.172	nd
Dépenses de fonctionnement totales	5.308.349	3.034.143	4.314.474	4.657.105	nd
Résultats d'exploitation avant subventions	(745.572)	(767.613)	(1.214.280)	(954.750)	nd
Subventions de fonctionnement					
Gouvernement Zaïrois	408.072	504.852	610.166	1.212.291	nd
Autres donateurs	337.500	262.761	610.503	117.731	nd
Subventions de fonctionnement totales	745.572	767.613	1.220.669	1.330.022	nd
Investissements	955.218	2.210.1580	162.109	829.632	nd
Subventions d'investissement					
Gouvernement Zaïrois	0	1.629.825	0	0	nd
Privés	955.218	580.334	162.109	366.061	nd

nd

Tableau I.1

Annexe I

Zones de santé
Tableau de financement
(en Zaïres de 1985)

SOURCES DES FONDS	Bikanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalanda
Recettes de fonctionnement totales					
Bureau central	54.814	0	0	0	0
Centres de santé	nc	2.229.255	1.312.131	2.163.456	nc
Hôpital de référence	4.947.142	1.156.320	878.583	2.397.600	2.759.801
Total	nc	3.385.575	2.190.714	4.561.056	nc
Subventions					
Gouvernement Zaïrois	nc	121.800	117.178	474.000	nc
Donateurs privés	nc	1.259.714	1.306.697	1.539.552	nc
Total	nc	1.381.514	1.423.875	2.013.552	nc
TOTAL SOURCES DES FONDS	nc	4.767.089	3.614.589	6.574.608	nc
EMPLOIS DES FONDS					
Bureau central	604.973	403.617	345.398	533.568	572.610
Centres de santé	nc	1.785.666	1.123.947	2.249.724	nc
Hôpital de référence	4.970.855	1.527.657	1.803.844	2.889.320	3.271.580
Total	nc	3.743.940	3.273.189	5.672.612	nc
INVESTISSEMENTS TOTAUX					
Bureau central	1.712	42.534	0	0	831.225
Centres de santé	nc	390.310	342.000	802.000	nc
Hôpital de référence	328.413	493.556	0	100.000	0
Total	nc	926.400	342.000	902.000	nc
TOTAL DES EMPLOIS DES FONDS	nc	4.670.340	3.615.189	6.574.612	nc

G7

Tableau I.1 (suite)

Zones de santé
Tableau de financement
(en Zaïres de 1985)

SOURCES DES FONDS	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
Recettes de fonctionnement totales					
Bureau central	0	0	173.224	0	18.944
Centres de santé	1.616.147	907.430	1.390.415	2.374.240	nc
Hôpital de référence	2.946.630	1.359.100	1.536.555	1.328.115	nc
Total	4.562.777	2.266.530	3.100.194	3.702.355	nc
Subventions					
Gouvernement Zaïrois	408.072	2.134.676	610.166	1.212.291	nc
Donateurs privés	1.332.718	843.095	772.612	483.792	nc
Total	1.740.790	2.977.771	1.382.778	1.696.083	nc
TOTAL SOURCES DES FONDS	6.303.567	5.244.301	4.482.972	5.398.438	nc
EMPLOIS DES FONDS					
Bureau central	0	504.852	773.552	301.044	253.787
Centres de santé	1.976.375	1.117.291	1.384.026	2.027.817	nc
Hôpital de référence	3.331.974	1.412.000	2.156.896	2.328.244	nc
Total	5.308.349	3.034.143	4.314.474	4.657.105	nc
INVESTISSEMENTS TOTAUX					
Bureau central	0	464.546	0	0	200,934
Centres de santé	995.218	1.745.612	162.109	829.632	nc
Hôpital de référence	0	0	0	0	nc
Total	995.218	2.210.158	162.109	829.632	nc
TOTAL DES EMPLOIS DES FONDS	6.303.567	5.244.301	4.476.583	5.486.737	nc

Annexe I (Suite)

Zones de santé
Tableau du financement
(en milliers dollars de 1985, 1 $ = 50Z)

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
SOURCES DES FONDS										
Recettes de fonctionnement totales										
Bureau central	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Centres de santé	nc	45	26	43	nc	32	18	28	47	nc
Hôpital de référence	99	23	18	48	55	59	27	31	27	nc
Total	nc	68	44	91	nc	91	45	62	74	nc
Subventions										
Gouvernement Zaïrois	nc	2	2	9	nc	8	43	12	24	nc
Donateurs privés	nc	25	26	31	nc	27	17	15	10	nc
Total	nc	27	28	40	nc	35	60	28	34	nc
TOTAL SOURCES DES FONDS	nc	95	72	131	nc	126	105	90	108	nc
EMPLOIS DES FONDS										
Bureau central	12	9	7	11	11	0	10	15	6	5
Centres de santé	nc	36	22	45	nc	40	22	28	41	nc
Hôpital de référence	99	31	36	58	65	67	28	43	47	nc
Total	nc	75	65	113	nc	106	61	86	93	nc
INVESTISSEMENTS TOTAUX										
Bureau central	0	1	0	0	13	0	9	0	0	4
Centres de santé	nc	8	7	16	nc	20	35	3	17	nc
Hôpital de référence	7	10	0	2	0	0	0	0	0	nc
Total	nc	19	7	18	nc	20	44	3	17	nc
TOTAL DES EMPLOIS DES FONDS	nc	93	72	131	nc	126	105	90	110	nc

Tableau J.1

Annexe J

Exemples de prix des services de soins de santé
Dix zones de santé - 1986
(en Zaïres de 1986)

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kikimi	Kindu	Korot-she	Sona-Bata
1. Centres de santé										
A. Par épisode paiement curatif privé	25	23	33	25	50	20	n	50	30	20
B. Par épisode paiement curatif prest. entreprises	n	n	n	n	100	50	n	150	150	n
C. Examen de laboratoire	20	12	a	10	n	20	n	a	20	5
D. Circoncision	45	75	n	150	n	70	n	n	75	50
E. Suture de grandes plaies	n	100	250	100	n	140	n	n	75	n
F. Accouchement	100	85	n	100	n	n	n	n	70	100
G. Comp. aspirine	n	0.6	a	n	n	n	n	a	0.5	n
H. Chloramphénicol	n	2	a	n	n	n	n	a	n	n
I. Inj. péni. prochaine	n	40	a	n	n	n	n	a	35	n
J. Chloroquine	n	1.2	a	n	n	n	n	a	0.75	n
K. Sels de rehy. orale pour 1l	n	6	a	n	n	n	n	a	5	n
2. Prog. préventif										
L. Pré-natal	45	4	40	25	n	n	n	60	30	20
M. Pré-scolaire	10	20	5	5	n	n	n	10	6.5	7
3. Hôpital de référence										
N. Journ. hospit. privé	n	4	20	10	23	7	n	n	20	n
O. Fourn. hospit. prest. entreprises	n	n	40	20	23	30	n	n	n	n
P. Accouchement	100	190	250	n	350	n	n	n	40	150
Q. Hernie sous compl.	500	500	250	700	900	700	n	n	225	n
R. Césarienne	1.000	1.000	600	1.00	2.500	1.300	n	n	150	n

n: non connu
a: prix inclus dans paiement par épisode

Tableau J.1 (suite)

Exemples de prix des services de soins de santé
Dix zones de santé - 1986
(en dollars de 1986)

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kikimi	Kindu	Korot-she	Sona-Bata
1. Centres de santé										
A. Par épisode paiement curatif privé	0.42	0.38	0.55	0.42	0.83	0.33	n	0.83	0.50	0.33 [b]
B. Par épisode paiement curatif prest. entreprises	n	n	n	n	1.67	0.83	n	2.50	2.50	n
C. Examen de laboratoire	0.33	0.20	a	0.17	n	0.33	n	a	0.33	0.08
D. Circoncision	0.75	1.25	n	2.50	n	1.17	n	n	1.25	0.83
E. Suture de grandes plaies	n	1.67	4.17	1.67	n	2.33	n	n	1.25	n
F. Accouchement	1.67	1.42	n	1.67	n	n	n	n	1.17	1.67
G. Comp. aspirine	n	0.01	a	n	n	n	n	a	0.01	n
H. Chloramphénicol	n	0.03	a	n	n	n	n	a	n	n
I. Inj. péni. prochaine	n	0.67	a	n	n	n	n	a	0.58	n
J. Chloroquine	n	0.02	a	n	n	n	n	a	0.75	n
K. Sels de rehy. orale pour il.	n	0.10	a	n	n	n	n	a	0.75	n
2. Prog. préventif										
L. Pré-natal	0.75	0.67	0.57	0.42	n	n	n	1.00	0.50	0.33
M. Pré-scolaire	0.17	0.33	0.08	0.08	n	n	n	0.17	0.11	0.12
3. Hôpital de référence										
N. Journ. hospit. privé	n	0.07	0.33	0.17	0.38	0.12	n	n	0.33	n
O. Fourn. hospit. prest. entreprises	n	n	0.67	0.33	0.38	0.50	n	n	n	n
P. Accouchement	1.67	3.17	4.17	n	5.83	n	n	n	0.7	2.5
Q. Hernie sous compl.	8.33	8.33	4.17	11.7	16.0	11.6	n	n	3.8	n
R. Césarienne	16.7	16.7	10.0	16.7	41.7	21.6	n	n	2.5	n

n: non connu
a: prix inclus dans paiement par épisode

Annexe K

Dépenses de la population, pour les services de santé

Le tableau K.1, ci-après, présente le calcul des dépenses par habitant pour les services de santé à l'intérieur des réseaux de la zone pour l'année de calendier 1985. L'équipe n'a pas pu obtenir des données sur les dépenses des habitants pour les services de santé dispensés dans les structures parallèles.

Les dépenses annuelles par habitant ont été calculées en divisant les recettes annuelles générées par chaque catégorie de services (ambulatoire, curatif et préventif, hospitalier) par la population couverte (cf tableau dans Annexe G). Des détails supplémentaires sur le calcul des dépenses par habitant sont indiqués en Annexe L.

Tableau K.1

Dépenses moyennes pour les services de santé, par habitant, à intérieur des réseaux des zones
1985
(Zaïres de 1985)

	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda	Kaniama	Kikimi	Kindu	Kirotshe
Paiements pour traitement curatif ambulatoire (médicaments et tests de laboratoire exclus)	11	13	17	nc	7	10	12	nc
Médicaments et tests de laboratoir ambulatoires curatifs	8	0	19	nc	17	4	6	nc
Paiements pour programmes préventifs ambulatoires	1	2	0	nc	3	1	0	nc
Hospitalisation et soins hospitaliers	14	21	48	48	57	23	28	19
	35	36	84	nc	85	38	46	nc
	==	==	==	==	==	==	==	==

Les résultats indiquent qu'en 1985 les dépenses par habitant prévues pour une personne moyenne, dans les réseaux des zones, variaient entre 35 Z (0,70 $) dans la zone de santé de Bokoro à 85 Z (1,70 $) dans la zone de Kaniama. Dans toutes les zones, l'élément principal du coût annuel était l'hospitalisation. A Kaniama, par exemple, les dépenses d'hospitalisaion prévues pour une personne étaient de 57 Z (1,10 $) en 1985, soit 67% des 85 Z (1,70 S) pour les dépenses totales par habitant prévues pour les services de santé pendant la même année.

Annexe L — Tableau L.1

Zones de Santé

Statistiques sur la couverture, l'utilisation et les dépenses de la population pour les soins de santé primaires

(en Zaïres du 1985. 1 $ = 50 Z)

	Bibanga	Bokoro	Bwamanda	Dungu	Kalonda
A. Population zone de santé	164.300	108.000	114.410	121.000	135.000
B. Population couverte	nc	106.920	85.807	60.500	67.500
C. Population couverte (%)	nc	99%	75%	50%	50%
D. Nouveaux épisodes curatifs	nc	61.068	66.837	49.985	nc
E. Prix unitaire, nouveaux épisodes curatifs	45	20	17	20	50
F. Recettes totales nouveaux épis. curatifs	nc	1.221.360	1.136.229	999.700	nc
G. Nouveaux épisodes préventifs	nc	4.681	9.187	1.321	5.163
H. Prix unitaire nouveaux épisodes prév.	45	25	20	10	50
I. Recettes totales nouveaux ép. prév.	nc	117.025	183.740	13.210	nc
J. Recettes totales nouveaux épisodes	nc	1.338.385	1.319.969	1.012.910	nc
K. Recettes de fonct. totales soins santé	nc	2.229.255	1.312.131	2.163.456	nc
L. Recettes médicaments et examens	nc	890.870	0	1.150.546	nc
M. Recettes moyennes méd. et interv. par nouveau épisode curatif	nc	15	0	23	nc
N. Recettes de fonction. totales de l'hôp.	4.970.850	1.527.657	1.803.844	2.889.320	3.271.580
O. Nombre d'hospitalisations	3.730	1.034	5.926	1.936	1.455
P. Recettes moyennes par hospitalisation	1.330	1.477	304	1.492	2.249
Statistiques moyennes par personne par an					
R. Traitement nouv. épisode curatif	nc	0.57	0.78	0.83	nc
R. Traitement nouv. épisode préventif	nc	0.04	0.11	0.01	0.08
S. Nouvelle hospitalisation	nc	0.01	0.07	0.03	0.02
T. Dépenses nouv. épisodes curatifs méd. et interv. exclus	nc	11	13	17	nc
U. Dépenses en méd. et intervention nouv. épisodes curatifs	nc	8	0	19	nc
V. Dépenses nou. épisodes curatifs	nc	1	2	0	nc
W. Dépenses hospitalisation	nc	14	21	48	48
X. Dépenses moyennes totales	nc	35	36	84	nc

Tableau L.1 (suite)

Zones de Santé
Statistiques sur la couverture, l'utilisation et les dépenses
de la population pour les soins de santé primaires
(en Zaïres du 1985, 1 $ = 50 Z)

	Kanima	Kikimi	Kindu	Kirotshe	Sona-Bata
A. Population zone de santé	78.836	93.521	105.000	200.000	75.000
B. Population couverte	58.338	61.805	77.700	120.000	75.500
C. Population couverte (%)	74%	74%	74%	60%	100%
D. Nouveaux épisodes curatifs	20.295	23.787	29.959	nc	102.419
E. Prix unitaire, nouveaux épisodes curatifs	20	25	30	5Z/visit	20Z-60Z0
F. Recettes totales nouveaux épis. curatifs	405.900	594.675	898.770	0	nc
G. Nouveaux épisodes préventifs	10.032	2.602	681	nc	nc
H. Prix unitaire nouveaux épisodes prév.	20	25	50	nc	20Z-80Z
I. Recettes totales nouveaux ép. prév.	200.640	65.050	34.050	nc	nc
J. Recettes totales nouveaux épisodes	606.540	659.725	932.820	nc	nc
K. Recettes de fonct. totales soins santé	1.616.147	907.430	1.390.415	2.374.240	nc
L. Recettes médicaments et intervention	1.009.607	247.705	457.595	nc	nc
M. Recettes moyennes méd. et interv. par nouveau épisode curatif	50	10	15	nc	nc
N. Recettes de fonction. totales de l'hôp.	3.331.974	1.412.000	2.156.898	2.328.244	nc
O. Nombre d'hospitalisations	2.855	1.040	3.424	1.000	3.952
P. Recettes moyennes par hospitalisation	1.167	1.358	630	2.328	nc
Statistiques moyennes par personne par an					
R. Traitement nouv. épisode curatif	0.35	0.38	0.39	nc	nc
R. Traitement nouv. épisode préventif	0.17	0.04	0.01	nc	nc
S. Nouvelle hospitalisation	0.05	0.02	0.04	0.01	0.05
T. Dépenses nouv. épisodes curatifs méd. et interv. exclus	7	10	12	nc	nc
U. Dépenses en méd. et intervention nouv. épisodes curatifs	17	4	6	nc	nc
V. Dépenses nouv. épisodes curatifs	3	1	0	nc	nc
W. Dépenses hospitalisation	57	23	28	19	nc
X. Dépenses moyennes totales	85	38	46	nc	nc

Annexe M

La récupération des dépenses d'investissement à partir des paiements des patients

Cette annexe estime les dépenses d'investissement annuelles d'une zone de santé typique et de ses établissements et commente sur la possibilité que ces dépenses soient financées par les zones par l'intermédiaire des paiements des usagers.

La dépense d'investissement pour construire un centre de santé complétement équipé est estimée à environ 430.000 Z (prix de décembre 1984, à partir des conclusions générales de la Table Ronde sur les soins de Santé Primaires, République du Zaïre, Département du Plan, Décembre 13-16, 1984).

En supposant que le centre de santé doit être construit, et que l'investissement est financé avec un prêt sans intérêts sur dix ans, le remboursement mensuel se monterait à 3.583 Z, valeur nominale. Autrement dit, si la vie utile de l'élément d'actif était de dix ans et si les centres de santé pouvaient mettre de côté 3.583 Z valeur nominale, chaque mois, à la fin des dix ans, ils auraient remboursé le prêt et pourraient en contacter un nouveau pour une nouvelle construction.

Les recettes mensuelles moyennes des centres de santé peuvent être comparées avec le remboursement estimé du prêt pour évaluer la capacité des centres d'auto-financer leurs investissements. Les informations de Bokoro, Bwamanda et Kirotshe indiquent que les recettes mensuelles moyennes en 1985 d'un centre de santé étaient respectivement, 4.600 Z, 5.440 Z et 5.470 Z (dérivé de l'Annexe H qui montre les recettes totales des centres de santé de chaque zone et du tableau de l'Annexe E qui indique le nombre total des centres de santé dans chaque zone).

En supposant des recettes mensuelles moyennes de 5.500 Z par centre de santé, le remboursement du prêt de 3.583 Z représenterait 65% des recettes mensuelles du centre pendant la première année. Cependant, comme le prêt est fixée en valeur nominale et que les recettes sont supposées augmenter avec l'inflation annuelle (en supposant 10% d'inflation par an), à la fin des dix ans les recettes mensuelles devraient être de 14.265 Z et le remboursement de 3.583 Z représenterait 25% des recettes du centre. En d'autres termes, le centre de santé moyen serait en mesure d'affecter 65% de ses recettes en remboursement du prêt pendant la première année et 25% pendant la dixième année.

Si la meilleure solution de financement pour les centres de santé était des prêts avec un taux d'intérêt égal à l'inflation (taux d'intérêt réel zéro), le remboursement mensuel représenterait 65% des recettes mensuelles d'un centre chaque mois pendant les dix ans de sa vie utile.

Si l'établissement sanitaire existe déjà (et a été financé avec une subvention), il devra constituer dans un fonds de roulement une provision égale à la dépréciation du centre ajustée sur la valeur du marché. A la fin de la vie utile du centre, le fonds de roulement devrait être égal aux dépenses d'investissement nécessaires pour construire un

nouveau centre. En supposant une vie utile de 10 ans, la provision pour dépréciation ajustée au marché devrait être de 3.583 Z, en termes réels soit 65% des recettes mensuelles moyennes d'un centre.

Etant donné la situation financière actuelle des centres de santé, il est inconcevable que ces unités puissent financer entièrement leurs investissements dans le court terme. Nombreux sont incapables de récupérer leurs dépenses de fonctionnement à partir des paiements des usagers. En plus, si les centres de santé n'avaient pas accès à un financement sans intérêt, leur capacité d'auto-financer leurs investissements serait encore plus diminuée.

Des calculs similaires ont été fait pour les hôpitaux de référence. Les dépenses d'investissement estimées pour construire un hôpital de 100 lits complètement équipé étaient de 4.900.000 Z en prix de décembre 1984 (source: ibid).

En supposant qu'un hôpital doit être construit et qu'il sera financé avec un prêt sans intérêt sur 20 ans, le remboursement mensuel du prêt serait de 20.416 Z. Les données du tableau 4.4 et l'Annexe C indiquent que les recettes mensuelles moyennes de 1985 d'un hôpital de référence s'élevaient à 150.000 Z (moyenne arithmétique de 8 zones de santé en Zaïres de 1985). Un remboursement de prêt mensuel de 20.416 Z représenterait 14% des recettes de fonctionnement au début de la première année et 2% à la fin de la 20ème année. En d'autres termes, un hôpital de référence moyen devrait mettre de côté 14% de ses recettes de fonctionnement pour rembourser le prêt pendant la première année et seulement 2% à la fin de la 20ème année. Si le taux d'intérêt du prêt était égal à l'inflation, le paiement des mensualités serait équivalent, en termes réels, à 14% des recettes de l'hôpital pour chacune des 20 années.

Si l'hôpital existe déjà et a été financé avec une subvention, il devra faire une provision pour dépréciation, en termes réels, égale à 20.416 Z, soit 14% de ses recettes moyennes chaque mois pour pouvoir remplacer le bâtiment et l'équipement au bout des 20 ans.

Etant donné que tous les hôpitaux ont eu un déficit d'exploitation en 1985, il leur faudrait augmenter leurs recettes par une moyenne de plus de 14 pour cent pour couvrir toutes les dépenses de fonctionnement et de renouvellement de l'équipement.

La capacité des hôpitaux à auto-financer leurs investissements est meilleure que celle des centres de santé, pris individuellement, car le rapport recettes à remboursement du prêt (ou provision pour dépréciation) est bien plus élevé que celui des centres de santé.

Finalement l'ensemble des centres de santé et l'hôpital devraient aussi être en mesure de contribuer au financement des investissements faits au niveau du bureau central. L'investissement nécessaire à un bureau central typique a été estimé à 3.400.000 Z (prix de décembre 1984, source: ibid). Un tel investissement ajouterait un remboursement mensuel de 18.900 Z (15 ans de vie utile, prêt sans intérêt), environ le double des honoraires de supervision mensuels versés par tous les centres de santé au bureau central de Dungu ou Bororo en 1985.

Glossaire
(par ordre alphabétique)

Autonomie financière: Capacité d'une institution à générer assez de fonds à partir de ses propres opérations pour couvrir toute ses dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Bénéfice: Différence entre les recettes de fonctionnement totales mobilisées par un établissement et les dépenses totales encourues pendant la même période.

Charges de fonctionnement: Utilisé dans le texte comme synonyme de dépenses de fonctionnement.

Charges récurrentes: Utilisées dans le texte comme synonyme de dépenses de fonctionnement.

Coassurance: Quand un organisme rembourse le patient pour une certaine fraction du prix des services de santé. Un niveau de coassurance de 80 pour cent représente pour le patient, une diminution de 80 pour cent du prix des services obtenus (source:2).

Consultations externes: Services de soins de santé dispensés à des patients qui ne demandent pas l'hospitalisation.

Coût: La valeur monétaire des ressources utilisées pour atteindre un objectif donné. Par exemple, le coût de supervision dans les centres de santé faite par le Bureau central englobe le carburant pour les voitures, une partie des salaires des superviseurs, l'indemnité journalière versée aux superviseurs, etc...

Coûts fixes: Côuts qui ne varient pas avec les changements de volume de production (source:3). Par exemple, les coûts de fonctionnement d'un réfrigérateur sont des coûts fixes dans le cadre d'un programme de vaccinations. En effet, ces coûts sont les mêmes, indépendamment des diminutions ou augmentations du stock de vaccins à l'intérieur.

Coût marginal: Côuts supplémentaires liés à une unité de production supplémentaire. Par exemple, le coût marginal pour vacciner un enfant représente le coût du vaccin et de la seringue, si elle n'est pas ré-utilisée. Si la personne qui administre le vaccin est payé pour chaque vaccin qu'il/elle donne alors le montant qui lui est versé fait également partie du coût marginal.

Coût variable: Tout coût qui doit être augmenté si l'unité de santé veut légèrement augmenter son niveau d'activité (source:3).

Couverture: Le terme couverture dans le texte est utilisé pour indiquer la fraction de la population d'une zone géographique donnée qui a accès, ou qui utilise un service de santé donné.

Dépenses: Utilisées dans le texte comme synonyme de coûts.

Dépenses de fonctionnement: Tous les coûts d'un centre de santé ou du bureau central imputables à leur fonctionnement. Ces dépenses englobent: les salaires et les primes versés au personnel; médicaments; fournitures de bureau; carburant, honoraires de supervision, entretien des bâtiments et machines. Par contre, elles n'englobent ni l'investissement ni la dépréciation.

Dépenses de fonctionnement par habitant: Dépenses de fonctionnement totales à la charge d'un centre ou d'une zone de santé sur une période de temps donné (par exemple l'année 1985) divisés par la population couverte (cf couverture) par la zone ou le centre.

Dépréciation: Diminution de valeur d'un bâtiment ou de l'équipement liée à l'usure ou à l'absolescence. Par exemple, si un bâtiment a une vie utile de 30 ans, il sera déprécié au bout de 30 ans. La dépréciation annuelle peut être calculée comme le coût d'investissement divisé par les années de vie utile. Un bâtiment qui coûte 3.000.000 Z avec une vie utile de 30 ans a une dépréciation annuelle de 3.000.000/30 = 100.000 Z.

Emplois des fonds: Valeur monétaire des ressources utilisées pour une zone ou un centre de santé pendant une période de temps donné, y compris toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Etablissement sanitaire auto-financé: Etablissement dont les recettes de fonctionnement sont égales ou excédentaires aux dépenses de fonctionnement encourues pour la même période.

Excédent: Utilisé dans le texte comme synonyme de bénéfice.

Fournisseur parallèle: Ou concurrent; utilisé dans le texte pour désigner les services de santé ou les personnels prestataires qui donnent des prestations à la population mais qui n'appartiennent pas au réseau de la zone de santé.

Frais généraux: Frais imputables au fonctionnement d'une centre qui ne sont pas reliés directement au volume et types de service produits par l'établissement. Par exemple, le salaire d'un comptable de l'hôpital représente des frais généraux puisqu'il ne peut pas être relié directement à la quantité ou aux types des services de santé fournis par l'hôpital. Les frais généraux sont des coûts fixes.

Investissement: Fonds consacrés à acquérir un bien (par exemple, bâtiment, machines) ou un service (par exemple: éducation du personnel) dont la durée de vie est de plus d'un an.

Médecin chef de zone: Directeur médical d'une zone de santé.

Organisation non gouvernementale (ONG): Organisations autres que celles du Gouvernement Zaïrois.

Glossaire (suite)

Paiement par épisode: Prix du traitement d'un épisode de maladie. Dans le cadre d'un système de paiement par épisode, le patient n'a pas besoin de payer pour des visites répétées au centre de santé pendant qu'ou le traite pour un même épisode. Les médicaments et d'autres interventions peuvent être inclus ou non dans le paiement initial pour l'épisode.

Paiement ou tarification: Prix demandé à un client en contrepartie d'un service. Un patient paye pour les soins qu'il reçoit.

Plan de santé pré-payé: Contrat entre un centre de santé (ou un groupe) et une personne (ou un groupe de personnes) qui assure à la (les) personne(s) une couverture en contrepartie d'un montant forfaitaire payé à l'avance. Le contrat peut ou ne peut pas inclure des paiements complémentaires qui varient selon les services fournis à l'affilié.

Provisions pour dépréciation: Somme d'argent mise de côté régulièrement de manière à pouvoir remplacer dans le future les bâtiments ou machines dépréciés.

Recettes de fonctionnement ou d'exploitation: Fonds générés à partir de la vente de services ou biens par un centre de santé ou bureau central.

Région de santé: Zone géographique dont la population est desservie par un établissement de santé donné.

Récupération des dépenses: Capacité d'un établissement sanitaire à collecter des recettes à partir de la vente de biens ou services de manière à couvrir les coûts.

Réseau: Confer réseau de la zone de santé.

Réseau d'une zone de santé: Ensemble d'établissements sanitaires à l'intérieur d'une zone qui ont été homologués par le bureau central de la zone et qui se conforment aux règles établies par le bureau central. La plupart des travaux techniques des centres, en sein d'une zone, sont supervisés par le bureau central.

Soins hospitaliers: Soins dispensés à un malade hospitalisé.

Soins de santé ambulatoires: Soins dispensés à des malades non alités.

Sources des fonds: Valeur monétaire de toutes les ressources disponibles pour une zone ou un centre de santé devant être utilisées pendant une période de temps donné, y compris toutes les recettes et subventions de fonctionnement.

Subvention: Fonds, biens ou service donnés gratuitement à une zone ou unité de santé par un organisme externe.

Subvention croisée: Se réfère au fait d'utiliser les recettes mobilisées par un type de service ou centre pour couvrir une fraction des coûts d'un autre service ou centre.

Tarification des usagers: Confer paiement.

Taux d'occupation des lits d'hôpital: Proportion de temps pendant lequel l'ensemble des lits d'un hôpital sont occupés.

Zone de santé: Territoire géographique tel que délimité par le ministère de la santé publique en Zaïre. Une zone de santé opérationnelle comporte un hôpital de traitement entre 10 et 40 centres de santé et un bureau central. La plupart des zones de santé ont également des centres de traitement et des postes de santé (confer description des établissements en Annexe A). La population moyenne d'une zone compte environ 100.000 personnes.

Sources

1. Stephen, Williams and Torrens, Introduction to Health Services, Second Edition.

2. Paul Feldstein, Health Care Economics, Second Edition.

3. Shillinglaw and Meyer, Accounting, A Management Approach, Seventh Edition.